

TNO-rapport

TNO Kwaliteit van Leven

KvL/P&Z/2007.076

Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode



Rapport opgesteld door: TNO Kwaliteit van Leven

Auteurs:

A. de Jonge

D.G. Korfker

T. Vogels

S.M. van der Pal

R.M. Vink

S.E. Buitendijk

K.M. van der Pal- de Bruin

Aantal pagina's:

111

Aantal bijlagen:

15

Datum:

September 2007

TNO-rapport
KvL/P&Z/2007.076

TNO Kwaliteit van Leven

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20

ISBN nummer: 978-90-5986-261-6

Het kwaliteitssysteem van TNO Kwaliteit van Leven voldoet aan ISO 9001.

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

© 2007 TNO Kwaliteit van Leven

Inhoud

Samenvatting	5
Voorwoord	9
1 Inleiding	11
2 Doelstelling	13
3 Ontwikkeling van het vroegsignaleringsinstrument	15
3.1 Literatuuronderzoek	15
3.2 Inventariserend onderzoek	17
3.2.1 Methoden	17
3.2.2 Resultaten	18
3.2.3 Beschouwing	24
3.2.4 Conclusie inventariserend onderzoek	26
3.3 Informatie uit pilotregio	26
3.4 Klankbordgroep	27
3.5 Het beroepsgeheim van kraamverzorgenden	28
3.6 Het vroegsignaleringsinstrument (figuur 1)	32
4 Pilotimplementatie van het vroegsignaleringsinstrument	37
4.1 Bijscholing van kraamverzorgenden	37
4.2 Voorbereiding van de pilotimplementatie	38
4.3 Uitvoering van de pilotimplementatie	42
5 Uitkomsten van de pilotimplementatie	43
5.1 Registratie van bijzonderheden	43
5.2 Kwalitatieve evaluatie	44
5.2.1 Methoden	44
5.2.2 Resultaten	45
5.3 Adviezen van AMK en Inspecties	55
6 Beschouwing	57

7 Conclusies en aanbevelingen — 63

7.1 Conclusies — 63

7.2 Aanbevelingen — 64

8 Referenties — 67

9 Verklaring van afkortingen en begrippen — 73

Figuren

1 Vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden — 34

2 Bijlage overdracht kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg — 35

3 Signalendie opgemerkt kunnen worden door kraamverzorgenden — 36

Tabellen

1 Geëxcludeerde artikelen — 16

2 Geïnccludeerde artikelen — 16

3 Voormeting - signalen opgemerkt in 2 jaar voorafgaand aan pilotimplementatie — 40

4 Overzicht van TNO registratieformulieren — 41

5 Overzicht van overdrachtsformulieren en bijlagen bij overdracht — 44

Bijlage(n)

A Focusgroep protocol kraamverzorgenden –inventariserend onderzoek — 75

B Kenmerken deelnemers inventariserend onderzoek — 77

C Deelnemers klankbordgroep — 78

D Aanpassingen bewoording signalen — 79

E Toelichting bij ‘Bijlage bij overdracht’ — 80

F Stappenplan voor bijzonderheden bij de overdracht — 84

G Ondersteuningsmogelijkheden in pilot regio — 85

H DFSI en signalen vroegsignaleringsinstrument kraamverzorgenden — 87

I Programma bijscholing kraamverzorgenden — 89

J TNO Project Vroegsignalering: Voormeting — 91

K TNO Project Vroegsignalering: Registratieformulier — 93

L Signalen op bijlagen bij overdracht en overdrachtsformulieren — 95

M Focusgroep protocol kraamverzorgenden evaluatie onderzoek — 101

N Kenmerken deelnemers evaluatie onderzoek — 104

O Signalen in literatuur die door kraamverzorgende opgemerkt kunnen worden — 105

Samenvatting

Hoewel het met de meeste kinderen in Nederland goed gaat, komt een aantal in de knel door zorgwekkende opvoedingssituaties. Als deze problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en als ondersteuning wordt geboden aan risicogezinnen, kunnen ontwikkelingsproblemen op latere leeftijd worden voorkomen.

Vanuit 'Operatie Jong' heeft de overheid allerlei initiatieven ontwikkeld om de zorg rondom kinderen beter op elkaar te laten aansluiten en samenwerking tussen organisaties te verbeteren. Eén van de aandachtsgebieden is vroegsignalering van risico's op problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin. De kraamzorg is één van de schakels die hierin nog ontbrak.

Kraamverzorgenden komen in de meeste gezinnen en brengen meer uren in een gezin door dan welke zorgverlener ook. Zij zien en horen veel en vormen dus een onmisbare link in de keten van zorgverleners die betrokken zijn bij vroegsignalering.

Het Ministerie van VWS heeft daarom aan TNO Kwaliteit van Leven de opdracht gegeven om samen met veldpartijen een vroegsignaleringsinstrument te ontwikkelen voor kraamverzorgenden en de werkbaarheid ervan te onderzoeken in een pilotimplementatie. Een klankbordgroep heeft het project ondersteund en er is regelmatig overleg met leidinggevend en zorgverleners in de pilotregio.

Met het vroegsignaleringsinstrument dat is ontwikkeld voor kraamverzorgenden, kunnen zij op een systematische manier signalen vaststellen en doorgeven aan andere zorgverleners. Het instrument bestaat uit een bijlage bij het reguliere overdrachtsformulier waarop gesignaleerde bijzonderheden worden genoteerd. In een toelichting bij deze bijlage wordt een aantal voorbeelden genoemd van risicosignalen. Ook wordt hierin aangegeven welke acties kraamverzorgenden kunnen ondernemen als zij bijzonderheden signaleren.

Voor de ontwikkeling van het vroegsignaleringsinstrument is een literatuuronderzoek verricht. Er is gezocht naar risicofactoren die gerelateerd zijn aan het optreden van kindermishandeling, gedragingen die kunnen leiden tot kindermishandeling of een verstoorde moeder-kind interactie.

Daarnaast is een inventariserend onderzoek uitgevoerd onder praktiserende zorgverleners in de regio waar het instrument is gebruikt in een pilotimplementatie. Het doel van dit onderzoek was het verhelderen van de mogelijkheden van kraamverzorgenden om bijzonderheden in gezinnen te signaleren en daarop actie te ondernemen. Het onderzoek vond plaats door focusgroepen en individuele interviews te houden met kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen.

Op basis van deze onderzoeken is een lijst ontwikkeld met risicosignalen die kraamverzorgenden bij uitstek kunnen zien en horen als ze in gezinnen werken. De signalen zijn op te merken zonder een vragenlijst af te nemen. Voor deze insteek is gekozen omdat het afnemen van een anamnese niet tot het dagelijkse werk van kraamverzorgenden hoort.

De spanning tussen het bewaren van het beroepsgeheim aan de ene kant en het doorgeven van signalen aan de andere kant kwam als belangrijk knelpunt naar voren. Dit punt is nader onderzocht in de literatuur en door advies in te winnen bij verschillende organisaties. Er is geen eenduidige interpretatie van de reikwijdte van het beroepsgeheim.

In dit project zijn de kraamverzorgende en verloskundige beschouwd als partners in dezelfde behandelovereenkomst. Overleg tussen hen zonder toestemming van de ouders wordt daarom niet gezien als het doorbreken van het beroepsgeheim. De jeugdverpleegkundige is beschouwd als ketenpartner van zowel de kraamverzorgende als de verloskundige. Voor overleg met de jeugdverpleegkundige is daardoor in beginsel toestemming vereist van de ouders. Informatie kan echter zonder toestemming worden doorgegeven als daarmee schade aan het kind kan worden voorkomen.

Het vroegsignaleringsinstrument is zes maanden lang gebruikt in een pilotregio. Voorafgaand aan de pilotimplementatie zijn alle kraamverzorgenden bijgeschoold in vroegsignalering en in gebruik van het instrument. Deze scholing werd positief gewaardeerd.

Evaluatie van de pilotimplementatie vond plaats door bestudering van de kopieën van de overdrachtsformulieren en bijlagen en van de registratieformulieren die kraamverzorgenden invulden. Halverwege de pilotperiode zijn tussenevaluatie-bijeenkomsten met alle kraamverzorgenden georganiseerd. Na afloop van de pilotimplementatie zijn focusgroepen en telefonische interviews gehouden met kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen waarin hun ervaringen gedurende de pilotimplementatie werden besproken.

Uit de resultaten blijkt dat kraamverzorgenden signalen kunnen opmerken die andere zorgverleners ontgaan. Jeugdverpleegkundigen gaven aan door bekendheid met deze signalen beter voorbereid op huisbezoek te gaan en eerder ondersteuning in te zetten waar nodig. Kraamverzorgenden lijken dus inderdaad een onmisbare link te zijn in de keten van vroegsignalering.

Bij circa 9% van ruim 400 gezinnen hebben kraamverzorgenden signalen doorgegeven aan de jeugdverpleegkundigen die van belang zijn in het kader van vroegsignalering. Deze signalen zijn soms niet op de bijlage genoteerd die daarvoor bedoeld was, maar op het reguliere overdrachtsformulier. Eén van de redenen hiervoor was

dat kraamverzorgenden de bijlage stigmatiserend vonden. In de toekomst zien zij die liever samengevoegd met het reguliere overdrachtsformulier.

Niet alle signalen die van belang waren zijn doorgegeven. Kraamverzorgenden vonden het moeilijk bijzonderheden met ouders te bespreken en de signalen te verwoorden op de bijlage bij het overdrachtsformulier.

Kraamverzorgenden hebben ook niet altijd met leidinggevendenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen overlegd terwijl dit volgens het instrument wel de bedoeling was. Alle drie de beroepsgroepen gaven aan dat er een drempel bestaat om elkaar te benaderen. Een gezamenlijke cursus met betrekking tot vroegsignalering zou door deze beroepsgroepen erg op prijs worden gesteld. Ook zouden ze elkaar graag beter leren kennen, mits dit niet teveel tijd in beslag neemt.

Op dit moment wordt de zorg in de kraamperiode in de meeste regio's in het land door kraamverzorgenden overgedragen aan de jeugdverpleegkundigen. De verloskundige heeft hierin niet routinematig een rol en zou in de toekomst een duidelijkere plaats moeten krijgen. Het thema vroegsignalering zou meegenomen moeten worden in het advies over de overdracht van gegevens van verloskunde en kraamzorg naar de JGZ waar het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid aan werkt.

Uit de evaluatie van het ontwikkelde vroegsignaleringsinstrument blijkt dat kraamverzorgenden goed in staat zijn om ermee te werken. Het verdient dan ook aanbeveling dit verder nationaal te implementeren. Wel dient het instrument eerst op een aantal punten verder te worden uitgewerkt. Ook is het instrument in slechts één regio getest. Evaluatie op basis van ervaringen in meerdere regio's verdient aanbeveling.

Het is essentieel dat de overheid duidelijke richtlijnen formuleert over hoe kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen moeten omgaan met het beroepsgeheim. Als de aandacht voor vroegsignalering toeneemt, komen zorgverleners mogelijk vaker in onveilige situaties terecht. Hier zal aandacht aan geschonken moeten worden bij verdere implementatie.

Om hun rol in vroegsignalering goed uit te voeren moeten kraamverzorgenden voldoende uren in een gezin aanwezig zijn en het verdient aanbeveling de intake via een huisbezoek te laten plaatsvinden. Kraamverzorgenden moeten voldoende bijscholing ontvangen in het bespreken van signalen met ouders en het verwoorden van bijzonderheden op een overdrachtsformulier.

De vormgeving van de bijlage moet worden aangepast in overleg met de betrokken disciplines en dient geïntegreerd te worden in het reguliere overdrachtsformulier.

De implementatie van vroegsignalering heeft de meeste kans van slagen als de nadruk ligt op uitwisseling van ervaringen met vroegsignalering in kleine groepen (interviews) en zo weinig mogelijk op schriftelijke informatie.

Vroegsignalering door kraamverzorgenden kan niet op zichzelf staan maar moet deel uitmaken van de ketenzorg waarin leidinggevendenden van de kraamzorg, verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en huisartsen ook een belangrijke rol hebben. Er

is behoefte aan betere samenwerking tussen deze beroepsgroepen. Daarnaast heeft signaleren alleen zin als er vervolgens voldoende ondersteuningsmogelijkheden aangeboden kunnen worden.

Bij landelijke implementatie zal rekening gehouden moeten worden met de financiële middelen die nodig zijn voor bijscholing, werkoverleg, samenwerking met andere zorgverleners en evaluatie.

Voorwoord

Vanuit de samenleving komen er steeds meer signalen die wijzen op problemen in de zorg rondom kinderen. Hoewel het met de meeste kinderen in Nederland goed gaat, komt een aantal in de knel door zorgwekkende opvoedingssituaties. In een vroeg stadium zijn er vaak al signalen die wijzen op een verhoogd risico op het optreden van deze problemen.

De overheid streeft ernaar de zorg rondom kinderen beter op elkaar te laten aansluiten en samenwerking tussen instellingen te verbeteren. Vanuit 'Operatie Jong' zijn allerlei initiatieven ontwikkeld om dit doel te bereiken. Eén van de aandachtsgebieden is vroegsignalering van risico's op problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin. De kraamzorg is één van de schakels die hierin nog ontbrak.

Het Ministerie van VWS heeft daarom aan TNO de opdracht gegeven om een vroegsignaleringsinstrument te ontwikkelen voor kraamverzorgenden en de werkbaarheid ervan te onderzoeken in een pilotimplementatie. In dit rapport zijn de processen beschreven die geleid hebben tot de definiëring van het instrument. Vervolgens zijn de uitvoering en evaluatie van de pilotimplementatie weergegeven.

Dit project is in nauwe samenwerking met 'het veld' uitgevoerd. Wij zijn veel dank verschuldigd aan de kraamverzorgenden en hun leidinggevend (mevrouw I. Hegeman, mevrouw M. Andriën en mevrouw F. van der Wielen) van de STMR in Tiel (later opgegaan in kraamzorginstelling De Waarden) en aan jeugdverpleegkundigen en verloskundigen uit de regio. Zonder hun uitgebreide informatie over de gang van zaken in de praktijk zou het instrument een theoretisch product zijn geworden.

Wij hebben veel waardering voor mevrouw D. Kersten, opleidingscoördinator, die op een fantastische manier de kraamverzorgenden heeft voorbereid op de pilotimplementatie. De positieve evaluaties van de deelnemers spreken voor zich.

Dank ook aan teammanager mevrouw C. ter Burg en JGZ-arts dr. B. Carmiggelt die ons veel informatie hebben gegeven over vroegsignalering in de JGZ en over ondersteuningsmogelijkheden in de regio.

De klankbordgroep heeft een actieve rol gespeeld in dit project. Het kritische maar opbouwende commentaar heeft ertoe geleid dat het instrument werkbaar is geworden.

Er is veel contact geweest met kraamzorginstellingen in het land. Wij willen vertegenwoordigers van deze instellingen bedanken voor het delen van hun ervaringen waar wij ons voordeel mee konden doen.

De resultaten van dit project laten zien dat kraamverzorgenden een onmisbare link zijn in de vroegsignaleringsketen. De onderzoekers van TNO hopen dat dit rapport aanleiding zal zijn om vroegsignalering landelijk te implementeren in de kraamzorg en in aanpalende sectoren. Want, zoals één van de kraamverzorgenden het omschreef, elk kind dat we hierdoor een betere toekomst kunnen geven is deze moeite waard.

Opmerkingen over terminologie

- 1. Waar zij is gebruikt kan zij/hij gelezen worden.*
- 2. De termen cliënt en patiënt zijn door elkaar gebruikt.*
- 3. Hoewel verloskundig actieve huisartsen niet hebben deelgenomen aan het onderzoek, kan bij 'verloskundigen' ook gelezen worden 'verloskundig actieve huisartsen' als het over verloskundigen in het algemeen gaat.*
- 4. Voor de beschrijving van etnische groepen is aangesloten bij de terminologie van het CBS: mensen van niet-westerse afkomst zijn personen van wie tenminste één ouder is geboren in een land in de werelddelen Afrika, Latijns-Amerika, Azië (excl Japan, Indonesië) of in Turkije. Mensen van niet-Nederlandse, westerse afkomst zijn personen van wie tenminste één ouder is geboren buiten Nederland maar niet in een niet-westers land.*

1 Inleiding

Met de meeste gezinnen in Nederland gaat het gelukkig goed (1). Toch wordt de samenleving regelmatig opgeschrikt door incidenten van ernstige problemen in gezinnen. Als in een vroeg stadium aan risicogezinnen ondersteuning wordt geboden kunnen latere ontwikkelingsproblemen bij het kind worden beperkt (2).

De overheid streeft ernaar een systeem van jeugdzorg te creëren waarin bij probleem-situaties tijdig ondersteuning wordt geboden (3).

Om meer samenhang in het jeugdbeleid te brengen is 'Operatie Jong' van start gegaan (4). Dit is een samenwerkingsverband tussen de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK. Het Project Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode (PVRK) is één van de vele projecten die zijn uitgevoerd binnen Operatie Jong. Dit project is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS.

Kraamverzorgenden komen in circa 95% van de gezinnen waar een kind geboren is. Zij zijn een aantal uren per dag aanwezig en zien en horen daarom veel van wat er zich afspeelt in gezinnen. Zij komen daardoor ook signalen tegen die kunnen wijzen op problemen nu of in de toekomst. Op dit moment worden deze signalen niet systematisch doorgegeven. Wel wordt in het landelijke indicatieprotocol kraamzorg genoemd dat één van de taken van de kraamverzorgende bestaat uit het 'Signaleren van (potentiële) problemen bij de moeder of in de ontwikkeling van het kind' (5). Ook wordt genoemd dat de kraamverzorgende deze (potentiële) problemen rapporteert aan de verloskundige of huisarts en overdraagt aan de JGZ. Vroegsignalering van risicogezinnen wordt niet genoemd en is een uitbreiding op de bestaande taken van kraamverzorgenden.

In het kader van Operatie Jong heeft staatssecretaris Ross-Van Dorp enkele wetenschappers (die de zogenaamde Inventgroep vormen) gevraagd haar te adviseren over o.a. vroegtijdige signalering van gedrags- en opvoedingsproblemen bij kinderen. In reactie op het verschijnen van hun rapport heeft de staatssecretaris aangegeven vooral geïnteresseerd te zijn in bewezen effectieve instrumenten en interventies (3). In het rapport van de Inventgroep wordt geconcludeerd dat de DFSI voor de Nederlandse situatie het meest geschikte instrument is voor vroegtijdige signalering van toekomstige, ernstige zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties (2). Dit instrument is in Nieuw-Zeeland ontwikkeld en wordt gebruikt tijdens de zwangerschap. Omdat er geen Nederlandse gevalideerde instrumenten zijn, hebben wij dit instrument als uitgangspunt genomen en aangegeven hoe het vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden zich verhoudt tot een instrument als de DFSI.

In tegenstelling tot verloskundigen en jeugdverpleegkundigen nemen kraamverzorgenden geen anamnese af. Tijdens de zwangerschap wordt telefonisch of via een huisbezoek een intakegesprek gevoerd. Dit is erop gericht om vast te stellen hoeveel uren kraamzorg een gezin nodig heeft. Het landelijke indicatieprotocol is daarbij leidend (5). In de kraamperiode krijgt de kraamverzorgende van de verloskundige belangrijke gegevens door over het gezin, vooral gegevens over de bevalling.

De meeste vroegsignaleringsinstrumenten, waaronder de DFSI, vereisen het stellen van vragen aan de ouders. Voor de DFSI gebeurt dat door middel van een semi-gestructureerd interview en een korte vragenlijst. Omdat de kraamverzorgende geen anamnese afneemt, past het afnemen van een vragenlijst of het houden van een interview niet binnen haar manier van werken. In dit project is er daarom voor gekozen om in het vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden signalen op te nemen die zij kunnen zien of horen, zonder hier actief naar te vragen.

De kraamverzorgende is een onmisbare link in de keten van zorg en de signalen die zij opmerkt zijn van groot belang in het kader van vroegsignalering (6). Verloskundigen en jeugdverpleegkundigen, aan wie kraamverzorgenden signalen doorgeven, kunnen deze informatie gebruiken bij het afnemen van hun eigen vroegsignaleringsinstrument en voor het bepalen van de ondersteuningsbehoefte van een gezin.

De ontwikkeling van een vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden voorziet in een behoefte. De inspectie voor de Gezondheidszorg stelde in 2005 dat de overdracht van gegevens van verloskunde en kraamzorg naar JGZ beter kan, vooral wat betreft het doorgeven van signalen over risicogezinnen en – situaties (7).

2 Doelstelling

Dit project had als doelstelling te onderzoeken of het mogelijk is om door middel van een vroegsignaleringsinstrument kraamverzorgenden routinematig risicosignalen te laten inventariseren voor problemen in het opvoeden en opgroeien in een gezin (2). Het doel hiervan is vooral dat ze deze signalen doorgeven aan andere zorgverleners in de keten. Vervolgens kan tijdig ondersteuning worden aangeboden aan risicogezinnen waardoor problemen op de lange termijn kunnen worden voorkomen.

Problemen in het opvoeden en opgroeien kunnen zich uiten in zorgwekkende opvoedingssituaties (2). In zorgwekkende opvoedingssituaties hebben kinderen niet de garantie dat ze een acceptabele opvoeding krijgen. Hierbij valt te denken aan kindermishandeling en -waarlozing en aan stoornissen in de interactie tussen ouders en kinderen.

Om de doelstelling te bereiken is een vroegsignaleringsinstrument ontwikkeld in nauwe samenwerking met het werkveld. Vervolgens is dit instrument getest in een pilotimplementatie.

Het instrument bestaat uit een bijlage bij het overdrachtsformulier waarop bijzonderheden genoteerd worden en een toelichting bij deze bijlage met daarin een lijst met voorbeelden van signalen. In deze toelichting wordt ook vermeld welke stappen kraamverzorgenden kunnen ondernemen als ze bijzonderheden signaleren.

3 Ontwikkeling van het vroegsignaleringsinstrument

Voor de ontwikkeling van het vroegsignaleringsinstrument is een literatuuronderzoek verricht en een inventariserend onderzoek onder praktiserende zorgverleners uit de regio waar het instrument is gebruikt in een pilotimplementatie. Daarnaast zijn belangrijke zaken tijdens het project voorgelegd aan een klankbordgroep en is er veel contact geweest met leidinggevend en zorgverleners in de pilotregio.

3.1 Literatuuronderzoek

Een literatuur search is gedaan in Pubmed en Psychlit met (een combinatie van) de volgende zoektermen:

- Risk, Risk factors
- Instruments, inventory, inventories, instrument, detection
- Child abuse/ prevention, control, infant
- Social isolation, mental competency, mental disorders diagnosed in childhood, child rearing

Om de hoeveelheid artikelen te beperken zijn vervolgens vooral de reviews geselecteerd die de effectiviteit van signaleringsinstrumenten en het voorspellend vermogen van bepaalde signalen onderzochten. Dit leverde 118 hits op.

Drie onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de titels en abstracten geselecteerd op relevantie. Op basis van consensus zijn vervolgens 43 artikelen aangevraagd.

Deze 43 artikelen zijn ook door de drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld op relevantie voor het ontwikkelen van een vroegsignaleringsinstrument. Gedurende dit proces zijn via referentielijsten van de artikelen nog 9 artikelen aangevraagd. In tabel 1 staan artikelen vermeld die in dit stadium niet zijn geselecteerd.

Uiteindelijk zijn 21 artikelen meegenomen voor de ontwikkeling van het instrument (tabel 2).

Tabel 1 Geëxcludeerde artikelen

Baird(8)	Helfer(9)
Barlow(10)	Hunter(11)
Bell(12)	Jagannathan(13)
Bolen(14)	Kitzman(15)
Bolton(16)	McCurdy(17)
Cadzow(18)	Miller(19)
Christensen(20)	Moffit(21)
Condon(22)	Nester(23)
Cowen(24)	Oates(25)
Dubowitz(26)	O'Connor(27)
English(28)	Olds(29)
Finerman(30)	Olds(31)
Fulton(32)	Paz(33)
Garbarino(34)	Perez(35)
Gray(36)	Richey(37)
	Tremblay(53)

Tabel 2 Geïnccludeerde artikelen

Berkowitz 2005 (38)	Macmillan 2000 (39)
*Bouwmeester 2006 (40)	*Murphy 1985 (41)
Britton 1998 (42)	Peters 2003 (43)
*Buchholz 1993 (44)	*Reijneveld 2004 (45)
Clarkson 1988 (46)	*Rosenberg 1982 (47)
*Gessner 2004 (48)	*Svedin 2005 (49)
*Gray 1979 (50)	Tenhaeff 2004 (51)
*Grietens 2004 (52)	*Wilson 1996 (55)
*Grietens 2004 (54)	*Wu 2004 (57)
Korfmacher 2000 (56)	*Zahr 1991 (59)
Macleod 2000 (58)	
*Studies met risicofactoren die gebruikt zijn voor de lijst met signalen	

Uit de geïnccludeerde artikelen van het literatuuronderzoek zijn alle risicofactoren geselecteerd die significant correleerden met het optreden van:

- Gedragingen bij de ouders die kunnen leiden tot kindermishandeling (smoren, slaan, schudden)
- Kindermishandeling/ kinderverwaarlozing
- Verstoorde moeder/ kind interactie

3.2 Inventariserend onderzoek

Voor de acceptatie en toepasbaarheid van het vroegsignaleringsinstrument is het van belang aan te sluiten bij de kennis, werkwijze en opvattingen van de doelgroep. Om een goed beeld te krijgen van de manier waarop tot nu toe met vroegsignalering wordt omgegaan is een inventariserend onderzoek verricht onder kraamverzorgenden in de pilotregio. Kraamverzorgenden werken het meest samen met verloskundigen en jeugdverpleegkundigen en deze beroepsgroepen zijn daarom ook betrokken bij het onderzoek.

Het doel van dit inventariserend onderzoek was het verhelderen van de mogelijkheden van kraamverzorgenden om bijzonderheden in gezinnen te signaleren en daarop actie te ondernemen. Daarnaast werd onderzocht hoe de rol van kraamverzorgenden op dit terrein zich verhoudt tot de rol van andere zorgverleners in de keten, met name de verloskundigen en jeugdverpleegkundigen.

3.2.1 Methodes

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode is geschikt om inzicht te krijgen in complexe problemen (60). Focusgroepen leken het meest geschikt omdat deelnemers door elkaar geïnspireerd worden en daardoor meer ideeën naar boven kunnen komen dan bijvoorbeeld in individuele interviews (61). Ook kunnen deelnemers elkaar corrigeren of met tegenstrijdigheden confronteren.

In eerste instantie zijn drie focusgroepen gehouden; één met kraamverzorgenden, één met verloskundigen en één met jeugdverpleegkundigen. Een protocol werd gebruikt als leidraad voor de interviews (bijlage A). De belangrijkste onderwerpen in het protocol voor het focusgroepinterview met kraamverzorgenden waren: ervaringen met risicogezinnen, herkennen van signalen of een 'niet pluis gevoel', acties als risico's gesignaleerd worden, factoren die acties belemmeren of bevorderen, samenwerking met andere zorgverleners en de rol van de kraamverzorgende op dit gebied. Voor verloskundigen en jeugdverpleegkundigen werd het protocol iets aangepast. Na een introductie over de eigen rol in vroegsignalering werd ingegaan op de verwachtingen die deze zorgverleners hebben ten aanzien van de rol van kraamverzorgenden. Ook is gevraagd naar de ondersteuning die zij te bieden hebben of naar wie ze kunnen verwijzen als kraamverzorgenden signalen aan hen doorgeven.

Na afloop van het focusgroepinterview met de kraamverzorgenden was er behoefte aan meer informatie van kraamverzorgenden. De indruk bestond dat niet alle thema's voldoende aan bod waren gekomen. Een tweede focusgroepinterview werd daarom gehouden met kraamverzorgenden van instellingen Betuwe Gelderse Vallei en Ouverture, die niet deel zouden nemen aan de pilotimplementatie. Eventuele verschillen tussen instellingen zouden duidelijk kunnen worden. Het betrekken van andere kraamzorginstellingen bij het inventariserend onderzoek is ook gunstig met het oog op latere implementatie van aanbevelingen uit het project.

Het protocol werd iets aangepast aan de hand van de analyses van de voorgaande groepen. We wilden een aantal thema's verder uitdiepen. Het accent lag in deze focusgroep meer op het signaleren in bijzondere groepen, zoals gezinnen van niet-westerse afkomst en streng christelijke gezinnen, hoe ernstig signalen moeten zijn om ze door te geven, hoe en aan wie signalen worden doorgegeven en bekendheid met mogelijkheden van ondersteuning in de regio.

Mensen met een sterk christelijke levensovertuiging werden vaak als bijzondere groep genoemd in de interviews. Het leek daarom zinvol om ook een focusgroepinterview te houden met kraamverzorgenden van een reformatorische kraamzorginstelling die zorg biedt in de regio (RST). Mogelijk hebben kraamverzorgenden die bij deze instelling werken een andere kijk op vroegsignalering en kunnen zij aangeven welk soort risico's zij signaleren in streng christelijke gezinnen. De instelling kon, gezien de kleine omvang, niet meer dan twee kraamverzorgenden vrijstellen voor een interview. Om praktische redenen is daarom gekozen voor twee individuele interviews met twee kraamverzorgenden van deze instelling.

De verschillende instellingen en verloskundige kringen hebben deelnemers geworven voor het onderzoek. De interviews werden gehouden in de kantoren van de instellingen en in een verloskundige praktijk van februari tot en met mei 2006. Elke focusgroep is geleid door twee onderzoekers van TNO en duurde 1,5 tot 2 uur. De individuele interviews werden gehouden door één onderzoeker en duurden ongeveer een uur. Voorafgaand aan de interviews kregen deelnemers een formulier opgestuurd met een aantal vragen over hun opleiding en werkervaring.

De focusgroepen en interviews zijn opgenomen met een taperecorder en vervolgens is er een verslag van gemaakt. Deze verslagen zijn geanalyseerd door twee onderzoekers die ieder afzonderlijk thema's hebben geformuleerd. Deze zijn vervolgens gezamenlijk besproken.

3.2.2 Resultaten

De deelnemers

Om enkele socio-demografische en beroepsmatige kenmerken te inventariseren is aan de deelnemers gevraagd om voorafgaand aan de focusgroepinterviews een registratieformulier in te vullen. Bijlage B geeft een overzicht van deze kenmerken. Er is gestreefd naar voldoende variatie in deelnemers wat betreft leeftijd, plaats van opleiding, ervaring, type werkverband en werkgebied. Deze variatie leek voldoende aanwezig. Het verschil in percentage cliënten van niet-westerse afkomst bij kraamverzorgenden is opvallend omdat zij veelal in hetzelfde (uitgestrekte) gebied werkzaam zijn. Waarschijnlijk hebben kraamverzorgenden ieder een verschillende inschatting gemaakt van het aantal cliënten van niet-westerse afkomst en gaat het niet om een werkelijk verschil.

Kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen waren graag bereid hun medewerking aan dit onderzoek te verlenen. De focusgroep en individuele interviews verliepen in een open sfeer en hebben veel informatie opgeleverd.

Uitkomsten

De resultaten worden besproken binnen drie hoofdthema's:

- a. Signalen die wijzen op mogelijke risico's in gezinnen
- b. Acties na het signaleren van risico's
- c. Samenwerking in de keten

a. Signalen die wijzen op mogelijke risico's in gezinnen

Bij het definiëren van hun rol als kraamverzorgende noemden deelnemers niet direct het signaleren van risico's. Bij doorvragen vonden ze wel dat dit erbij hoort.

Op de vraag of ze zich wel eens zorgen maken om een gezin dachten deelnemers in eerste instantie aan ernstige problemen zoals kindermishandeling. Gaandeweg de interviews kwamen ze met veel voorbeelden. Sommige kraamverzorgenden beseften dat ze ook signalen hebben gezien waar ze op het moment dat ze die opmerkten niet bij hebben stil gestaan.

Kraamverzorgenden noemden vooral signalen die te maken hebben met andere kinderen in het gezin. Verloskundigen en jeugdverpleegkundigen noemden, meer dan kraamverzorgenden, signalen bij de moeder zelf, in de relatie tussen de ouders of in de gezinssituatie. Hieronder wordt ingegaan op de signalen die kraamverzorgenden noemden, tenzij anders is aangegeven.

Signalen ten aanzien van de baby.

In beide focusgroepen noemden kraamverzorgenden extreem veel huilen van de baby als een risicofactor en ze legden een verband met mogelijk een gespannen relatie tussen de moeder en de baby. De moeder zelf ziet dit soms ook omdat ze merkt dat de baby minder huilt bij de kraamverzorgende dan bij haar.

In één groep werd opgemerkt dat soms aan het gedrag van de baby te merken is dat zij of hij zich niet prettig voelt in een gezin.

Signalen ten aanzien van de moeder

Kraamverzorgenden gaven aan veel te zien in de interactie tussen moeder en baby. Ze maken zich zorgen als een moeder weinig affectie toont naar de baby, ongeïnteresseerd is, de baby niet graag vasthoudt en de baby direct teruglegt na het voeden. Ze merken het als een moeder zich ongelukkig voelt of het niet aan lijkt te kunnen.

Signalen ten aanzien van andere kinderen

Streng opvoedingsmethoden werden genoemd, zoals opsluiting, streng reageren als een kind per ongeluk iets fout doet, snel slaan, veel schreeuwen tegen de kinderen,

maar ook juist geen grenzen stellen. Als een kind meer naar de kraamverzorgende toe trekt dan naar de ouders wordt dat ook als zorgwekkend gezien, evenals bepaalde blauwe plekken. Verwaarlozing uit zich in gebrek aan (schone) kleren en eten en ongeïnteresseerdheid van ouders in de kinderen.

Signalen ten aanzien van de gezinssituatie

Als ouders kraamverzorgenden het huis uitzetten is dat een zorgelijk teken omdat ouders daarmee mogelijk aangeven geen 'pottenkijkers' te willen. Ook geheimzinnigheid in een gezin, zoals kamers die op slot zijn of een geheimzinnige sfeer geeft een 'niet pluis gevoel'. Andere signalen die genoemd werden zijn alcoholmisbruik, financiële problemen, een agressieve vader en geweld tussen de ouders.

Signalen ten aanzien van de woon-/leefsituatie

Een geïsoleerd gezin, dat geen contact heeft met vrienden of familie, werd als risico genoemd. In sommige gezinnen is de communicatie moeilijk doordat mensen uitleg van de kraamverzorgenden niet begrijpen of omdat de moeder niet goed Nederlands spreekt. Hierdoor missen ouders soms belangrijke informatie ten aanzien van de verzorging en opvoeding.

Twijfelachtige signalen

Sommige ouders blijven tegen iedereen zeggen dat het kind niet gepland was. In één groep kraamverzorgenden was men niet zeker of dit ook een risicosignaal was en of ze er daar iets mee zouden moeten doen.

Bij afwijkende opvoedingsmethoden is het moeilijk de grens te stellen tussen wat nog acceptabel en wat echt een risicovolle opvoedingssituatie is. Bij twijfel wordt ook gekeken naar positieve factoren, met name of er liefde is in een gezin. Zowel kraamverzorgenden als jeugdverpleegkundigen noemden dit. Ook is van belang of er meerdere signalen zijn en hoe ernstig signalen zijn.

Ook gaven kraamverzorgenden aan dat zij onderling verschillen in interpretatie van risicosignalen; wat de één kindermishandeling noemt, vindt een ander normaal. Uit de (focusgroep) interviews bleek ook dat de ene kraamverzorgende slaan tot op zekere hoogte acceptabel vindt en de andere niet.

Bijzondere gezinnen

In alle focusgroepen werd genoemd dat in gezinnen van niet-westerse afkomst soms andere normen heersen en dat het daardoor moeilijker is om in te schatten wat nog acceptabel is. Zo is het in Marokkaanse gezinnen bijvoorbeeld normaal dat vrouwen de baby direct na het voeden weer in bed leggen en niet nog even bij zich houden. Ook hebben kinderen vaak weinig speelgoed maar wel een eigen televisie en DVD-speler. In sommige culturen is de vader nauwelijks betrokken bij de zorg voor jonge kinderen. In dat geval is het van belang dat de moeder een sociaal netwerk heeft van familie en vrienden waar ze op terug kan vallen.

In streng christelijke gezinnen is het soms moeilijker om bijzonderheden te signaleren omdat vrouwen zelf niet klagen of zeggen dat ze problemen hebben. Kinderen worden in deze gezinnen gezien als geschenk van God waar vrouwen dankbaar voor moeten zijn. Vrouwen die de opvoeding niet aan kunnen hebben daardoor het gevoel dat ze daar zelf schuldig aan zijn.

Kraamverzorgenden in de individuele interviews benoemden hoe ze toch risicosignalen opmerken. Bijvoorbeeld als ouders zich anders gedragen en veel minder streng naar kinderen toe zijn als er visite is. Ze vragen zich dan af hoe het in het gezin toe gaat als zij er niet zijn.

In grote gezinnen zien kraamverzorgenden soms aan een vrouw dat ze het niet aan kan. Ook maken ze zich zorgen om vrouwen die te ideale verwachtingen hebben en vinden dat een gezin volgens het boekje moet draaien.

Factoren die signaleren belemmeren

Kraamverzorgenden merkten op dat ze juist veel zien doordat ze lang in een gezin zijn. Mensen proberen zich vaak goed voor te doen maar na vier of vijf uur lukt het ze niet meer om een masker op te houden. Kraamverzorgenden gaven aan dat ze door het nieuwe indicatieprotocol minder uren per dag in een gezin zijn. Zij noemden dat ze hierdoor niet lang genoeg in een gezin zijn om een 'niet pluis' gevoel voldoende te kunnen onderbouwen.

Een ander knelpunt is de manier waarop de kraamzorg intake plaatsvindt. Tijdens de zwangerschap worden in een intakegesprek een aantal vragen gesteld en worden afspraken gemaakt over de zorg die de kraamverzorgende zal verlenen. Deze intake vond voorheen altijd bij de zwangere thuis plaats maar wordt tegenwoordig steeds vaker telefonisch uitgevoerd. Kraamverzorgenden die ook intakes doen zeiden meer te kunnen signaleren tijdens een intake via een huisbezoek dan per telefoon omdat ze dan aan de sfeer in huis al proeven dat er problemen zouden kunnen zijn. Deze indruk nemen ze mee in de vragen die ze stellen waardoor ze soms risico's signaleren.

Kraamverzorgenden gaven aan risicosituaties graag meer met hun collega's te willen bespreken. In één focusgroep noemden kraamverzorgenden dat ze zich door het interview meer bewust werden van risicosituaties en dat ze verwachtten daardoor in de toekomst meer te signaleren. Bij twijfel of als signalen zorgwekkend genoeg zijn om actie op te ondernemen, overleggen ze met collega's, de leidinggevende of de verloskundige.

b. Acties na het signaleren van risico's.

Bij kraamverzorgenden en verloskundigen is vroegsignalering niet structureel geregeld. Het hangt voor een deel van de individuele zorgverlener af welke signalen aan wie worden doorgegeven.

Bespreken met ouders

De ene kraamverzorgende vindt het makkelijker om signalen met ouders te bespreken dan de andere. Jonge kraamverzorgenden vinden het moeilijker dan oudere omdat ze vinden dat ze minder natuurlijk overwicht hebben. Gebrek aan gespreksvaardigheden, angst voor het verstoren van de hulpverleningsrelatie en angst voor het onterecht signaleren van problemen zijn belemmeringen voor het voeren van deze gesprekken.

De angst voor het verstoren van de hulpverleningsrelatie blijkt niet altijd terecht. Een kraamverzorgende besprak met ouders dat de kinderen volgens haar te weinig eten kregen. Hoewel ze verwachtte dat de ouders kritiek zouden uiten op het evaluatieformulier was ze verbaasd dat ze toch tevreden waren over de zorg.

Kraamverzorgenden gaven aan dat het veel makkelijker is om signalen met betrekking tot de baby of de andere kinderen te bespreken dan problemen van de ouders of in de gezinssituatie.

Bij jongere kraamverzorgenden is in de opleiding aandacht besteed aan kindermishandeling. Veel kraamverzorgenden zouden graag meer bijscholing willen over het herkennen van signalen en het bespreken ervan met ouders.

Verloskundigen noemden dat het bespreken van problemen met ouders de verwachting kan wekken dat de verloskundige zelf ondersteuning kan bieden. Sommigen zijn daardoor terughoudend in het bespreken van problemen omdat ze geen tijd hebben voor intensieve begeleiding van ouders.

Voorbeeldgedrag

In alle interviews gaven kraamverzorgenden aan dat ze door voorbeeldgedrag proberen ouders te laten zien dat dingen anders kunnen in de opvoeding, bijvoorbeeld door geen snoep te geven of de televisie uit te doen. Hierna is het soms makkelijker om het opvoedingsgedrag ook te bespreken.

Doorgeven van signalen

De jeugdverpleegkundigen gebruiken een checklist, die regionaal ontwikkeld is, om risico's te signaleren. Niet iedereen neemt deze letterlijk af. Het wordt als middel en niet als doel op zich gezien. Sommigen noemden als nadeel dat alleen negatieve signalen gescoord kunnen worden en niet de competenties die er tegenover staan en die negatieve factoren kunnen compenseren.

Jeugdverpleegkundigen gaven aan signalen soms alleen in de computer op te slaan en niet in het papieren dossier omdat ouders om inzage in dit dossier kunnen vragen.

Doordat voor kraamverzorgenden niet altijd duidelijk is welke signalen van belang zijn, bestaat de angst dat andere zorgverleners de signalen niet relevant zullen vinden.

Angst om de privacy van ouders te schenden belemmert het bespreken en doorgeven van signalen. In alle focusgroepen kwam het thema privacy naar voren en er was geen

eenduidigheid over hoe het doorgeven van belangrijke signalen zich verhoudt tot het bewaren van het beroepsgeheim.

Eén kraamverzorgende was bang voor haar eigen veiligheid toen ze een melding deed aan het AMK. Naar aanleiding van deze ervaring heeft de kraamzorginstelling het beleid veranderd bij een anonieme melding aan het AMK. De persoonsgegevens van de kraamverzorgende worden voortaan geheim gehouden en meldingen verlopen via de leidinggevende.

c. Samenwerking in de keten.

Kraamverzorgenden geven signalen niet allemaal op dezelfde manier door. Sommigen gaven aan graag meer duidelijkheid te willen over wie ze waarover zouden moeten inlichten.

In één focusgroep gaven kraamverzorgenden aan signalen in eerste instantie te bespreken met de leidinggevende en eventueel ook met de jeugdverpleegkundige. Eén kraamverzorgende zei eventueel te overleggen met de huisarts zonder de verloskundige in te lichten. In de andere focusgroep werd de verloskundige veel genoemd, al is het voor kraamverzorgenden niet altijd duidelijk wat de verloskundige vervolgens met de signalen doet.

De verloskundigen verwachten wel dat kraamverzorgenden signalen met hen bespreken, zeker als ze dit ook doet met de leidinggevende of jeugdverpleegkundige.

Verschillende factoren verhinderen kraamverzorgenden om signalen door te geven aan jeugdverpleegkundigen. Sommige signalen zijn moeilijk om op te schrijven omdat er te weinig ruimte is op het overdrachtsformulier of omdat signalen niet heel duidelijk zijn. In het laatste geval is het makkelijker om te bellen. Het feit dat ouders een kopie krijgen van het overdrachtsformulier betekent dat signalen voorzichtig verwoord moeten worden.

Kraamverzorgenden hebben weinig contact met jeugdverpleegkundigen en kennen ze daardoor veelal niet. Er is hierdoor een drempel om te overleggen. Het contact zoeken met de jeugdverpleegkundigen via het hoofdkantoor is volgens de kraamverzorgenden omslachtig.

Kraamverzorgenden gaven aan niet te weten wat jeugdverpleegkundigen doen met hun signalen. Zowel kraamverzorgenden als verloskundigen zijn niet goed op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden die de jeugdverpleegkundigen kunnen bieden en zouden hier graag meer van weten.

De RST-kraamverzorgenden noemden mensen binnen de reformatische gemeenschap die ondersteuning kunnen bieden, zoals een dominee of een ouderling.

Jeugdverpleegkundigen zeiden weinig signalen van kraamverzorgenden door te krijgen. Een logistiek probleem is dat het overdrachtsformulier vaak zo lang onderweg is dat dit pas binnenkomt nadat de jeugdverpleegkundige al op huisbezoek is geweest.

(Bij navraag blijkt dit minder een probleem te zijn bij de voormalige kraamverzorgenden van de STMR die deel gaan nemen aan de pilotimplementatie, dan bij de kraamverzorgenden van andere instellingen in de regio). Signalen hoeven niet erg concreet te zijn, maar jeugdverpleegkundigen zouden graag van kraamverzorgenden horen welke gezinnen ze wat meer in de gaten moeten houden.

Jeugdverpleegkundigen zeiden een overdracht van de verloskundige te missen.

In alle interviews kwam naar voren dat men de andere zorgverleners in de keten graag beter zou kennen. Tegelijkertijd is men terughoudend om extra tijd aan intensievere samenwerking te besteden. Jeugdverpleegkundigen noemden vaste spreekuren voor bijvoorbeeld verloskundigen als mogelijkheid om de samenwerking te verbeteren.

3.2.3 Beschouwing

Dit inventariserend onderzoek heeft veel inzicht gegeven in hoe met vroegsignalering in de kraamperiode wordt omgegaan in de pilotregio. De resultaten zijn alleen toepasbaar op de regio Tiel, hoewel de thema's die besproken zijn waarschijnlijk spelen in het hele land.

In deze discussie wordt allereerst ingegaan op de toepassing van de resultaten in het vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden. Vervolgens worden een aantal knelpunten voor vroegsignalering belicht die in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Toepassing van de resultaten in het vroegsignaleringsinstrument

Bij vroegsignalering dachten kraamverzorgenden allereerst aan ernstige situaties, zoals kindermishandeling. Bij doorvragen bleek dat ze ook minder acute signalen goed opmerken. Veel van de risicofactoren die in de literatuur beschreven zijn, werden door de kraamverzorgenden genoemd. Op basis van de literatuurstudie en de resultaten van dit inventariserend onderzoek is een lijst samengesteld met signalen die voorspellend zijn voor ontwikkelingsproblemen of kindermishandeling en die bij uitstek gesignaleerd kunnen worden door kraamverzorgenden (figuur 2). Kraamverzorgenden nemen geen anamnese af en de lijst bestaat dan ook uit signalen die toevallig gezien of gehoord kunnen worden. De omgang van de moeder met de baby en het gedrag van ouders naar andere kinderen toe nemen daarbij een belangrijke plaats in.

Omdat uit de resultaten blijkt dat de vervolgacties bij bijzonderheden voor kraamverzorgenden niet eenduidig zijn, is een duidelijk vervolgetraject ontwikkeld. In een stappenplan is geformuleerd bij welke signalen met wie contact opgenomen moet worden. Daarbij overlegt de kraamverzorgende alle bijzonderheden met de verloskundige. Zoveel mogelijk worden deze ook met de ouders besproken.

Voor de pilotimplementatie is een bijlage ontwikkeld bij het overdrachtsformulier van de kraamzorg naar de JGZ (figuur 1). De kraamverzorgende noteert de bijzonderheden op dit formulier. Als het niet mogelijk is om bijzonderheden met ouders te bespreken

of als een kraamverzorgende een mondelinge toelichting wil geven, neemt zij telefonisch contact op met de jeugdverpleegkundige.

Aan alle zorgverleners is duidelijk gemaakt hoe contact op te nemen met anderen in de keten. Kraamverzorgenden en verloskundigen worden in het project geïnformeerd over ondersteuningsmogelijkheden die de jeugdverpleegkundigen kunnen bieden. Deze kennis zal hen naar verwachting motiveren om signalen door te geven.

Er is een spanningsveld tussen enerzijds het bewaren van het beroepsgeheim en anderzijds het doorgeven van signalen in het belang van het kind. In het vroegsignaleringsinstrument is daarom uitgebreid aandacht besteed aan dit dilemma.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn ook gebruikt bij de vormgeving van de bijscholing van kraamverzorgenden voorafgaand aan de pilotimplementatie. Op basis van deze resultaten werd in de bijscholing extra aandacht geschonken aan:

- omgaan met verschillende normen en waarden: wat is nog acceptabel als een variatie op de norm en wanneer zijn signalen zo verontrustend dat ze moeten worden doorgegeven
- aandachtspunten bij het signaleren van risico's in gezinnen van niet-westerse afkomst en streng christelijke gezinnen
- gesprekstechnieken voor het bespreken van signalen met ouders

Knelpunten

Tot slot heeft dit onderzoek een aantal knelpunten aan het licht gebracht voor vroegsignalering in de kraamperiode.

Om te kunnen signaleren moeten kraamverzorgenden voldoende in een gezin aanwezig zijn. De vermindering in kraamzorguren en de vervanging van het intake huisbezoek door een telefonische intake zijn in dit licht ongunstige ontwikkelingen.

Kraamverzorgenden gaven aan veel te leren van het uitwisselen van ervaringen op het gebied van vroegsignalering met collega's onderling. Hiervoor zou tijdens vergaderingen tijd ingeruimd kunnen worden.

Alle zorgverleners gaven aan dat een intensievere samenwerking het doorgeven van signalen zou vergemakkelijken. Deze samenwerking mag echter niet teveel tijd kosten.

Kraamverzorgenden schrijven de overdracht aan de jeugdverpleegkundigen aan het eind van de kraamperiode. Verloskundigen nemen alleen contact op bij bijzonderheden. De jeugdverpleegkundigen missen een overdracht van de verloskundigen. Verloskundigen vinden dat kraamverzorgenden bijzonderheden met hen zouden moeten overleggen.

Het zou wellicht logischer zijn als de verloskundige de overdracht naar de jeugdverpleegkundige verzorgt en daarbij input krijgt van de kraamverzorgende. De verloskundige is immers eindverantwoordelijk in de kraamperiode.

3.2.4 Conclusie inventariserend onderzoek

In dit inventariserend onderzoek is gebleken dat kraamverzorgenden veel risicofactoren signaleren in gezinnen. Veel signalen die in de literatuur zijn beschreven werden door hen benoemd in dit onderzoek. Het vervolgtraject en de samenwerking met andere hulpverleners op het gebied van vroegsignalering is niet eenduidig.

Dit onderzoek heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van een vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden. Ook heeft het onderzoek aandachtspunten voor de scholing opgeleverd. Een aantal knelpunten op het gebied van vroegsignalering in de kraamperiode zijn duidelijk geworden in het onderzoek, zoals het ontbreken van een overdracht van verloskundigen aan de JGZ. Een belangrijk aandachtspunt is het spanningsveld tussen het bewaren van het beroepsgeheim en het doorgeven van signalen.

3.3 Informatie uit pilotregio

Door regelmatig contact met leidinggevendenden, zorgverleners en de opleidingscoördinator uit de pilotregio is aanvullende informatie verkregen over de manier waarop met vroegsignalering wordt omgegaan in de regio. Daarnaast heeft een gesprek plaatsgevonden met een JGZ-arts.

Kenmerken van de regio

Het vroegsignaleringsinstrument is getest in een pilotimplementatie door kraamverzorgenden van de STMR in Tiel. Op 1 juni 2006, gedurende de duur van het project maar voorafgaand aan de pilotimplementatie, is de instelling opgegaan in kraamzorginstelling De Waarden in Gorinchem. Deze fusie heeft de voortgang van het project niet belemmerd.

Alleen de kraamverzorgenden die voorheen werkzaam waren bij de STMR hebben deelgenomen aan de pilotimplementatie. Deze kraamverzorgenden zijn werkzaam in het gebied tussen Tiel, Culemborg en Zaltbommel.

In mei 2007 was 18% van deze populatie van niet-Nederlandse afkomst, hiervan was 11% van niet-westerse afkomst en 7% van westerse afkomst (CBS, jaar 2007, peildatum 31 mei 2007). Voor Nederland zijn deze percentages respectievelijk 20%, 11% en 9%. De meeste mensen van niet-westerse afkomst hebben voorouders in Turkije en Marokko en de meeste mensen van westerse niet Nederlandse afkomst hebben hun wortels in Indonesië.

Het opleidingsniveau van de beroepsbevolking in de regio is onderverdeeld in 41% laag, 38% middel en 20% hoog. Voor Nederland zijn deze percentages 33%, 41% en 25%. De etnische verdeling in de regio komt dus redelijk overeen met het landelijke gemiddelde. Het percentage laag opgeleiden is relatief hoog in deze regio.

Hoe is vroegsignalering tot nu toe geregeld in de regio?

Soms geeft een kraamverzorgende telefonisch door dat ze zich zorgen maakt om een gezin. Dit gebeurt niet altijd met toestemming van de ouders en soms vraagt ze nadrukkelijk om haar naam niet te noemen. De jeugdverpleegkundige noteert de opmerking in haar agenda of houdt deze in het achterhoofd bij het eerste huisbezoek. Zij overlegt eventueel ook met de consultatiebureauarts. De jeugdverpleegkundigen vinden dat de kraamverzorgende zou moeten overleggen met haar leidinggevende als ze signalen telefonisch doorgeeft zonder toestemming van de ouders.

De jeugdverpleegkundigen gaven aan dat ze de overdracht van de kraamverzorgenden vaak niet compleet vinden. Sociale problemen worden vaak niet doorgegeven.

Deze overdracht komt in sommige gevallen pas na twee tot drie weken. Dit probleem is teruggekoppeld naar de leidinggevendenden kraamzorg. In de pilotimplementatie regio waar het vroegsignaleringsinstrument getest gaat worden komen deze problemen volgens hen niet voor omdat de JGZ en de kraamzorg allebei onderdeel zijn van de STMR. Het probleem speelt vooral bij andere kraamzorginstellingen die niet vanuit hetzelfde gebouw opereren, waardoor de logistieke afstand groter is. Ook na de fusie werken de leidinggevendenden van de kraamzorg op sommige dagen van de week in het hoofdbouw van de STMR in Tiel waardoor de lijnen naar de JGZ relatief kort blijven.

In het kader van de tijdelijke regeling vroegsignalering (TRV) is de JGZ verplicht om een beleid op dit terrein te ontwikkelen. Landelijk wordt niet hetzelfde beleid gevoerd. De gemeenten hebben ook bepaalde wensen ten aanzien van dit beleid waardoor dit van regio tot regio kan verschillen. In Tiel wordt een vroegsignaleringsinstrument gebruikt waarin een aantal risicosignalen worden genoemd, maar het is niet duidelijk of deze zijn gebaseerd op literatuur. Ook is niet voor iedereen duidelijk wat vervolgens met de signalen te doen. De GGD hanteert een soortgelijk instrument maar hanteert andere definities. Er wordt nog gewerkt aan het formuleren van gemeenschappelijke definities.

Alle huisartsen en jeugdverpleegkundigen in de regio zijn op de hoogte gesteld van het project omdat zij ermee te maken zouden kunnen krijgen. Er zijn drie huisartsenpraktijken in de regio waar huisartsen nog bevallingen begeleiden. Deze huisartsen zijn uitgenodigd deel te nemen aan de focusgroep met verloskundigen maar geen van hen was daartoe bereid. Waar in dit rapport wordt gesproken over de rol van verloskundigen geldt dit ook voor verloskundig actieve huisartsen.

3.4 Klankbordgroep

Een klankbordgroep is gevormd ter ondersteuning van het project, waarin vertegenwoordigers van belangrijke organisaties waren vertegenwoordigd (bijlage C). Deze klankbordgroep is drie keer bij elkaar geweest.

Tijdens de eerste vergadering is het concept vroegsignaleringsinstrument gepresenteerd. Er werden veel nuttige opmerkingen gemaakt en er werd besloten dat meer tijd nodig was om het instrument werkbaar te maken. In overleg met het ministerie van VWS is de duur van het project daarom met drie maanden verlengd.

Op aanraden van leden van de klankbordgroep is contact gelegd met kraamzorginstellingen die al activiteiten hebben ondernomen op het gebied van vroegsignalering en kindermishandeling (zie ook paragraaf 3.5 en 6).

3.5 Het beroepsgeheim van kraamverzorgenden

Een belangrijk aandachtspunt dat in het inventariserend onderzoek naar voren kwam is het spanningsveld tussen het bewaren van het beroepsgeheim en het doorgeven van signalen. Bij de ontwikkeling van het vroegsignaleringsinstrument is veel aandacht besteed aan dit dilemma.

Signalen moeten zoveel mogelijk met toestemming van ouders worden doorgegeven aan andere zorgverleners. Waar het niet mogelijk is om hun toestemming te verkrijgen speelt het beroepsgeheim een rol.

Het beroepsgeheim is vastgelegd in verschillende algemene wetten zoals het Wetboek van Strafrecht, en de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Daarnaast is er voor zorgverleners de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wet is onderdeel van het Burgerlijk Wetboek en betreft de overeenkomst tussen een zorgverlener en een patiënt waarbij de zorgverlener zich verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, waaronder ook verloskundige handelingen vallen (artikel 446 BW). Tevens is de WGBO gekoppeld aan het verplegen en verzorgen in het kader van een geneeskundige behandeling (62). De beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen en verzorgenden vereist dat deze zich ook in andere situaties houden aan de WGBO (62).

De Beroepscode voor de verzorging noemt de WGBO expliciet als één van de wetten waarop het handelen van verzorgenden is gebaseerd (63). In artikel 2.10 is het beroepsgeheim geformuleerd: 'De verzorgende is verplicht te zwijgen over al hetgeen als geheim te harer kennis is gekomen of waarvan zij het vertrouwelijke karakter moet begrijpen'.

Aan de andere kant hebben alle zorgverleners, en dus ook kraamverzorgenden, op basis van art. 19 van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind (IVRK) een verantwoordelijkheid in het signaleren en handelen bij een vermoeden van een bedreigende opvoedingssituatie voor een kind (64). Volgens het Wetboek van Strafrecht (art 255) is iemand die verantwoordelijk is voor de verzorging van een ander en deze opzettelijk in een hulpeloze toestand brengt of laat zelfs strafbaar (65).

Zorgverleners nemen het beroepsgeheim, terecht, erg serieus. Maar soms vatten zij deze plicht te strikt op en belemmert dit het realiseren van optimale ketenzorg (64). Landelijk is er een tendens om het belang van het kind steeds zwaarder te laten wegen in verhouding tot het recht van de ouders. Zo wordt in het programma voor jeugdbescherming van het Ministerie van Justitie gesteld (66);

“Een jeugdbescherming vanuit de rechten van minderjarigen vereist dat bij de keuze voor een maatregel het belang van de minderjarige de eerste overweging is, en niet of in mindere mate het recht van de ouders als eerstverantwoordelijken voor de opvoeding van hun kinderen.”

Op basis van art. 457 uit de WGBO mag een kraamverzorgende alleen met toestemming van cliënten informatie over hen doorgeven aan anderen. Onder ‘anderen’ zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst zijn betrokken. Deze nuance is door de wetgever toegevoegd om de uitwisseling van gegevens zoals die in de praktijk gebruikelijk is tussen directe betrokkenen niet onnodig moeilijk te maken (67). Overigens is de kring van rechtstreeks betrokkenen niet exact omschreven en er is discussie over wat daarmee wordt bedoeld.

Volgens Markenstein mag deze kring niet te ruim worden opgevat (85). Bij ketenzorg kunnen verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de hulpverlening aan een patiënt maar op basis van verschillende behandelovereenkomsten. Anderen stellen dat het vrijwel onmogelijk is om de kring van rechtstreeks betrokkenen bij de uitvoering van de behandelovereenkomst vooraf vast te stellen (68). Zij stellen voor dit begrip in een aanpassing van de WGBO te laten vervallen. In de wet zou dan kunnen worden opgenomen dat patiëntengegevens aan andere zorgverleners mogen worden verstrekt voor zover dit nodig is voor de zorg van een goede zorgverlener. De patiënt moet deze gegevensverstrekking redelijkerwijs kunnen verwachten en hier geen bezwaar tegen hebben gemaakt.

In het concept van de ‘JGZ-standaard secundaire preventie kindermishandeling’ wordt gesteld dat voor verstrekking van gegevens uit prenatale zorg en kraamzorg aan de JGZ in beginsel toestemming van de ouders is vereist (69). Aangezien het echter om een doorgaande lijn van zorg gaat, mag deze toestemming worden verondersteld. Wel moeten ouders geïnformeerd worden over de gegevensuitwisseling en gewezen worden op de mogelijkheid om daar bezwaar tegen te maken.

Ook andere auteurs stellen dat bij gegevensverstrekking tussen zorgverleners in een zorgketen toestemming van de patiënt kan worden verondersteld (68). De patiënt moet dan wel van tevoren voldoende zijn geïnformeerd over de zorgverleners die tot de keten behoren en dus over haar of zijn gegevens moeten kunnen beschikken.

In de recent ontwikkelde meldcode kindermishandeling van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) worden niet alleen de verloskundige en jeugdverpleegkundige als ketenpartners beschouwd, maar ook de verloskundige

en kraamverzorgende (70). Zij worden dus niet beschouwd als behorende tot dezelfde behandelovereenkomst. Dit betekent dat overleg tussen deze zorgverleners zonder toestemming een doorbreking van het beroepsgeheim is. Overleg is alleen toegestaan als dit noodzakelijk is om schade aan een kind te voorkomen.

Kortom, de definitie van direct betrokkenen bij een behandelovereenkomst en de reikwijdte van het beroepsgeheim zijn niet eenduidig.

Voor het project PVRK is advies gevraagd aan de helpdesk van het Ministerie van Justitie, het AMK in Arnhem en aan het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging. Ook deze instellingen konden geen eensluidend antwoord geven over de reikwijdte van het beroepsgeheim bij kraamverzorgenden maar wezen wel op relevante literatuur.

Daarnaast is contact gezocht met de ouder- en kindcentra (OKC's) in Amsterdam, kraamzorg Twente en Yunio kraamzorg over hoe deze instellingen met deze materie omgaan.

In de OKC's wordt gewerkt met een protocol 'Overdracht verloskunde – kraamzorg – JGZ'. De verloskundige stuurt zo spoedig mogelijk na de bevalling een overdrachtsformulier naar de jeugdverpleegkundige. Vanaf de vierde dag na de bevalling gaat de jeugdverpleegkundige in Amsterdam al op huisbezoek. De kraamverzorgende schrijft aan het einde van haar zorg een overdrachtsformulier en een borstvoedingsoverdracht en vraagt aan de ouders deze formulieren mee te nemen naar het consultatiebureau. Zowel de verloskundige als de kraamverzorgende vragen ouders om een handtekening te zetten en daarmee toestemming te geven voor gegevensoverdracht. Alle informatie die wordt overgedragen aan de jeugdverpleegkundige wordt met ouders besproken. Als ouders niet willen dat iets wordt overgedragen, gebeurt dat ook niet.

Tijdens de procesevaluatie van dit protocol bleek dat zelden bijzonderheden worden genoteerd, zoals psychosociale problemen en dat de overdrachten niet voorzien in de behoefte aan dergelijke informatie (71). Redenen die hiervoor genoemd werden door zorgverleners tijdens de evaluatie zijn de privacyrechten van de ouders, de vaak moeilijke communicatie met ouders van niet-westerse afkomst en de verschillen in mate van doortastendheid van kraamverzorgenden. Over het overleg tussen de verloskundige en de kraamverzorgende wordt in de evaluatie slechts opgemerkt dat de kraamverzorgende soms bij de ouders een kopie vindt van de overdracht van de verloskundige naar de jeugdverpleegkundige.

Kraamzorg Twente heeft, in overleg met het AMK, werkafspraken gemaakt ten aanzien van kindermishandeling en huiselijk geweld. De kraamverzorgende kan vermoedens van mishandeling bespreken met de ouders, maar kan ook eerst overleggen met de leidinggevende. Zo nodig wordt een melding gedaan bij het AMK. De leidinggevende overlegt in dat geval met de verloskundige en de huisarts.

Yunio kraamzorg heeft een protocol voor de signalering van kindermishandeling (72). Bij twijfel wordt de kraamverzorgende aangeraden te overleggen met de leidinggevende of een collega. De verloskundige wordt niet genoemd. In principe wordt een vermoeden van risico's op kindermishandeling besproken met de ouders, maar bij gevaar gaat het belang van het kind voor. Bij twijfel of een melding gedaan moet worden, wordt overlegd met het AMK.

Uiteindelijk is er in het project PVRK voor gekozen om de verloskundige en kraamverzorgende als direct betrokkenen bij dezelfde behandelovereenkomst te beschouwen. Overleg tussen hen wordt daarom niet beschouwd als het doorbreken van het beroepsgeheim, in tegenstelling tot overleg tussen andere ketenpartners.

De volgende overwegingen speelden hierbij een rol:

- De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of verloskundig actieve huisarts bij de bevalling en ook in de kraamperiode is de verloskundige of huisarts verantwoordelijk (73).
- Als de verloskundige en kraamverzorgende ketenpartners zouden zijn, zou dit gegevensuitwisseling tussen hen bemoeilijken. Immers, strikt genomen zou de kraamverzorgende dan voor alles wat ze met de verloskundige wil overleggen toestemming moeten vragen aan de ouders (en vice versa).
- De samenwerking tussen de kraamverzorgende en de verloskundige of verloskundig actieve huisarts is te vergelijken met de situatie binnen een gezondheidscentrum waar artsen en fysiotherapeuten rechtstreeks betrokkenen kunnen zijn (68). Het is van belang ouders aan het begin van de zorg te informeren over de samenwerking tussen de verloskundige en kraamverzorgende.

De jeugdverpleegkundige wordt in dit project wel beschouwd als ketenpartner van zowel de verloskundige als de kraamverzorgende. Er begint immers een nieuwe 'behandelovereenkomst' nadat de verloskundige en de kraamverzorgende de zorg hebben afgesloten. Dit betekent dat voor overleg tussen de kraamverzorgende en de jeugdverpleegkundige en voor overdracht van informatie, in beginsel toestemming is vereist van de ouders. Dit sluit aan bij de gang van zaken in de praktijk. In veel regio's, waaronder die waar de pilotimplementatie van het project plaatsvond, laten kraamverzorgenden ouders tekenen op het overdrachtsformulier dat voor de jeugdverpleegkundige bestemd is.

Het doorgeven van informatie of overleggen zonder toestemming van de ouders betekent in dit geval een doorbreking van het beroepsgeheim en kan alleen plaatsvinden als daarmee schade aan het kind kan worden voorkomen en er sprake is van overmacht. De zwijgplicht botst in dat geval met de zorgplicht voor het kind. De zorgverlener kan zich dan beroepen op een conflict van plichten.

Gezien de controverse rondom dit onderwerp is het instrument voorgelegd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Na overleg met TNO is het instrument door deze

inspectie ook voorgelegd aan de Inspectie Jeugdzorg. De reactie van de verschillende inspecteurs was unaniem. Zij ondersteunen de interpretatie van kraamverzorgende en verloskundige als direct betrokkenen bij dezelfde behandelovereenkomst. Zij bepleiten om in het belang van het kind, geen te grote drempels op te werpen in de samenwerking tussen verloskundige en kraamverzorgende en bij de belangenafweging het privacyaspect niet te zwaar aan te zetten.

Gezien de onduidelijkheid rondom het beroepsgeheim is het van belang dat de overheid hierover duidelijke richtlijnen formuleert.

3.6 Het vroegsignaleringsinstrument (figuur 1)

Drie onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar in hoeverre de genoemde risicofactoren in de literatuur te signaleren zijn door kraamverzorgenden zonder dat deze een anamnese hoeven af te nemen. Dat betekent dat kraamverzorgenden de signalen kunnen zien of horen terwijl zij hun dagelijkse werkzaamheden verrichten in gezinnen.

Op basis van consensus tussen de drie onderzoekers hebben alle risicofactoren een score gekregen:

0 = niet vast te stellen door kraamverzorgende

1 = toevallig te zien of horen

2 = vrijwel altijd vast te stellen door observatie

v = te vaag geformuleerd om van nut te zijn

De risicofactoren met score 1 of 2 zijn vervolgens ingedeeld in categorieën die gebaseerd zijn op het balansmodel dat gebruikt is in de concept JGZ-standaard 'Secundaire preventie kindermishandeling' (69). Deze lijst is voor commentaar voorgelegd aan de leidinggevendende kraamzorg en de opleidingsfunctionaris van de STMR en aan Z-org (bijlage O).

Op basis van dit commentaar en consensus onder de onderzoekers is een lijst samengesteld van signalen die bij uitstek door kraamverzorgenden kunnen worden opgemerkt. Deze lijst is besproken in de klankbordgroep en de bewoording van een aantal signalen is aangepast (bijlage D).

Eén van de signalen wordt niet bij uitstek gesignaleerd door kraamverzorgenden maar zal altijd ook door de jeugdverpleegkundige opgemerkt worden, namelijk: De communicatie met de moeder verloopt moeizaam.

Toch is dit signaal aan het instrument toegevoegd omdat het voor jeugdverpleegkundigen erg belangrijk is dit te weten voor ze op huisbezoek komen.

In de klankbordgroep is besloten niet een lijst met risicofactoren aan het dossiers van de kraamverzorgenden toe te voegen omdat dit erg confronterend kan zijn voor

ouders. Er is gekozen voor een bijlage bij het overdrachtsformulier met algemene kopjes waaronder kraamverzorgenden bijzonderheden kunnen schrijven (figuur 2). De kopjes sluiten aan bij de indeling van het dossier van de JGZ.

Als naslagwerk hebben kraamverzorgenden een toelichting bij deze bijlage bij het overdrachtsformulier ontvangen waarin o.a. de lijst met risicosignalen is genoemd. Deze signalen dienden als voorbeelden voor het invullen van bijzonderheden. In figuur 3 is deze lijst weergegeven.

In deze toelichting is ook een stappenplan toegevoegd waarin schematisch is vermeld welke acties de kraamverzorgenden bij verschillende soorten signalen zouden moeten ondernemen (bijlage F). Bij het formuleren van dit stappenplan zijn de meldcodes kindermishandeling van het NJi en de KNOV en het concept van de JGZ-standaard 'Secundaire preventie kindermishandeling' als voorbeelden gebruikt (69;70;74). Hierbij is wel op te merken dat bij vroegsignalering ook signalen worden doorgegeven die niet direct op kindermishandeling duiden, maar wel risicofactoren vormen voor zorgwekkende opvoedingssituaties. Signalen zijn vaak minder ernstig dan bij een vermoeden op kindermishandeling. Een goede afweging of het beroepsgeheim doorbroken mag worden is daarom bij vroegsignalering nog meer noodzakelijk.

In bijlage E is de volledige toelichting toegevoegd.

Een aantal signalen komt overeen met indicaties die genoemd zijn in het landelijk indicatieprotocol kraamzorg (5), bijvoorbeeld 'communicatiebarrière', 'instabiele gezinsituatie' en 'meer dan gewone onzekerheid/onevenwichtigheid'. Kraamverzorgenden moeten deze indicaties bespreken met ouders als ze op basis hiervan aan de verloskundige willen voorstellen om het aantal uren zorg uit te breiden. Mogelijk wordt het daardoor gemakkelijker om ook te bespreken of deze signalen doorgegeven kunnen worden aan de JGZ. In de toelichting bij het indicatieprotocol wordt zelfs gewezen op aandacht voor de overdracht van deze signalen aan de JGZ (5). Wel is vroegsignalering een uitbreiding van de taken die in het indicatieprotocol genoemd worden. Vroegsignalering behelst niet alleen zorg aan moeder en kind maar het signaleren van risicosignalen in het hele gezin.

Bij niet-acute signalen is kraamverzorgenden geadviseerd om deze door te geven aan de jeugdverpleegkundige zodat deze eventueel ondersteuning kan inzetten. Hiervoor is gekozen omdat de kraamverzorgende na een week de zorg afsluit en het consultatiebureau vier jaar lang het gezin volgt en dus de continuïteit en het effect van de ondersteuning kan bewaken.

Kraamverzorgenden bespreken alle signalen die ze doorgeven met de verloskundige en anoniem doorgegeven signalen tevens met de leidinggevende. Ook overleggen ze bij twijfel of bij acute signalen die onmiddellijke actie vereisen met de leidinggevende of verloskundige. De verloskundigen zijn ook geïnformeerd over hoe ze kraamverzorgenden kunnen bereiken voor overleg.

Tijdens het inventariserend onderzoek werd duidelijk dat kraamverzorgenden weinig weten over de ondersteuningsmogelijkheden in de regio. De belangrijkste voorbeelden hiervan zijn opgenomen in het naslagwerk voor kraamverzorgenden (bijlage G). De verwachting was dat kennis over deze mogelijkheden het signaleren en doorgeven van bijzonderheden zou stimuleren.

De verloskundige en jeugdverpleegkundige kunnen de informatie van de kraamverzorgenden gebruiken bij het toepassen van hun eigen signaleringsinstrument. In bijlage H is aangegeven hoe de signalen uit het vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden in de DFSI kunnen passen.

Op het reguliere overdrachtsformulier zetten ouders en de kraamverzorgende een handtekening voor overdracht van de gegevens naar de JGZ. Tijdens de pilotimplementatie schreven kraamverzorgenden onder het kopje 'Bijzonderheden' "zie bijlage". Ouders tekenden daardoor voor zowel de gegevens op het reguliere formulier als voor de bijzonderheden op de bijlage.

Figuur 1: Vroegsignaleringsinstrument voor kraamverzorgenden

- Bijlage bij overdracht (figuur 2)
 - o Bijlage bij reguliere overdrachtsformulier voor risicosignalen
- Naslagwerk voor kraamverzorgenden met daarin:
 - o Toelichting bij 'Bijlage bij overdracht' (bijlage E)
 - Lijst met risicosignalen
 - o Stappenplan voor bijzonderheden bij overdracht (bijlage F)
 - o Ondersteuningsmogelijkheden voor gezinnen (bijlage G)

Figuur 2. Bijlage overdracht kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg¹

Baby

Geen bijzonderheden ☐

Moeder

Geen bijzonderheden ☐

Andere kinderen

Geen bijzonderheden ☐

Gezinssituatie

Geen bijzonderheden ☐

Woon-/leefsituatie

Geen bijzonderheden ☐

Overige

¹ Het overdrachtsformulier zit in het zorgdossiers van kraamzorg ‘De Waarden’

Figuur 3. Signalen die opgemerkt kunnen worden door kraamverzorgenden

1. Baby
 - Baby huilt veel of de ouders vinden dat de baby veel huilt.
Geef hierbij aan hoeveel uur per dag de baby huilt.
2. Moeder
 - Moeder lijkt zich ongelukkig te voelen/ zich niet goed in haar vel te voelen
 - Moeder laat merken dat ze het niet goed aan kan
 - Problemen in het contact met de baby, bijvoorbeeld:
 - * moeder maakt geen oogcontact met de baby
 - * moeder zegt geen bemoedigende woorden tegen de baby
 - * moeder houdt de baby niet graag vast
 - Moeder heeft een afkeer van de verzorging van de baby
 - Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby
 - Moeder lijkt niet van de baby te genieten
3. Andere (eigen) kinderen
 - Ander kind is onverzorgd (niet aangekleed, krijgt onvoldoende eten, enz.)
 - Gewoonte om ander kind alleen te laten zonder begeleiding
 - Streng straffen (zoals slaan, opsluiting)
 - Ouders schreeuwen veel tegen kinderen
 - Blauwe plekken of andere verwondingen bij een kind
 - Ander kind trekt meer naar kraamverzorgende toe dan naar de ouders
 - Ouders stellen weinig grenzen en geven weinig structuur aan kinderen
4. Gezinssituatie
 - Ouders blijven zeggen dat ze teleurgesteld zijn over het geslacht van de baby of dat de baby ongewenst is
 - Alcohol- of drugsmisbruik in het gezin
 - Vader heeft de neiging van slag te raken en boos te worden
 - Geweld of ruzie tussen ouders
 - Er is niet veel steun van de partner
 - Ik voel me niet prettig in dit gezin
 - Ouders hebben een vijandige houding naar de kraamverzorgende toe
 - Financiële zorgen/ armoede in het gezin
5. Woon-/leefsituatie
 - De communicatie met de moeder verloopt moeizaam
 - Gezin heeft weinig steun van familie en vrienden
6. Overige
 - Hier kun je iets opschrijven wat niet onder de andere kopjes past maar wat je wel belangrijk vindt om door te geven.

4 Pilotimplementatie van het vroegsignaleringsinstrument

4.1 Bijscholing van kraamverzorgenden

Voorafgaand aan de pilotimplementatie zijn alle kraamverzorgenden bijgeschoold. Voor deze bijscholing zijn een aantal mogelijkheden onderzocht. Uiteindelijk is de opleidingsfunctionaris van de STMR (mevrouw D. Kersten) bereid gevonden de scholing te verzorgen. Mevrouw Kersten heeft naast haar baan bij de STMR samen met een collega een eigen cursusbureau 'Kersten en van de Pol' en heeft veel ervaring in het geven van bijscholingen aan kraamverzorgenden, onder andere over het onderwerp kindermishandeling.

In overleg met TNO is een scholingsprogramma samengesteld van 3,5 uur (bijlage I). De resultaten van het inventariserend onderzoek en ervaringen met vroegsignalering in de Ouder- en Kindcentra in Amsterdam (71) zijn gebruikt bij het opzetten van de scholing.

In de scholing werd eerst ingegaan op wat risicosignalen zijn en hoe deze zijn te herkennen. Door middel van een spel werd duidelijk gemaakt hoe belangrijk ketenzorg is bij vroegsignalering. Vervolgens werd ingegaan op de rol die iemands eigen normen en waarden spelen bij het inschatten van risicosignalen. Op basis van het inventariserend onderzoek was duidelijk geworden dat het signaleren moeilijker is bij niet-westerse en streng christelijke gezinnen. Hieraan werd daarom extra aandacht besteed tijdens de scholing.

Na de pauze werd geoefend in het bespreken van signalen met ouders en in het rapporteren van signalen op de bijlage bij het overdrachtsformulier. Het oefenen gebeurde met behulp van een actrice. Ook is het vroegsignaleringsinstrument uitgelegd waarmee kraamverzorgenden zouden gaan werken en zijn de materialen hiervoor uitgedeeld.

In de cursus voor kraamverzorgenden lag het accent op observeren. Kraamverzorgenden nemen niet, zoals bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen, een anamnese af. In een cursus voor jeugdverpleegkundigen zou ook aandacht besteed moeten worden aan het stellen van vragen gericht op vroegsignalering. Kraamverzorgenden hebben meer training nodig in hoe ze signalen kunnen zien en horen als ze in gezinnen zijn.

Vervolgens werd uitgelegd wat kraamverzorgenden met signalen moesten doen. De actie die kraamverzorgenden ondernemen als ze risico's signaleren is vooral het doorgeven van deze signalen aan de verloskundige en jeugdverpleegkundige. Daarnaast geven ze door voorbeeldgedrag adviezen voor de opvoeding. Interventie wordt zelden al tijdens de kraamweek ingezet door kraamverzorgenden of verloskundigen en dan

vooral bij acute situaties. Alleen gespecialiseerde thuiszorg wordt wel aansluitend aan de eerste week geregeld, in overleg met de huisarts, als een vrouw nog niet zelfredzaam is. De jeugdverpleegkundige gaat een stap verder en plant wel interventies in risicogezinnen. Jeugdverpleegkundigen zullen dus nog beter dan de kraamverzorgende op de hoogte moeten zijn van de interventiemogelijkheden. Voor kraamverzorgenden is het zinvol globaal te weten welke ondersteuningsmogelijkheden er in de regio zijn omdat dit motiveert om signalen door te geven.

De scholing is vier keer gegeven aan groepen van 11 tot 14 personen. Een evaluatieformulier is uitgedeeld aan alle 52 deelnemers. Iedereen gaf een 7 of hoger als waardering voor de bijscholing en 46 deelnemers gaven zelfs een 8 of hoger (op een schaal van 0 tot 10). Alle deelnemers gaven aan dat het duidelijk was geworden wat risicozorg inhoudt. Slechts twee deelnemers antwoordden ontkennend op de vraag of ze situaties bespreekbaar zouden kunnen maken en één was er niet zeker van. Het stappenplan van het instrument was duidelijk voor iedereen op één deelnemer na. Deze schreef dat dat in de praktijk nog zou moeten blijken.

Er werd gevraagd wat het meest leerzame was van de scholing. Alle onderdelen werden genoemd. Vooral het uitwisselen van ervaringen en het oefenen werd erg gewaardeerd. Ook werd een aantal keren genoemd dat het prettig was om een duidelijke uitleg te krijgen over hoe om te gaan met gezinnen waar problemen zijn en hoe erger kan worden voorkomen door deze gezinnen hulp aan te bieden. Een aantal noemde dat ze gerustgesteld waren dat ze niet voor de oplossing hoeven te zorgen maar signalen wel kunnen doorgeven binnen de zorgketen.

Veel deelnemers merkten op dat ze het een zinvolle en prettige bijscholing vonden. Eén deelnemer zou de scholing liever in nog kleinere groepen hebben gehad. Drie deelnemers gaven aan dat er wel erg veel op hen af kwam. Drie noemden dat het bespreekbaar maken moeilijk zal blijven maar dat het goed was om te hebben geoefend.

Op sommige andere plaatsen in het land worden meerdere sessies gewijd aan bijscholing op het gebied van vroegsignalering of kindermishandeling. Dit lijkt zinvol gezien de complexiteit van het onderwerp.

4.2 Voorbereiding van de pilotimplementatie

Voorafgaand aan de pilotimplementatie heeft een TNO onderzoeker een toelichting gegeven tijdens een overleg van de jeugdverpleegkundigen en de verloskundigen. Aan jeugdverpleegkundigen is gevraagd terug te koppelen aan de leidinggevendenden van de kraamzorg wat met signalen is gedaan die doorgegeven zijn door kraamverzorgenden.

Binnen het projectteam en met de betrokkenen in de pilotimplementatie regio is veel overlegd over de wenselijkheid om ouders te informeren over het project. Uiteindelijk

is besloten dit niet te doen. Het signaleren van problemen behoort tot het takenpakket van de kraamverzorgende en wordt genoemd in het Landelijke Indicatieprotocol Kraamzorg (5). In dit project brengen we een methodiek aan in het signaleren van risico's op problemen in het opvoeden en opgroeien. We voegen geen nieuwe zorg toe maar breiden de bestaande zorg uit. Het leek daarom niet noodzakelijk de ouders hierover te informeren.

Voormeting

Voorafgaand aan de pilotimplementatie is aan kraamverzorgenden een formulier uitgedeeld met de vraag te noteren welke risicosignalen ze in de afgelopen 2 jaar hebben opgemerkt (bijlage J). De lijst met signalen uit het vroegsignaleringsinstrument diende daarbij als voorbeeld. De resultaten van deze voormeting zijn samengevat in tabel 3.

Van 42 van de 52 kraamverzorgenden is het formulier terug ontvangen (81%). Tien van hen hadden niets bijzonders opgemerkt in de afgelopen twee jaar. Twee noemden 21 signalen. De overigen signaleerden een tot twaalf bijzonderheden. In totaal zijn 163 signalen geregistreerd waarvan 82 (50%) met de ouders besproken zijn. In 62 (38%) van de gevallen zijn de signalen besproken met de verloskundige en/of de leidinggevende. Van de signalen zijn 77 (47%) doorgegeven aan de jeugdverpleegkundige. In 13 van de gevallen zijn andere acties ondernomen. Deze bestonden uit het inschakelen van de huisarts, gespecialiseerde thuiszorg of GGD. Eén keer is een melding gedaan aan het AMK door een kraamverzorgende.

Op het formulier werd ook gevraagd of er situaties waren geweest waarin kraamverzorgenden persoonlijke problemen hadden ondervonden, zoals bedreigingen. Vier kraamverzorgenden maakten hier melding van. Ze omschreven de situaties als volgt:

- *Bedreiging door vader van baby; geen acties*
- *Vooraf bang voor leven van baby'tje*
- *Dubbelzinnige opmerkingen van de kraamheer en een vriend. Besproken met praktijkbegeleidster, het belemmerde werk niet maar het was niet fijn.*
- *Meneer dreigde met slaan en wat ik zou doen als hij zou slaan. Heb hem verteld dat als hij slaat het einde zorg is voor moeder en kind.*

Tabel 3: Voormeting – signalen opgemerkt in 2 jaar voorafgaand aan pilotimplementatie

Soort signalen	Hoe vaak opgemerkt?	In hoeveel gevallen besproken met ouders?	In hoeveel gevallen besproken met verloskundige en/of leidinggevende?	In hoeveel gevallen doorgegeven aan jeugdverpleegkundige?	In hoeveel gevallen andere acties ondernomen?	In hoeveel gevallen geen actie ondernomen?
Baby	22	19	18	12	1	2
Moeder	35	22	20	22	7	2
Andere (eigen) kinderen	36	18	7	12	2	7
Gezins situatie	43	15	10	18	2	11
Woon-/ leefsituatie	16	8	7	13	1	6
Overige	1					
Totaal	163 (100%)	82 (50%)	62 (38%)	77 (47%)	13	28

Tabel 4: Overzicht van TNO registratieformulieren

Signalen	Hoe vaak opgemerkt?	In hoeveel gevallen besproken met ouders?	In hoeveel gevallen besproken met verloskundige en/of leidinggevende?	In hoeveel gevallen doorgegeven aan jeugdverpleegkundige?	In hoeveel gevallen andere acties ondernomen?	In hoeveel gevallen geen actie ondernomen?
Baby	0	0	0	0	0	0
Moeder	18	14	10	12	4	0
Andere (eigen) kinderen	7	1	1	2	0	1
Gezins situatie	14	10	6	7	1	0
Woon/leefsituatie	1	1	0	1	0	0
Overige	2	2	1	0	0	0
Totaal	42 (100%)	28 (67%)	18 (43%)	22 (52%)	5	1

4.3 Uitvoering van de pilotimplementatie

De pilotimplementatie vond plaats gedurende een periode van zes maanden van 1 oktober 2006 tot 1 april 2007. Tijdens deze periode is aan kraamverzorgenden gevraagd om elke maand een registratieformulier terug te sturen. De lay-out van het formulier was hetzelfde als het formulier van de voormeting (bijlage K). Op dit formulier gaven ze aan of ze in de betreffende maand bijzonderheden hadden gesignaleerd en welke acties ze hadden ondernomen.

Na enige tijd werd duidelijk dat kraamverzorgenden niet alle bijzonderheden op deze 'TNO formulieren' schreven. Ook noteerden ze bijzonderheden soms op het reguliere overdrachtsformulier in plaats van op de bijlage. Om een goed beeld te krijgen van het verloop van de pilotimplementatie, is toen besloten dat de leidinggevende een kopie van alle overdrachtsformulieren met bijlage zou opsturen naar TNO. Deze formulieren zijn geanonimiseerd.

Gedurende de pilotimplementatie is regelmatig overleg geweest tussen onderzoekers van TNO en de leidinggevenden van de kraamzorg. In december 2006 is een tussenevaluatie gehouden met alle kraamverzorgenden, verdeeld over twee avonden. Op deze avond is de voortgang van het project aan de orde geweest. Kraamverzorgenden hebben in kleine groepen ervaringen uitgewisseld. Vervolgens is plenair besproken tegen welke problemen kraamverzorgenden aanliepen en hoe ze hiermee zouden kunnen omgaan. Een TNO onderzoeker heeft van deze tussenevaluatie een verslag gemaakt en dit is meegenomen in de kwalitatieve evaluatie van het project.

5 Uitkomsten van de pilotimplementatie

5.1 Registratie van bijzonderheden

Kraamverzorgenden hebben per maand een TNO registratieformulier ingevuld met bijzonderheden die ze zijn tegengekomen. Per formulier kan het over meer dan één gezin gaan. Soms kunnen ook meerder signalen opgeschreven zijn die over hetzelfde gezin gaan.

In totaal zijn 201 formulieren teruggestuurd naar TNO. Hierop zijn 42 signalen genoemd. Op vier formulieren waren drie signalen genoemd, op drie formulieren twee signalen en op 24 formulieren één signaal. De overige 170 formulieren waren blanco.

Drie kraamverzorgenden maakten melding van persoonlijke problemen:

- Kraamverzorgende moet gezin verlaten i.v.m. wanbetaling
- Kraamverzorgende begaan met 12 jaar oud meisje – zit op een middelbare school beneden haar niveau
- Agressiviteit van de vader; overleg gepleegd met teammanager, iemand anders is voor laatste paar dagen in gezin geplaatst

Tabel 4 geeft een overzicht van de signalen die zijn genoemd en de acties die zijn ondernomen.

Van de 42 signalen zijn 28 (67%) met de ouders besproken. In 18 (43%) van de gevallen zijn de signalen besproken met de verloskundige en/of de leidinggevende. De kraamverzorgenden geven aan 22 (52%) van de signalen te hebben doorgegeven aan de jeugdverpleegkundige. In 5 van de gevallen zijn andere acties ondernomen. Eén keer is genoteerd dat thuiszorg is aangevraagd en één keer gespecialiseerde gezinszorg. In de andere drie gevallen is geen actie ondernomen omdat het gezin al bekend was bij gespecialiseerde hulpverlening: in twee gevallen bij de geestelijke gezondheidszorg en in het andere geval bij de kinderbescherming.

Twee keer is aangegeven dat bijzonderheden zijn overgedragen zonder toestemming van de ouders.

Per gezin is het reguliere overdrachtsformulier en een bijlage bij overdracht opgestuurd naar de JGZ en een kopie van deze formulieren naar de leidinggevende. Deze heeft kopieën naar TNO gestuurd. In tabel 5 staat een overzicht van het aantal overdrachtsformulieren en bijlagen waarop signalen zijn genoteerd.

Alle overdrachtsformulieren en bijlagen met opmerkingen zijn door twee onderzoekers bekeken: bij verschil van mening werd door discussie consensus bereikt.

Tabel 5: Overzicht van overdrachtsformulieren en bijlagen bij overdracht

Totaal retour	411 (100%)
Bijlagen zonder bijzonderheden	319
Bijlagen met andere opmerkingen	48
Totaal aantal overdrachten zonder signalen	367 (89,3% van alle bijlagen)
Bijlagen met signalen	30
Signalen op reguliere overdracht	6
Totaal aantal formulieren met signalen	36 gezinnen (8,8% van alle bijlagen)
Mogelijke signalen op regulier formulier of bijlage (onduidelijk hoe ernstig situatie is)	8 (1,9% van alle bijlagen)
Overdracht zonder toestemming ouders	2 (0,5% van alle bijlagen)

Opvallend is dat op 30 bijlagen bij overdracht signalen zijn vermeld en op 6 reguliere overdrachtsformulieren terwijl kraamverzorgenden op de TNO registratieformulieren aangegeven hebben slechts 22 signalen te hebben doorgegeven aan de JGZ. Dit bevestigt het vermoeden dat de TNO registratieformulieren niet volledig zijn ingevuld.

Als er geen bijzonderheden te melden waren kruisten kraamverzorgenden de hokjes 'geen bijzonderheden' aan. Op veel formulieren waren deze hokjes ook aangekruist als er wel bijzonderheden waren vermeld. Het lijkt erop dat het aankruisen van deze hokjes soms routinematig werd gedaan.

In bijlage L is een volledig overzicht gegeven van de signalen die zijn vermeld.

5.2 Kwalitatieve evaluatie

Deze paragraaf beschrijft de kwalitatieve evaluatie van de ervaringen met het ontwikkelde vroegsignaleringsinstrument tijdens de pilotimplementatie. Deze evaluatie is verricht onder kraamverzorgenden en hun leidinggevendenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen.

5.2.1 Methodes

Tijdens de pilotimplementatie is op twee avonden in december 2006 een tussenevaluatie gehouden. Alle kraamverzorgenden die betrokken waren bij de pilotimplementatie werden uitgenodigd. Tijdens deze tussenevaluatie werden de ervaringen met de vroegsignaleringsmethodiek tot dan toe besproken. Deze informatie is ook meegenomen bij deze kwalitatieve evaluatie van de pilotimplementatie.

In maart en april 2007 zijn drie focusgroepen gehouden om de ervaringen met de pilo-

implementatie te evalueren; één met kraamverzorgenden, één met verloskundigen en één met jeugdverpleegkundigen. Voor de drie focusgroepen zijn protocollen met interviewrichtlijnen opgesteld (Bijlage M). De belangrijkste onderwerpen voor het focusgroepinterview met kraamverzorgenden waren: de ervaringen met de scholing en het vroegsignaleringsinstrument, de samenwerking met de andere disciplines, de toekomst van de vroegsignalering en rol van de kraamverzorgende in de vroegsignalering. Voor de verloskundigen en jeugdverpleegkundigen werd het protocol enigszins aangepast. Bij deze beroepsgroepen werd de nadruk meer gelegd op wat zij gemerkt hebben van de pilotimplementatie met het vroegsignaleringsinstrument en op de samenwerking en rol van de drie disciplines rondom vroegsignalering.

Na afloop van de focusgroepen zijn de voorlopige bevindingen besproken met de managers van de kraamverzorgenden en de opleidingscoördinator om te kijken of zij deze punten herkenden en wellicht nog aanvullingen of andere belangrijke punten konden bijdragen. Tijdens de focusgroep met de verloskundigen bleek dat één verloskundigenpraktijk niet aanwezig kon zijn maar wel meer ervaring had met de pilotimplementatie vroegsignalering in de kraamperiode. Er is daarom besloten om nog telefonisch contact op te nemen met deze praktijk over hun ervaringen. Verder bleek tijdens de focusgroep met de jeugdverpleegkundigen, dat de vier aanwezige jeugdverpleegkundigen vooral ervaring hadden met niet ingevulde bijlagen bij de overdracht. Om een beter beeld te krijgen van de ervaringen met ingevulde bijlagen is telefonisch contact gezocht met een consultatiebureau waar met drie wijkverpleegkundigen gesproken is over hun ervaringen met de bijlagen die wel ingevuld waren.

De instellingen die betrokken waren bij de pilotimplementatie hebben deelnemers geworven voor de focusgroepen. De interviews werden gehouden in de kantoren van de instellingen en in een verloskundige praktijk. De focusgroepen met de drie beroepsgroepen en het gesprek met de leidinggevenden van de kraamverzorgenden werden geleid door twee onderzoekers van TNO en duurden 1,5 tot 2 uur. De telefonische interviews werden gehouden door een van de onderzoekers en duurden ongeveer een half uur. Voorafgaand aan de focusgroepen kregen de deelnemers een formulier opgestuurd met een aantal vragen over hun opleiding en werkervaring. De focusgroepen en interviews zijn opgenomen met behulp van een taperecorder en vervolgens is hier een verslag van gemaakt. Deze verslagen zijn geanalyseerd door twee onderzoekers die ieder afzonderlijk thema's hebben geformuleerd. Deze thema's zijn vervolgens gezamenlijk besproken en verwerkt in dit rapport

5.2.2 Resultaten

De deelnemers

Om enkele socio-demografische en beroepsmatige kenmerken te inventariseren is aan de deelnemers gevraagd om voorafgaand aan de focusgroepinterviews een registra-

tieformulier in te vullen. Bijlage N geeft een overzicht van deze kenmerken van de deelnemers. Er is gestreefd naar voldoende variatie in deelnemers wat betreft leeftijd, plaats van opleiding, ervaring, type werkverband en werkgebied. Deze variatie leek voldoende aanwezig. Een beperking van de focusgroep met de jeugdverpleegkundigen was dat zij maar met vier personen aanwezig waren en allen waren rond dezelfde leeftijd (40+). Bij de overige focusgroepen waren er meer deelnemers en een betere variatie van leeftijden.

Kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen waren graag bereid hun medewerking aan dit onderzoek te verlenen. De focusgroep en individuele interviews verliepen in een open sfeer en hebben veel informatie over de pilotimplementatie opgeleverd.

Uitkomsten

De resultaten van de focusgroepen en interviews worden besproken binnen vijf hoofdthema's:

- a. Ervaringen met pilotimplementatie vroegsignalering
- b. De overdrachtsformulieren
- c. Interdisciplinaire samenwerking
- d. Hoe verder?

a. Ervaringen met pilotimplementatie vroegsignalering

Vanuit het perspectief van de kraamverzorgenden

In het kader van het project zijn alle deelnemende kraamverzorgenden getraind in het herkennen en bespreekbaar maken van signalen die mogelijk tot risicosituaties voor kinderen kunnen leiden. De meeste kraamverzorgenden zeiden door de training bewuster te zijn geworden van mogelijke signalen, meer te 'zien' en zich bekwaamer te voelen om dit bespreekbaar te maken met ouders. Zij zeiden ook veel van elkaar en van het bespreken van de casuïstiek te hebben geleerd. Zij hebben op deze wijze meer het gevoel gehad 'samen verantwoordelijk te zijn' en vonden het prettig om met anderen te bespreken hoe zij omgaan met signalen. Sommigen zeiden echter niet veel anders te doen dan vóór de pilotimplementatie omdat ze voor de pilotimplementatie ook al 'voelspieten' hadden voor gezinnen waar wat aan de hand is.

Kraamverzorgende hebben verschillende malen signalen overgedragen met behulp van de bijlage bij het overdrachtsformulier. Sommige kraamverzorgenden zeiden in deze periode in het geheel geen bijzonderheden (signalen) te zijn tegengekomen. De signalen zijn niet altijd besproken met de verloskundigen en jeugdverpleegkundige.

Uit de focusgroep van kraamverzorgenden bleek een grote betrokkenheid bij gezinnen en de overtuiging dat vroegsignalering van mogelijke risico's voor de ontwikkeling

van kinderen tot hun taak behoort. Zij vinden het heel belangrijk om op tijd bijzonderheden te zien en daar wat mee te doen maar vinden dat tegelijkertijd erg moeilijk. De kraamverzorgenden worstelen niet zo zeer met het signaleren op zichzelf, maar vooral met het benoemen, het opschrijven en het bespreekbaar maken met zowel de ouders als met de verloskundige en / of de jeugdverpleegkundige.

Een complicerende factor bij de vroegsignalering is dat er soms meerdere kraamverzorgenden in een gezin werken en überhaupt dat het aantal uren voor kraamzorg minder is geworden door het indicatieprotocol. Aan de andere kant gaven de kraamverzorgenden ook een voordeel aan, namelijk dat meerdere kraamverzorgenden in één gezin mogelijk meer kunnen zien en overleg kunnen plegen over eventuele signalen en het doorgeven hiervan. Maar het nadeel van meerdere collega's in een gezin werd meer benadrukt dan het voordeel.

De intake vanuit de kraamzorg wordt tegenwoordig vaak telefonisch gedaan en niet meer met behulp een huisbezoek. Ook dit bemoeilijkt volgens kraamverzorgenden het signaleren van bijzonderheden.

Volgens de kraamverzorgenden heeft de pilotimplementatie hen geen extra tijd gekost. Wel in die gevallen waar bijzonderheden zijn genoteerd; dan moest er immers een vervolg gegeven worden op signalen. Maar in die gevallen vonden ze het de tijdsinvestering zeker waard.

Kraamverzorgenden noemden vooral drie groepen die zij 'moeilijk vinden' met betrekking tot vroegsignalering: gezinnen met een sterk religieuze overtuiging of van niet-westerse afkomst en ouders met psychiatrische en psychische problematiek.

Vanuit het perspectief van de verloskundigen

De verloskundigen zeiden niet of nauwelijks iets gemerkt te hebben van de pilotimplementatie. Zij hebben vooral in het begin kort na de training nog wel met de kraamverzorgenden over de pilotimplementatie gesproken maar later niet meer. De kraamverzorgenden hadden vaker het gevoel dat zij gezinnen hadden besproken met de verloskundige dan omgekeerd. De kraamverzorgenden gaven zelf aan dat wellicht een aantal gevallen wel besproken is met de verloskundige, maar niet als 'TNO-project' door de kraamverzorgende is vermeld en dan ook niet als zodanig door de verloskundige is herkend.

In het vervolg van het gesprek met de verloskundigen kwamen wel alsnog enkele vroegsignaleringssituaties naar boven. De verloskundigen adviseerden om niet te veel nadruk te leggen op 'risico' omdat dit voor ouders een negatieve connotatie kan hebben en om ook de mogelijkheden tot 'ondersteuning en hulp' te benadrukken.

De verloskundigen denken dat kraamverzorgenden het moeilijk vinden om zorgen omtrent het gezin bespreekbaar te maken en expliciet op papier te zetten vanwege het moeten vragen om toestemming van de ouders voor informatie-uitwisseling.

Verloskundigen beaamden dat zij zelf ook veel kunnen signaleren via de zwangere maar vinden het ook lastig te weten wat zij daarmee vervolgens moeten doen. Zij signaleren vanuit zichzelf ook risico's en geven dit dan door aan het consultatiebureau. De pilotimplementatie heeft hun manier van werken ten aanzien van vroegsignalering niet veranderd.

Vanuit het perspectief van de jeugdverpleegkundigen

Ook de jeugdverpleegkundigen zeiden weinig van de pilotimplementatie gemerkt te hebben. De pilotimplementatie heeft hun manier van werken ten aanzien van vroegsignalering niet doen veranderen. Zij hebben wel formulieren toegestuurd gekregen maar vooral met 'geen bijzonderheden' er op vermeld. Ook bleek een deel van de formulieren eenvoudigweg te laat of in het geheel niet (als het bij het gezin blijft liggen) bij de jeugdverpleegkundige aangekomen te zijn. De jeugdverpleegkundigen konden echter niet met zekerheid aangeven of dit ook het geval was in de regio waar de pilotimplementatie heeft plaatsgevonden. De leidinggevers van de kraamverzorgenden hadden het idee dat de formulieren over het algemeen op tijd verstuurd zijn. De jeugdverpleegkundigen zagen aan de formulieren dat het voor de kraamverzorgenden moeilijk is hun zorgen op papier te zetten en te bespreken met ouders. In een mondeling (telefonisch) overleg met de verpleegkundige bleek dat er dan soms beter uit te komen.

De telefonische interviews met drie jeugdverpleegkundigen bevestigden dat er vaak formulieren opgestuurd werden waarop stond aangekruist dat er geen bijzonderheden waren. De jeugdverpleegkundigen wisten een aantal voorbeelden te geven van situaties waarbij kraamverzorgenden wel duidelijke signalen hebben gezien in een gezin maar er geen bijzonderheden stonden vermeld op het formulier. Zij kregen dit ook terug van hun collega's. De jeugdverpleegkundigen zouden meer signalen overgedragen willen krijgen over de gezinssituatie (zoals alleenstaande ouders, samengestelde gezinnen en als ouders geen Nederlands spreken), zodat zij zich daar al op kunnen instellen voordat zij op huisbezoek gaan. De drie jeugdverpleegkundigen bij wie een telefonisch interview afgenomen is, hadden ook ervaring met ingevulde formulieren en gaven aan dit bijzonder prettig en attent te vinden. Zij bespraken deze onderwerpen in dat geval met ouders tijdens het huisbezoek, konden zich voorbereiden op de situatie en waren meer alert.

Een deel van de signalen die jeugdverpleegkundigen liever ook vermeld zouden zien op de formulieren stonden niet op de lijst met signalen in de toelichting bij de 'Bijlage bij overdracht' van het vroegsignaleringsinstrument (bijlage E).

Vanuit het perspectief van de leidinggevers en opleidingscoördinator kraamzorg De leidinggevers hebben enkele keren met de kraamverzorgenden overlegd over bijzonderheden in gezinnen, het al of niet noteren van deze bijzonderheden en hoe dit te bespreken met ouders. De leidinggevers benaderden ook wel zelf actief kraam-

verzorgenden naar aanleiding van de formulieren die zij onder ogen kregen. Het beroepsgeheim speelde volgens de leidinggevenden geen rol. Anonieme meldingen zouden eigenlijk altijd met de leidinggevenden besproken moeten worden. De leidinggevenden merkten dat de kraamverzorgenden in het werkoverleg over het algemeen weinig ervaringen met de vroegsignalering meldden. De pilotimplementatie kostte hen naar schatting gemiddeld een uur extra per week.

Samengevat

Samengevat waren de ervaringen van de kraamverzorgenden met de pilotimplementatie vroegsignalering positief. Echter, het bespreekbaar maken van de signalen met de ouders vonden zij nog lastig. De verloskundigen en jeugdverpleegkundigen bleken niet veel van de pilotimplementatie gemerkt te hebben, wellicht doordat zij niet goed op de hoogte waren van de instructies die de kraamverzorgende ontvangen hebben of doordat niet altijd expliciet vermeld werd dat het om de pilotimplementatie vroegsignalering ging.

b. De overdrachtsformulieren

De kraamverzorgenden gaven aan dat het vroegsignaleringsinstrument hen houvast gaf om signalen te melden. Het vinden van de juiste formulering om bijzonderheden te beschrijven vonden zij hierbij echter lastig. Enerzijds vonden zij sec het vinden van de juiste bewoording moeilijk ("wij zijn geen schrijvers"); anderzijds vonden zij het moeilijk bijzonderheden op de aparte bijlage bij het overdrachtsformulier te schrijven omdat deze daarmee een 'extra lading' kregen en mogelijk stigmatiserend waren voor ouders. Zij waren dan ook bang het vertrouwen van de ouders te verliezen. Tijdens de tussenevaluatie werd door kraamverzorgenden de behoefte uitgesproken voor extra communicatietrainingen.

Sommige kraamverzorgenden gaven tijdens de focusgroep aan dat zij hun zorgen anoniem en zonder toestemming van de ouders bespraken met hun leidinggevende, de verloskundige en / of de jeugdverpleegkundige. In dergelijke gevallen hebben zij het soms wel maar soms ook niet op het formulier opgeschreven. Van een aantal gezinnen zijn mogelijk 'geen bijzonderheden' genoteerd, terwijl die er wel waren, omdat de kraamverzorgende het moeilijk vond deze aan de orde te stellen. Ook werden soms signalen niet vermeld als er al bekend was dat er al extra zorg bij het gezin betrokken was. Tijdens de tussenevaluatie kwam ook naar voren dat de kraamverzorgenden het lastig vonden te beoordelen welke signalen relevant zijn om te noteren en welke niet. Een geval waarin een moeder aangaf een opvoedcursus te willen volgen is doorgegeven aan de jeugdverpleegkundige. Een aantal kraamverzorgenden gaven aan dat zij dit niet als bijzonderheid voor vroegsignalering zouden inschatten en vonden dat bij minder ernstige problemen of omstandigheden de eigen normen en waarden al gauw meespelen.

De lijst met signalen is vooral in de training en als naslagwerk gebruikt. In de dagelijkse praktijk van het signaleren bleek die nauwelijks meer gebruikt te worden. Soms gebruikten kraamverzorgenden de lijst om na te gaan hoe zij een probleem of signaal konden omschrijven.

Samengevat

Samengevat is het gebruik van het vroegsignaleringsinstrument als prettig ervaren. De kraamverzorgenden vinden het moeilijk om signalen te formuleren op de overdracht en deze te bespreken met ouders.

c. Interdisciplinaire samenwerking

Kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen

In alle focusgroepen en interviews stonden communicatie, onderlinge samenwerking en elkaar kennen en weten te vinden centraal. Kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen hebben weinig onderling contact maar zouden dat alle drie wel meer willen. De verloskundigen gaven aan dat het soms wat tijd kost om elkaar te pakken te krijgen maar als de nood aan de man is zijn er ook goede ervaringen. Alle drie de beroepsgroepen gaven aan dat er een drempel is omdat je de mensen zelf niet kent, elkaar zelden ontmoet en er daarom een basis van vertrouwen ontbreekt. Daar komt bij dat er meerdere kraambureaus zijn waar mee samengewerkt wordt en dat het voor de verloskundigen en jeugdverpleegkundigen daardoor lastig is de kraamverzorgenden te leren kennen. Volgens de verloskundigen, zou je dit al meer bevorderen door twee keer per jaar gezamenlijk werkoverleg te voeren, een jaarlijkse borrel te organiseren of elkaar te informeren over personeelwisselingen. Ook werd door alle drie de disciplines unaniem de wens geuit om gezamenlijk getraind te worden op het gebied van vroegsignalering en het bespreekbaar maken van signalen met ouders. Hierbij gaven de kraamverzorgenden aan dat zij het van belang vinden om te horen wat de ervaringen en mogelijkheden van de andere disciplines met vroegsignalering zijn.

Een ander heikel punt is de terugkoppeling van wat er gebeurt na een overdracht van signalen, dit werd met name door de kraamverzorgenden genoemd ten aanzien van zowel verloskundigen als jeugdverpleegkundigen. In sommige gevallen had de kraamverzorgende, achteraf gezien, liever vooraf al over een (moeilijk) gezin geïnformeerd willen zijn om beter op de situatie in te spelen. Maar de kraamverzorgenden hadden er vooral behoefte aan om terug te horen wat er rond een gezin is besloten, hoe verwezen is en of de bijzonderheden terecht gesignaleerd zijn. Bij het telefonisch interview met de verloskundigenpraktijk kwam echter ook een casus naar voren waarbij de jeugdverpleegkundige een probleem terugkoppelde dat gemeld was door de kraamverzorgende, maar deze had dit niet besproken met de verloskundige waardoor de verloskundigenpraktijk van niets wist.

Tijdens de tussenevaluatie avonden werden een aantal casus besproken waaruit naar voren kwam dat in de meeste gevallen de kraamverzorgende prettig had overlegd met de verloskundige over wat zij zouden kunnen doen met signalen en hoe dit met ouders en eventueel met de jeugdverpleegkundige besproken zou kunnen worden. Waar overleg moeizamer verliep, leek dit verband te houden met beeldvorming en cultuurverschillen tussen, met name, de kraamverzorgenden enerzijds en de verloskundigen en jeugdverpleegkundigen anderzijds. Kraamverzorgenden spraken van de 'arrogantie' van sommige verloskundigen (dit werd ook door een van de verloskundigen over de eigen beroepsgroep gezegd). De kraamverzorgenden voelen zich soms onvoldoende gehoord en serieus genomen. Zij vinden ook dat sommige verloskundigen te veel afstand houden van het gezin, alsof dat 'hun medeverantwoordelijkheid' niet is. De leidinggevers van de kraamverzorgenden merkten op dat de kraamverzorgenden zich onterecht soms de 'mindere' lijken te voelen in de relatie met de verloskundigen en jeugdverpleegkundigen. Over het algemeen gaven de kraamverzorgenden aan wel met de meeste verloskundigen goed te kunnen overleggen, hoewel zij de verloskundigen in de kraamperiode vaak mislopen of er geen mogelijkheid is ze apart te spreken.

De kraamverzorgenden en verloskundigen gaven aan dat zij elkaar vaak mislopen, doordat de kraamverzorgenden tegenwoordig minder uren in een gezin zijn. In het telefonisch overleg met de verloskundigenpraktijk werd voorgesteld dat het in dit verband beter zou zijn om een structureel overlegmoment te laten plaatsvinden tussen de kraamverzorgende en verloskundige die bij een gezin betrokken zijn, vooral in het geval van vroegsignalering.

Kraamverzorgenden en hun leidinggevers

De kraamverzorgenden waren verdeeld over de mate waarin zij zich gesteund hebben gevoeld door hun leidinggevers. Sommigen hebben met hun leidinggevende overlegd of en hoe het formulier in te vullen of als zij zelf problemen ondervonden in een gezin. Ook was er steun bij het overlijden van een kindje. Anderen vonden de ondersteuning te weinig en zeiden 'niets terug te krijgen' of hadden gewild dat de leidinggevende meer aandacht voor de kraamverzorgende zelf had gehad bij moeilijkheden binnen een gezin.

Contact met andere disciplines

De verloskundigen en jeugdverpleegkundigen hebben ook regelmatig contact gehad met andere disciplines zoals de huisarts, gespecialiseerde gezinszorg, maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg, leerplichtambtenaar en het AMK. Wanneer men elkaar niet kent is informatie-uitwisseling des te moeilijker en beroept de professional zich sterker op zijn of haar beroepsgeheim dan wanneer men elkaar wel kent en vertrouwt. Verloskundigen en jeugdverpleegkundigen vonden in het bijzonder het contact met de geestelijke gezondheidszorg moeizaam verlopen, praktisch gezien omdat

het lastig is de juiste behandelaar te traceren maar ook vanwege het beroepsgeheim. Psychologen en psychiaters lijken zich krachtiger op hun beroepsgeheim te beroepen dan andere professionals. Er hebben zich situaties voorgedaan waarbij informatieverstrekking door de behandelend psychiater vooraf, bijvoorbeeld in geval van medicijngebruik of agressie, zinvol was geweest en problemen had kunnen voorkomen. In alle drie de focusgroepen had men de indruk dat psychische en psychiatrische problematiek meer dan vroeger voorkomen.

Kraamverzorgenden hadden de ervaring dat verwijzing naar en indicatie voor extra hulp bij problematische gezinnen (bijvoorbeeld gespecialiseerde gezinszorg) moeilijker is geworden omdat de criteria daarvoor aangescherpt zijn en het aantal beschikbare uren kraamzorg en gespecialiseerde gezinszorg is teruggebracht.

Samengevat

Samengevat blijkt de samenwerking van de beroepsgroepen rond vroegsignalering, een lastig punt. Er wordt een drempel ervaren om onderling contact op te nemen omdat er minder onderlinge bekendheid en vertrouwen is doordat de contactmomenten tussen de beroepsgroepen de laatste jaren zijn verminderd. Ook spelen beeldvorming en cultuurverschillen tussen de beroepsgroepen een rol.

d. Hoe verder?

Rol van kraamverzorgenden in de vroegsignalering

De kraamverzorgenden waren er van overtuigd dat zij een belangrijke rol kunnen vervullen in de vroegsignalering. Zij merken toch vaak dat de verloskundigen sommige signalen niet oppikken, hoewel ze aanstaande ouders (vooral moeders) een lange tijd tijdens de zwangerschap volgen. De verloskundigen benadrukten het belang van alle disciplines in de keten in de vroegsignalering. Zij gaven echter ook aan dat de kraamverzorgende voor een langere periode met het gezin meedraait en het dan voor ouders moeilijker is de 'schone schijn' op te houden. Ze hebben een aantal maal ervaren dat er problemen vanuit de kraamverzorgende gesignaleerd waren die zij zelf niet zo ervaren hadden. Alle drie de beroepsgroepen gaven aan zich bewust te zijn van eenieder's waarde in de keten van de vroegsignalering. De geïnterviewde leidinggevenden en opleidingscoördinator ondersteunden de pilotimplementatie zeer en vonden dat er voor hen en de kraamverzorgenden een (weliswaar moeilijke) taak ligt in het signaleren van problemen in gezinnen. In het werkoverleg van de kraamverzorgenden zal casuïstiek en vroegsignalering van problemen in gezinnen regelmatig aan de orde moeten komen om aandacht hiervoor en kennis te onderhouden.

Verankering van vroegsignalering en ketensamenwerking

Zowel de kraamverzorgenden als hun leidinggevenden vinden dat de pilotimplementatie een vervolg moet krijgen en zij vinden dat de aandacht voor vroegsignalering

verankerd moet worden in het reguliere werk. Zowel kraamverzorgenden, hun leidinggevend, verloskundigen als jeugdverpleegkundigen vinden dat zij met elkaar als keten en ieder afzonderlijk een taak hebben in het vroeg signaleren van (mogelijke) problemen in het gezin.

De leidinggevend van de kraamverzorgenden pleitten voor kleine werkeenheden (fysiek bijeen in één gebouw) met korte lijnen tussen de drie disciplines (vergelijkbaar met de aankomende centra voor jeugd en gezin). Na het signaleren is het belangrijk adequaat te kunnen verwijzen naar ondersteuning van gezinnen en gerichte hulpprogramma's.

Alle betrokkenen zijn het erover eens dat er meer onderling overleg moet komen, er zou bijvoorbeeld tweemaal per jaar overleg tussen de drie disciplines gepland kunnen worden. Ook kan de bereikbaarheid verbeterd worden. Het aankomende elektronisch kinddossier (EKD) zal hier vermoedelijk ook een positief impuls aan geven maar zal in eerste instantie de nodige energie voor omschakeling vergen.

Multidisciplinaire training

Alle drie de disciplines gaven aan elkaars waarde met betrekking tot de vroegsignalering te zien en zouden graag meer training krijgen op het gebied van vroegsignalering en de communicatie naar ouders toe. Vooral de verloskundigen gaven aan graag training en extra informatie op deze gebieden te krijgen. Unaniem is men voorstander van gezamenlijke training (met de drie disciplines). In een gezamenlijke training moet dan aan de orde komen: het bespreekbaar maken van problemen met ouders, casuïstiek, follow-up en onderlinge kennismaking, beeldvorming en verwachtingen. Een gezamenlijke training wordt gezien als een extra contactmoment en men vindt het ook prettig te weten wat de ervaringen en taken zijn van de andere beroepsgroepen, zodat iedereen dezelfde taal spreekt met betrekking tot de vroegsignalering.

Ook de leidinggevend van de kraamzorg hebben behoefte aan een gezamenlijke training zodat ook zij beter op de hoogte zijn van de mogelijkheden die elke beroepsgroep te bieden heeft.

Wie moet er overdragen?

In de focusgroepen is de vraag gesteld of de overdracht naar de JGZ in het vervolg via de verloskundigen zou moeten verlopen.

De kraamverzorgenden waren daarover verdeeld. Zij hebben het idee dat zij meer zien in een gezin omdat zij langere tijd in het huis werkzaam zijn en omdat ouders waar problemen zijn wel 'toneel kunnen spelen' in de korte tijd dat de verloskundige er is maar dat niet de hele week kunnen volhouden, als zij er zijn. Zij vinden het ook 'natuurlijker' als de kraamverzorgende de overdracht naar de jeugdverpleegkundigen doet omdat zij het gezin beter kennen en betere op de hoogte zijn van medische zaken als het laagste gewicht. Ook onderkennen de kraamverzorgenden dat de verloskundige eindverantwoordelijk is gedurende de kraamperiode en daarom formeel de pro-

fessional is die zou moeten overdragen. Zij hebben echter het idee dat verloskundigen niet op dit extra werk zitten wachten.

De verloskundigen onderkennen ook hun eindverantwoordelijkheid maar stelden daarnaast dat zij de verantwoordelijkheid voor overdracht graag aan de kraamverzorgenden overlaten, enerzijds omdat het hen anders teveel tijd zou kosten; anderzijds omdat zij vinden dat het een kindoverdracht is en dat de kraamverzorgende de baby en het gezin veel beter kent. De verloskundigen zouden wel graag zien dat de jeugdverpleegkundige al eerder in het gezin komt. Eén verloskundige van de verloskundigenpraktijk waarbij apart een telefonisch interview is afgenomen vond het wel een goed idee als de verloskundigen overdragen aan de jeugdverpleegkundigen omdat zij nog in het gezin komen als de kraamverzorgende al afgesloten heeft. Zij erkende echter ook de rol van de kraamverzorgenden en zou in dat geval graag een deel van de overdracht van hen aangeleverd krijgen.

De jeugdverpleegkundigen zeiden vooral een gecombineerde overdracht van kraamverzorgende én verloskundige, bij voorkeur op één formulier, van grote toegevoegde waarde te vinden.

De leidinggevendenden van de kraamverzorgenden vinden dat de overdracht feitelijk bij de kraamverzorgenden moet liggen omdat de kraamverzorgende het gezin en de baby het beste kent. De informatie van de verloskundige is wel waardevol en zou daar aan toegevoegd kunnen worden.

Formulieren bij de overdracht

De kraamverzorgenden vonden het erg lastig om op de bijlage bij het overdrachtsformulier te beschrijven wat zij als mogelijke bijzonderheden in een gezin zien.

Daarnaast was men het erover eens dat de bijlage idealiter ingevoegd wordt in het reguliere overdrachtsformulier, eventueel op de achterkant, en dat dit niet op een apart formulier moet worden ingevuld, omdat dit meer beladen voelt voor kraamverzorgenden. In de focusgroepen is een aantal malen de suggestie gedaan om een positieve benadering te hanteren: welke ondersteuning is er in dit gezin nodig, welke behoefte hebben ouders –in plaats van een ‘zoeken’ naar problemen en risico’s. Hoewel deze positieve benadering tijdens de bijscholing benadrukt is, blijkt dat dit nog verdere aandacht verdient. De verloskundigen en de jeugdverpleegkundigen hadden de indruk dat de kraamverzorgenden alleen zeer ernstige signalen doorgaven. De verloskundigen en jeugdverpleegkundigen bleken tijdens de focusgroepen, hoewel zij wel geïnformeerd waren, niet volledig op de hoogte te zijn van de instructies en de achtergrondinformatie die de kraamverzorgenden gekregen hebben.

In de pilotimplementatie is gekozen voor een formulier met slechts enkele kopjes waaronder de kraamverzorgenden bijzonderheden konden noteren en voor een sig-

nalenlijst als toelichting om een illustratie te geven van mogelijke risicofactoren. Hiervoor was gekozen omdat de kraamverzorgenden dan meer vrijblijvend de verschillende kopjes konden nagaan zonder geconfronteerd te worden met signalen die zij wellicht zouden moeten toelichten aan ouders. De leidinggevers van de kraamverzorgenden hadden nu echter na de pilotimplementatie de indruk dat er behoefte is aan meer kaders en een eenvoudig aankruissysteem. De kraamverzorgenden hebben volgens hen moeite met administratieve handelingen en met het opschrijven van bevindingen waar zij over na moeten denken. Zij pleitten daarom toch voor een vereenvoudigd formulier met aankruismogelijkheden, zodat de kraamverzorgenden niet veel energie hoeven te steken in een formulering. Ook de kraamverzorgenden gaven tijdens de focusgroep aan dat zij het lastig vonden bepaalde signalen te verwoorden op het formulier. Sommigen gebruikten de signalenlijst in de toelichting dan wel als naslagwerk.

Samengevat

Samengevat zien zowel de kraamverzorgenden zelf, als de verloskundigen en de jeugdverpleegkundigen, nu en in de toekomst van de vroegsignalering een belangrijke rol weggelegd voor de kraamverzorgenden.

De samenwerking tussen de drie beroepsgroepen dient bevorderd te worden. Een interdisciplinaire training over vroegsignalering zou hierbij zeker van waarde kunnen zijn. Voor een meer volledige vroegsignalering zou het goed zijn als de bevindingen van de verloskundige betrokken zouden worden in de overdracht naar de JGZ. Verder blijkt dat de bijlage bij het overdrachtsformulier aangepast zou moeten worden, om het gebruikersgemak te bevorderen.

5.3 Adviezen van AMK en Inspecties

In de loop van het project bleek dat de relatie met het AMK niet altijd duidelijk is. Hoewel tijdens de pilotimplementatie geen melding aan het AMK heeft plaatsgevonden, uitte een leidinggevende haar bezorgdheid over de veiligheid van kraamverzorgenden bij een anonieme melding. Volgens de leidinggevende wil het AMK eigenlijk dat de kraamverzorgende zelf meldt. In de pilotimplementatie hebben wij ervoor gekozen om meldingen altijd via de verloskundige of leidinggevende te laten plaatsvinden.

Daarnaast gaf de Inspectie Jeugdzorg de suggestie om niet alleen het AMK te noemen in het vroegsignaleringsinstrument maar ook andere afdelingen van Bureau Jeugdzorg. De afdeling spoedeisende zorg bijvoorbeeld, is een afdeling die ook bedoeld is voor acute zaken maar waarbij de ouders bereid zijn mee te werken aan hulp. Voor nulde- of eerstelijns zorgverleners komt het (gelukkig) relatief weinig voor dat ze met acute situaties te maken hebben. Het is dan praktisch als er maar één contactnummer is voor Bureau Jeugdzorg, waar ook het AMK onder valt, en dat zo nodig doorverwe-

zen wordt naar een andere afdeling. Juist in deze zeldzame, maar ernstige situaties verdient het de voorkeur het met spoed inschakelen van een andere instantie zo eenvoudig mogelijk te maken.

TNO heeft contact gezocht met het AMK in de pilotimplementatieregio (AMK Gelderland) en het vroegsignaleringsinstrument voorgelegd. Het AMK kon zich vinden in onze suggestie om nulde- en eerstelijns zorgverleners altijd met het AMK contact op te laten nemen bij acute zaken of bij twijfel over de ernst van een situatie. Daarnaast is duidelijk geworden dat in het kader van de veiligheid van de kraamverzorgende haar naam niet in het dossiers van het AMK vermeld hoeft te worden bij een anonieme melding. Dit kan de leidinggevende zijn. Wel wil het AMK graag contact hebben met de kraamverzorgende die problemen heeft gesignaleerd om informatie uit de eerste hand te hebben.

Overigens heeft het de voorkeur zo weinig mogelijk anoniem te melden. Ouders besteden bij een anonieme melding veel energie aan het achterhalen wie dit gedaan heeft. Deze energie zouden ze beter kunnen gebruiken voor het oplossen van hun problemen. Bij het AMK Gelderland zijn ongeveer 10% van de meldingen anoniem. Redenen om anoniem te melden zijn:

- er dreigt gevaar voor het kind
- er dreigt gevaar voor degene die meldt
- de zorgverlener is bang dat de vertrouwensrelatie wordt geschaad bij een open melding.

De Inspectie voor Gezondheidszorg deed nog een aantal andere zinvolle suggesties om het instrument te verbeteren. Als één van de ouders geen toestemming heeft gegeven voor overdracht van signalen aan de JGZ moet dezelfde route gevolgd worden als wanneer beide ouders dat niet gedaan hebben. In het instrument kan duidelijker verwoord worden dat het AMK er niet alleen is voor acute situaties maar ook voor overleg bij twijfel over de ernst van een situatie.

6 Beschouwing

Ervaringen met vroegsignalering

Dit project had als doel te onderzoeken of kraamverzorgenden door middel van een vroegsignaleringsinstrument routinematig signalen kunnen inventariseren en deze door kunnen geven aan andere zorgverleners in de keten.

Kraamverzorgenden bleken regelmatig het 'niet pluis gevoel' te herkennen. De signalen die zij hebben doorgegeven waren zinvol voor jeugdverpleegkundigen om beter voorbereid op huisbezoek te gaan en ondersteuning eerder in te zetten. Ook signalen die niet genoemd zijn in het instrument zijn doorgegeven. Vooral psychische problemen bij de moeder gedurende de kraamperiode of in het verleden zijn veel genoemd en alle beroepsgroepen hebben de indruk dat deze problematiek toeneemt. Dit item wordt vaak genoemd in de literatuur (40;44;49;55) maar was niet in het instrument opgenomen omdat verloskundigen en jeugdverpleegkundigen hiernaar vragen en dit dus al te weten zouden moeten komen. Kraamverzorgenden liepen echter ook tegen psychische problemen aan die niet bekend waren bij de andere zorgverleners.

De verloskundigen en jeugdverpleegkundigen zeiden in eerste instantie niet zoveel van de pilotimplementatie met het vroegsignaleringsinstrument te hebben gemerkt. Zij bleken echter ook niet erg bekend met het instrument hoewel dit wel via contactpersonen aan hen was toegestuurd. Een aantal signalen dat door kraamverzorgenden met hen is besproken, is daardoor niet als zodanig door hen herkend.

Toch zijn ook signalen niet doorgegeven die wel van belang waren. Belangrijke redenen hiervoor waren dat kraamverzorgenden het moeilijk vonden bijzonderheden met ouders te bespreken en het lastig vonden de signalen te verwoorden op de bijlage bij het overdrachtsformulier. Ze vonden de bijlage stigmatiserend en zouden liever zien dat deze samengevoegd werd met het reguliere overdrachtsformulier.

Het vroegsignaleringsinstrument is slechts in één regio getest in een pilotimplementatie. Het verdient aanbeveling om het instrument, na aanpassing, in meerdere regio's uit te zetten.

De insteek om kraamverzorgenden te laten signaleren wat zij zien en horen zonder actief vragen te stellen werd door alle beroepsgroepen ondersteund. Kraamverzorgenden gaven aan het prettig te vinden deze signalen te kunnen doorgeven zonder zelf ondersteuning in gang te hoeven zetten. In de voormeting gaven verschillende kraamverzorgenden aan door voorbeeldgedrag ouders attent te maken op ongunstige opvoedingsaspecten. Verloskundigen verwachtten dat kraamverzorgenden signalen met hen bespraken. Jeugdverpleegkundigen gaven aan dat ze de signalen meenemen in de afweging of een gezin ondersteuning nodig heeft of niet.

Kraamverzorgenden gaven aan door het indicatieprotocol minder lang in een gezin te zijn (5), waardoor ze signalen zouden kunnen missen. Doordat steeds meer kraamverzorgenden parttime werken komen er vaak meerdere kraamverzorgenden in een gezin. Een nadeel is dat door het gebrek aan continuïteit sommige signalen niet opgemerkt worden. Aan de andere kant is het voordeel van meerdere kraamverzorgenden in een gezin wel dat meer mensen meer kunnen zien en overleg kunnen plegen over eventuele signalen en het doorgeven hiervan. Toch vonden kraamverzorgenden het nadeel van meerdere collega's in een gezin groter dan het voordeel.

Een ander nadeel van het indicatieprotocol is dat kraamverzorgenden en verloskundigen elkaar vaak niet treffen en dus minder vaak informeel overleggen. Indien nodig neemt de kraamverzorgende telefonisch contact op met de verloskundige maar de drempel daarvoor is hoger.

Het NIVEL constateerde in 2006 dat de ontwikkelingen op het gebied van vroegsignalering nog zozeer in de kinderschoenen staan dat deze nu nog geen invloed hebben op het takenpakket van kraamverzorgenden, maar in de toekomst waarschijnlijk wel (75). Bij landelijke implementatie van vroegsignalering in de kraamzorg zal met deze uitbreiding van taken rekening gehouden moeten worden bij het vaststellen van het aantal uren kraamzorg in een gezin.

Ondanks de norm uit de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg om bij een eerste kind voor de intake op huisbezoek te gaan, wordt deze bij verschillende instellingen steeds vaker telefonisch gedaan. Kraamverzorgenden gaven aan dat bij een huisbezoek een beter beeld van een gezin ontstaat en dat signalen beter opgepikt kunnen worden. Dit is ook genoemd door intakers bij de evaluatie van het indicatieprotocol (76). Zo nodig kan de intaker ook de verloskundige inlichten. Deze is dan beter voorbereid op de thuissituatie bij de bevalling en zij kan ook ondersteuning inzetten tijdens de zwangerschap.

Vrouwen uit etnische minderheidsgroepen nemen vaak weinig uren kraamzorg af. Hoewel meerder factoren hierbij een rol spelen is de eigen bijdrage die mensen moeten betalen ook een belemmering (76). Afschaffing van die bijdrage zou naar verwachting het gebruik van kraamzorg doen toenemen en de vroegsignalering ten goede komen.

Een aantal kraamverzorgenden gaf aan persoonlijke problemen te hebben ervaren wat betreft de eigen veiligheid of door seksuele intimidatie. Verloskundigen moeten soms de politie inschakelen bij een onveilige situatie. Bij Sting (landelijke beroepsvereniging verzorging en zorgprojecten) bestaat de indruk dat (verbaal) geweld en seksuele intimidatie tegen thuiszorgmedewerkers, waaronder kraamverzorgenden, steeds vaker voorkomen (77).

De kans op confrontatie met agressie zou kunnen toenemen door het bespreekbaar maken van risicosignalen in een gezin. Dit is een punt van zorg bij de toenemende

aandacht voor vroegsignalering. Er zouden protocollen ontwikkeld kunnen worden voor het voorkomen van en omgaan met geweld en ongewenste intimiteiten.

Bijscholing

De bijscholing is door kraamverzorgenden erg gewaardeerd, vooral het uitwisselen van ervaringen en het oefenen met een acteur. De scholing heeft kraamverzorgenden bewuster gemaakt van signalen en zij voelen zich bekwaamer om hierop actie te ondernemen. De scholing was erg kort en er is behoefte aan een vervolgcursus. Vooral het bespreekbaar maken van signalen met ouders en het signaleren in gezinnen met ouders van niet-westerse afkomst of met streng christelijke normen zijn daarbij belangrijke aandachtspunten.

Dit is niet eenvoudig. Zo is fysieke straf in bepaalde culturen acceptabel en niet noodzakelijkerwijs schadelijk als het ingebed is in een liefdevolle opvoeding (78). Aan de andere kant kan fysieke straf wel ontaarden in kindermishandeling, vooral bij stressvolle leefomstandigheden. Stressgevende factoren zijn vaker dan gemiddeld aanwezig bij ouders van niet-westerse afkomst (78).

Kraamverzorgenden lijken zich het meest in vroegsignalering te bekwaamen door ervaringen uit te wisselen met elkaar in kleine groepjes van twee of drie personen. Om de aandacht op dit onderwerp te blijven vestigen zal het een terugkerend onderwerp tijdens het werkoverleg moeten zijn. Daarnaast zal het onderwerp vroegsignalering een belangrijk aandachtspunt moeten worden in de basisopleiding.

De overdrachtsformulieren

In circa 9% van de gezinnen zijn signalen door kraamverzorgenden doorgegeven aan de jeugdverpleegkundigen die van belang zijn in het kader van vroegsignalering. Deze signalen zijn soms niet op de bijlage genoteerd die daarvoor bedoeld was, maar op het reguliere overdrachtsformulier. Eén van de redenen hiervoor was dat kraamverzorgenden dit minder stigmatiserend vonden.

De leidinggevendenden hadden het idee dat de kraamverzorgenden moeite hebben met het benoemen van signalen en dat het wellicht handig zou zijn als zij een aantal signalen op het formulier zouden kunnen aanvinken. De kraamverzorgenden zeiden het inderdaad lastig te vinden signalen op te schrijven. Zij gaven echter ook aan dat zij door het uitwisselen van ervaringen met collega's meer ervaren worden in het benoemen van de signalen.

Bij Kraamzorg Midden Limburg en Groene Kruis Kraamzorg Noord Limburg vullen kraamverzorgenden sinds kort voor elk gezin een signaleringsformulier in waarbij ze wel risicosignalen aankruisen (persoonlijke communicatie). De ervaringen van deze instellingen met het opnemen van signalen in het dossiers kunnen meegenomen worden in de aanpassing van het overdrachtsformulier.

Kraamverzorgenden gaven aan erg praktisch ingesteld te zijn. Hoe eenvoudiger de administratie is hoe beter er mee gewerkt zal worden.

Jeugdverpleegkundigen zeiden de overdrachtsformulieren in de helft van de gevallen

pas te ontvangen nadat ze hun eerste bezoek hebben afgelegd bij het gezin. Dit probleem lijkt vooral te spelen bij kraamzorgorganisaties die niet bij de pilotimplementatie betrokken waren. ICT initiatieven, zoals de ontwikkeling van het Elektronisch Kind Dossier en mogelijk ook de Verwijsindex Risicjongeren kunnen in de toekomst een oplossing bieden voor dit soort logistieke problemen (79;80).

Het beroepsgeheim

Er is geen eenduidige interpretatie van de reikwijdte van het beroepsgeheim in de eerstelijns (68-70). Aangezien de verloskundige eindverantwoordelijk is voor de kraamperiode en nauw samenwerkt met de kraamverzorgende, zijn deze beroepsgroepen in dit project beschouwd als partners in dezelfde behandelovereenkomst. Dit houdt in dat ze met elkaar kunnen overleggen zonder daarvoor expliciet toestemming te vragen van de ouders.

Deze interpretatie werd gesteund door de Inspecties Gezondheidszorg en Jeugdzorg maar wijkt af van die van de KNOV (70). Voor zorgverleners zijn deze uiteenlopende interpretaties erg verwarrend. Duidelijke richtlijnen vanuit de overheid over de reikwijdte van het beroepsgeheim kunnen deze verwarring verminderen.

Kraamverzorgenden gaven aan bang te zijn om de relatie met ouders te verstoren. Verschillende overdrachtsformulieren zijn niet ondertekend door ouders. Mogelijk zijn een aantal signalen anoniem overgedragen zonder dat dit expliciet vermeld is op het formulier. In bijscholingen moet benadrukt worden dat kraamverzorgenden moeten verantwoorden dat ze signalen anoniem hebben doorgegeven, voor het geval ouders hier later op terugkomen. Het maakt daarbij geen verschil of één of allebei de ouders geen toestemming hebben gegeven.

Het overleg met de geestelijke gezondheidszorg verloopt soms moeizaam omdat in deze sector snel een beroep wordt gedaan op het beroepsgeheim. Verloskundigen geven aan dat zij wel graag op de hoogte zijn van psychische problematiek omdat deze kan verergeren in de zwangerschap en na de bevalling.

De samenwerking met het AMK in deze regio verliep stroef door onbekendheid met elkaars manier van werken. Bij implementatie van vroegsignalering in andere regio's is het zinvol hier aandacht aan te besteden. Het AMK lijkt het meest logische aanspreekpunt binnen Bureau Jeugdzorg voor de nulde- en eerstelijns voor overleg of acute situaties. Bij anonieme meldingen is het van belang goed te noteren wie wat doet en de veiligheid van zorgverleners te waarborgen.

Samenwerking tussen zorgverleners

Kraamverzorgenden hebben lang niet altijd met verloskundigen en jeugdverpleegkundigen overlegd terwijl dit volgens het instrument wel de bedoeling was. Alle drie de beroepsgroepen gaven aan dat er een drempel bestaat om elkaar te benaderen. Er mist een gevoel van vertrouwelijkheid omdat de momenten van contact en overleg

tussen de beroepsgroepen verminderd zijn. Hierdoor wordt overleg en overdracht van signalen bemoeilijkt.

Kraamverzorgenden en verloskundigen zijn slecht op de hoogte van ondersteuningsmogelijkheden in de regio die de jeugdverpleegkundige aan ouders kan aanbieden. Ook missen zij terugkoppeling van de JGZ als zij signalen hebben overgedragen.

De samenwerking en overdracht in de hulpverleningsketen komt voortdurend naar voren als een belangrijk knelpunt in de opsporing en ondersteuning van gezinnen met risicofactoren (6;64;80;81). Als kraamverzorgenden, jeugdverpleegkundigen en verloskundigen vanuit één locatie zouden opereren, zoals in de voorgenomen centra voor jeugd en gezin, zou dit de samenwerking vergemakkelijken.

Alle drie de beroepsgroepen geven aan meer momenten van overleg en een gezamenlijke cursus met betrekking tot de vroegsignalering te waarderen. Een dergelijke gezamenlijke training zou de onderlinge communicatie over vroegsignalering bevorderen omdat iedereen dan dezelfde taal spreekt en weet wat de mogelijkheden van de verschillende beroepsgroepen zijn.

Op dit moment wordt de zorg in de kraamperiode meestal door kraamverzorgenden overgedragen aan de jeugdverpleegkundigen. De verloskundige heeft hierin niet routinematig een rol. Bij risicosignalen kan zij in individuele gevallen besluiten contact op te nemen met de jeugdverpleegkundige. Jeugdverpleegkundigen missen soms nog de input van de verloskundigen die toch ook veel signaleren. De verloskundigen lijken een schakel in de zorgketen die nog niet veel betrokken is in de vroegsignalering maar wel een rol van betekenis kan spelen.

In de Ouder- en Kindcentra in Amsterdam dragen zowel de verloskundigen als kraamverzorgenden over aan de jeugdverpleegkundigen (71). De overdracht door de verloskundigen werd door de drie beroepsgroepen in die regio als meest zinvol ervaren hoewel het bij de verloskundigen extra werkdruk geeft. Verloskundigen gaven in dat project aan dat ze meer overleg zouden willen met kraamverzorgenden over de informatie die laatstgenoemden doorgeven aan de jeugdverpleegkundigen. Alle betrokkenen juichten de inzet van de kraamzorg in principe toe bij de signalering van mogelijke problemen en overdracht van gegevens maar er was onduidelijkheid over de wijze waarop dit vorm gegeven kan worden (71). In het evaluatierapport wordt gesteld dat verloskundigen een hoofdrol zouden moeten spelen bij de overdracht van gegevens omdat zij eindverantwoordelijk zijn voor de kraamperiode. Uit onze resultaten blijkt dat de meningen verdeeld zijn. Het lijkt zinvol om zowel kraamverzorgenden als verloskundigen een rol te geven bij de overdracht en deze op elkaar te laten afstemmen. Het Ministerie van VWS heeft aan het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid gevraagd een advies uit te brengen over de overdracht van gegevens van verloskunde en kraamzorg naar de JGZ. Hierin zou het thema vroegsignalering meegenomen moeten worden.

Op verschillende plaatsen in het land is er de mogelijkheid om de jeugdverpleegkundige al in de zwangerschap in contact te brengen met een gezin (82). Ook het RIVM heeft het ministerie van VWS geadviseerd om budget te reserveren voor prenatale huisbezoeken door de jeugdverpleegkundige in het kader van vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituaties (83). Deze huisbezoeken zouden moeten plaatsvinden op indicatie van bijvoorbeeld verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Deze huisbezoeken lijken wenselijk voor een soepele, 'warme' overdracht van risico-gezinnen. Ook kan de jeugdverpleegkundige al in de zwangerschap ondersteuning in gang zetten. De jeugdverpleegkundige heeft veel beter zicht op ondersteuningsmogelijkheden dan de kraamverzorgende en de verloskundige. Ook volgt zij het gezin vier jaar lang en kan daardoor de continuïteit van zorg gedurende deze periode waarborgen.

In het land worden allerlei vormen van opvoedingsondersteuning aangeboden bij beginnende problemen, zoals Voorzorg en Stevig Ouderschap (individuele huisbezoeken gericht op risicogroepen onder meer ter preventie van kindermishandeling), Moeders Informeren Moeders (huisbezoek voor ouders met een beperkt sociaal netwerk) en Home Start (praktische en sociale steun door huisbezoek aan gezin met kind met lichte opvoedingsproblemen) (84). De effectiviteit van deze interventies moet nog verder worden onderzocht en er is nog behoefte aan meer oudercursussen voor startende ouders.

Vroegsignalering impliceert de noodzaak daadwerkelijk ondersteuning te kunnen bieden. De kraamverzorgenden noemden dat het moeilijker is voor gezinnen om bepaalde ondersteuning te krijgen, zoals gespecialiseerde gezinszorg, omdat de criteria zijn aangescherpt. Dit is een ongunstige ontwikkeling met het oog op het tijdig ondersteunen in gezinnen.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies

1. De ontwikkelde methodiek voor vroegsignalering van risicofactoren voor zorgwekkende opvoedingssituaties door de kraamverzorgenden is bruikbaar gebleken en kan op korte termijn verder geïmplementeerd worden.
2. Voordat verdere landelijke implementatie kan worden gestart moeten het huidige vroegsignaleringsinstrument en de toelichting voor gebruik worden aangepast aan de uitkomsten van de pilotimplementatie. Onder andere moet worden besloten hoe concreet signalen omschreven kunnen worden en welke zo expliciet vermeld kunnen worden op het formulier dat kraamverzorgenden ze kunnen aankruisen. Verder moet de bijlage bij de overdracht geïntegreerd worden in het overdrachtsformulier en moet nader overleg plaatsvinden met de verschillende betrokken disciplines over de uiteindelijke vormgeving van het formulier. Psychische problemen bij (één van de) ouders moet als signaal toegevoegd worden aan de lijst. In de toelichting moet duidelijk worden verwoord hoe en door wie eventueel contact met het AMK wordt gelegd en hoe signalen worden doorgegeven wanneer één of beide ouders geen toestemming geven.
3. Aspecten van privacy en beroepsgeheim gerelateerd aan vroegsignalering door kraamverzorgenden en andere zorgverleners binnen de eerstelijns, moeten op korte termijn in concrete richtlijnen worden beschreven. Bij voorkeur vervult het Ministerie van VWS hierin een regierol.
4. Er moet een implementatieplan worden ontworpen voordat de ontwikkelde systematiek landelijk kan worden uitgerold. Het gebruik van een vroegsignaleringsinstrument, het bespreken van risicosignalen met ouders, het vastleggen van signalen en het doorgeven ervan aan andere zorgverleners in de keten is een innovatie in de kraamzorg die zorgvuldig moet worden geïntroduceerd. Zo is het essentieel dat administratieve handelingen rond het vastleggen van signalen tot een minimum beperkt worden, maar moeten de signalen ook concreet genoeg zijn om in de zorgketen te kunnen worden doorgegeven.
Bijscholing en regelmatige intervisie tijdens werkoverleg zijn belangrijke aandachtspunten bij implementatie van vroegsignalering in de kraamzorg.
5. De pilotimplementatie in één regio heeft laten zien dat het concept van vroegsignalering van risicofactoren voor zorgwekkende opvoedingssituaties door de kraamverzorgende haalbaar is. Wel zijn een aantal knelpunten aan het licht gekomen in de toepassing van het instrument en in de ketensamenwerking die nader onder-

zocht dienen te worden in meerdere regio's alvorens tot landelijke implementatie kan worden overgegaan.

Vroegsignalering door kraamverzorgenden kan niet op zichzelf staan maar moet onderdeel uitmaken van de ketenzorg waarin leidinggevend van de kraamzorg, verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en huisartsen ook een belangrijke rol hebben. De effectiviteit van het ontwikkelde instrument staat of valt met het doorgang vinden van een signaal naar zorgverleners die waar nodig kunnen ingrijpen.

De ontwikkelingen in de ketensamenwerking, bijvoorbeeld met de introductie van de Centra voor Jeugd en Gezin en de Verwijs Index Risicjongeren, zullen de effectiviteit en bruikbaarheid van het vroegsignaleringsinstrument in de kraamperiode waarschijnlijk kunnen verbeteren. Om vast te stellen wat de succesfactoren en knelpunten zijn en om het systeem gaandeweg te kunnen optimaliseren, moet in de eerste jaren na landelijk introductie monitoring van het proces en van een aantal kernuitkomsten plaatsvinden.

7.2 Aanbevelingen

1. Bij landelijke implementatie moet rekening gehouden worden met de financiële middelen die nodig zijn voor bijscholing, werkoverleg en nieuwe vormen van samenwerking met andere zorgverleners. Het onderwerp "vroegsignalering" moet zo snel mogelijk in de basisopleiding voor kraamverzorgenden worden opgenomen.
2. Kraamverzorgenden moeten voldoende tijd kunnen doorbrengen in een gezin om concrete signalen te kunnen opvangen. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het vaststellen van het aantal uren kraamzorg in een gezin.
3. Er moet worden overwogen de eigen bijdrage af te schaffen. Deze maatregel kan gebruik van kraamzorg in risicogezinnen stimuleren en daardoor vroegsignalering ten goede komen.
4. Voor acute risicosituaties, bij twijfel over de ernst van risicosignalen en voor anonieme meldingen moet een loket worden gedefinieerd voor overleg. Het AMK lijkt daarvoor het meest geschikte aanspreekpunt voor de nulde- en eerstelijns. Indien nodig kan het AMK dan verder verwijzen binnen Bureau Jeugdzorg.
5. Het verbeteren van de samenwerking van kraamverzorgenden, verloskundigen en jeugdverpleegkundigen is een vereiste voor vroegsignalering. Er dient daarom extra tijd vrij gemaakt te worden voor multidisciplinair overleg met betrekking tot vroegsignalering. Als alle beroepsgroepen betrokken zijn bij de zorgverlening vanuit een gemeenschappelijke locatie, zoals een Centrum voor Jeugd en Gezin, zal dit de mogelijkheden tot vroegsignalering verbeteren.

6. Multidisciplinaire, gezamenlijke bijscholing op het gebied van vroegsignalering moeten worden ontwikkeld. Tijdens de bijscholing moet extra aandacht besteed worden aan vroegsignalering in gezinnen met bijzondere normen en waarden, zoals van oorsprong niet-westerse of streng christelijke ouders.
7. De signaaloverdracht van de kraamzorg naar de JGZ moet meer worden gestructureerd. Daarbij moet ook de rol van de verloskundige duidelijker worden en dient geregeld te worden wie welke informatie doorgeeft aan de huisarts. Het is van belang dat signalen van kraamverzorgenden tijdig bij de jeugdverpleegkundige terecht komen, zo nodig telefonisch, als overdrachtsformulieren te lang onderweg zijn. Er dienen afspraken gemaakt te worden tussen kraamverzorgenden, leidinggevend en verloskundigen met betrekking tot het anoniem doorgeven van signalen aan de jeugdverpleegkundigen. Terugkoppeling moet plaatsvinden aan zorgverleners die signalen hebben doorgegeven over de vervolgacties die zijn ondernomen. Het thema 'vroegsignalering' zou meegenomen moeten worden in het advies dat het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid uitbrengt over de overdracht van gegevens van verloskunde en kraamzorg aan de JGZ.
8. Bij de implementatie van het EKD (Elektronisch Kind Dossier) en de VWI (Verwijs Index Risicjongeren) moet het vroegsignaleringssysteem in de kraamperiode worden betrokken.
9. De mogelijkheid moet worden vergroot om de jeugdverpleegkundige al in de zwangerschap in contact te brengen met een gezin, wanneer dit geïndiceerd lijkt. Dit lijkt zinvol voor een soepele, 'warme' overdracht van risicogezinnen.
10. De intake door de kraamzorg zou altijd via een huisbezoek moeten plaatsvinden zodat risicosignalen al voor de bevalling bekend zijn en eventueel ondersteuning in gang gezet kan worden.
11. Het waarborgen van de veiligheid van zorgverleners verdient bij de implementatie van vroegsignalering extra aandacht.
12. Er moet aandacht zijn voor waarborgen van mogelijkheden om daadwerkelijk ondersteuning te kunnen bieden wanneer dat nodig is. Zorgverleners zullen gemotiveerd blijven om te signaleren wanneer zij merken dat passende interventies tijdig kunnen worden ingezet.

Referenties

- (1) Van Zeijl E, et al. Kinderen in Nederland. Den Haag/ Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/ TNO Kwaliteit van Leven; 2007. Report No.: SCP-publicatie 2005/4.
- (2) Hermanns J, Ory F, Schrijvers G. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over Vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum; 2005.
- (3) Ross - Van Dorp C. Standpunt op rapport Inventgroep. 15-3-2006. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ref Type: Pamphlet
- (4) Van Dam S, De Rie C. Jong geleerd! Lessen van Operatie Jong. Amersfoort: Lysias Advies B.V.; 2007.
- (5) Compliance Consult. Indicatieprotocol Kraamzorg. Versie 2. Instrument voor toekenning van kraamzorg gedurende de kraamperiode. 2006.
- (6) Horen, zien en niet zwijgen. Deel II. Methodologische en inhoudelijke verantwoording van het inspectieonderzoek naar de ketenkwaliteit van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties. Den Haag: Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, het Verwey-Jonker Instituut; 2003.
- (7) Inspectie voor de gezondheidszorg. Het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004 - Eindelijk op weg naar een integrale JGZ!? 2005.
- (8) Baird C, Wagner D, Healy T, Johnson K. Risk assessment in child protective services: consensus and actuarial model reliability. Child Welfare 1999 Nov;78(6): 723-48.
- (9) Helfer RE. The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-infant communication: an approach to prevention. Child Abuse Negl 1987;11(4):565-79.
- (10) Barlow J. Antenatal anxiety, parenting and behavioural/emotional problems in children. Br J Psychiatry 2002 Nov;181:440-1.
- (11) Hunter RS, Kilstrom N, Kraybill EN, Loda F. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. Pediatrics 1978 Apr;61(4):629-35.
- (12) Bell RQ, Pearl D. Psychosocial change in risk groups: implications for early identification. Prevention in Human Services 1982;1(4):45-59.
- (13) Jagannathan R, Camasso MJ. Risk assessment in child protective services: a canonical analysis of the case management function. Child Abuse Negl 1996 Jul;20(7):599-612.
- (14) Bolen RM. Risk factors for child sexual abuse victimization. Child Sexual Abuse. It's scope and our failure. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers; 2001. p. 135-61.

- (15) Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Jr., Hanks C, Cole R, et al. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 2000 Apr 19;283(15):1983-9.
- (16) Bolton FG, Jr., Laner RH, Kane SP. Child maltreatment risk among adolescent mothers: a study of reported cases. *Am J Orthopsychiatry* 1980 Jul;50(3):489-504.
- (17) McCurdy K. The influence of support and stress on maternal attitudes. *Child Abuse Negl* 2005 Mar;29(3):251-68.
- (18) Cadzow SP, Armstrong KL, Fraser JA. Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse Negl* 1999 Sep;23(9):845-53.
- (19) Miller M. Incidence of inflicted traumatic brain injury in infants. *JAMA* 2003 Nov 19;290(19):2542-3.
- (20) Christensen E. The prevalence and nature of abuse and neglect in children under four: A national survey. *Child Abuse Review* 1999;8(2):109-19.
- (21) Moffitt TE. Helping poor mothers and children. *JAMA* 1997 Aug 27;278(8):680-1.
- (22) Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry* 2004 Jan;38(1-2):56-64.
- (23) Nester CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998 Sep;23(9):61-70, 73.
- (24) Cowen PS. Child neglect: injuries of omission. *Pediatr Nurs* 1999 Jul;25(4):401-18.
- (25) Oates MR. Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: causal effect or developmental continuum? *Br J Psychiatry* 2002 Jun;180:478-9.
- (26) Dubowitz H. Prevention of child maltreatment: what is known. *Pediatrics* 1989 Apr;83(4):570-7.
- (27) O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002 Jun;180:502-8.
- (28) English DJ, Graham JC. An examination of relationships between children's protective services social worker assessment of risk and independent LONGSCAN measures of constructs. *Children and Youth Services Review* 2000;22(11-12):897-933.
- (29) Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Jr., Kitzman H, Powers J, Cole R, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997 Aug 27;278(8):637-43.
- (30) Finerman R. 'Parental incompetence' and 'selective neglect': blaming the victim in child survival. *Soc Sci Med* 1995 Jan;40(1):5-13.

- (31) Olds D, Henderson CR, Jr., Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998 Oct 14;280(14):1238-44.
- (32) Fulton DR. Shaken baby syndrome. *Crit Care Nurs Q* 2000 Aug;23(2):43-50.
- (33) Paz I, Jones D, Byrne G. Child maltreatment, child protection and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2005 Jul;18(4):411-21.
- (34) Garbarino J. Psychological child maltreatment. A developmental view. *Prim Care* 1993 Jun;20(2):307-15.
- (35) Perez-Arjona E, Dujovny M, Vinas F, Park HK, Lizarraga S, Park T, et al. CNS child abuse: epidemiology and prevention. *Neurol Res* 2002 Jan;24(1):29-40.
- (36) Gray J, Bentovim A. Illness induction syndrome: paper I--a series of 41 children from 37 families identified at The Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse Negl* 1996 Aug;20(8):655-73.
- (37) Richey CA, Lovell ML, Reid K. Interpersonal skill training to enhance social support among women at risk for child maltreatment. *Children and Youth Services Review* 1991;13(1-2):41-59.
- (38) Berkowitz CD. Recognizing and responding to domestic violence. *Pediatr Ann* 2005 May;34(5):395-401.
- (39) MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 2000 Nov 28;163(11):1451-8.
- (40) Bouwmeester MBR. Risk factors for child maltreatment. Early home visitation in families at risk for child maltreatment. Leiden: Bouwmeester, M.B.R.; 2006. p. 35-62.
- (41) Murphy S, Orkow B, Nicola RM. Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child Abuse Negl* 1985;9(2):225-35.
- (42) Britton HL. Perinatal screening for child abuse and neglect. *Clin Perinatol* 1998 Jun;25(2):453-60.
- (43) Peters R, Barlow J. Systematic Review of Instruments Designed to Predict Child Maltreatment During the Antenatal and Postnatal Periods. *Child Abuse Review* 2003;12:416-39.
- (44) Buchholz ES, Korn-Bursztyn C. Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse? *Adolescence* 1993;28(110):361-82.
- (45) Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004 Oct 9;364(9442):1340-2.
- (46) Clarkson JE, Monaghan SM, Gilmore RJ, Muir RC, Crooks TJ, Egan TG. Predicting and preventing parenting problems. *N Z Med J* 1988 Jan 27;101(838):12-4.
- (47) Rosenberg NM, Meyers S, Shackleton N. Prediction of child abuse in an ambulatory setting. *Pediatrics* 1982 Dec;70(6):879-82.
- (48) Gessner BD, Moore M, Hamilton B, Muth PT. The incidence of infant physical abuse in Alaska. *Child Abuse Negl* 2004 Jan;28(1):9-23.

- (49) Svedin CG, Wadsby M, Sydsjo G. Mental health, behaviour problems and incidence of child abuse at the age of 16 years. A prospective longitudinal study of children born at psychosocial risk. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005 Oct;14(7):386-96.
- (50) Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH. Prediction and prevention of child abuse. *Semin Perinatol* 1979 Jan;3(1):85-90.
- (51) Tenhaeff CR, Dijkstra N, Havinga M, Janssen L, Van der Kaaij I, Van Laar L, et al. Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken eigen dossiers. *JGZ* 2004;(4):76-80.
- (52) Grietens H, Geeraert L, Hellinckx W. A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse Negl* 2004 Mar;28(3):321-37.
- (53) Tremblay RE, Nagin DS, Seguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004 Jul;114(1):e43-e50.
- (54) Grietens H, Hellinckx W. Ontwikkeling van een instrument voor de vroegtijdige opsporing van risico's op kindermishandeling. *JGZ* 2004;(6):112-7.
- (55) Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996 Mar 15;154(6):785-99.
- (56) Korfmacher J. The Kempe Family Stress Inventory: a review. *Child Abuse Negl* 2000 Jan;24(1):129-40.
- (57) Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl* 2004 Dec;28(12):1253-64.
- (58) MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000 Sep;24(9):1127-49.
- (59) Zahr L, Cole J. Assessing maternal competence and sensitivity to premature infants' cues. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1991 Oct;14(4):231-40.
- (60) Bowling A. The philosophical framework of measurement, Chapter 5. Research methods in health. Investigating health and health services. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 101-16.
- (61) Krueger RA, Casey MA. Overview of focusgroups. *Focus Groups. A practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 2000. p. 3-18.
- (62) Witmer JM, De Roode RP. Implementatie van de WGBO. Van wet naar praktijk. Deel 2. Informatie en toestemming. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG); 2004.
- (63) Sting, LCVV. Beroepscode voor de verzorging. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 1997.

- (64) Horen, zien en niet zwijgen. Deel I. Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties. (Roermond). Den Haag: Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Openbare Orde en Veiligheid, het Verwey-Jonker Instituut; 2003.
- (65) Bruning MR. Over sommige kinderen moet je praten. Gegevensuitwisseling in de jeugdzorg. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar vanwege het Leids Universiteits Fonds op het gebied van het Jeugdrecht. 11-4-2006. Ref Type: Unpublished Work
- (66) Ministerie van Justitie DJJ. Beter beschermd, programma voor een effectieve en efficiënte jeugdbescherming. Den Haag: Ministerie van Justitie; 2004.
- (67) Markenstein LF. Deel 2. Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst. Artikelen en artikelsgewijze toelichting. Art. 457. Geheimhoudingsplicht. Tekst en toelichting WGB0. 2006 ed. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2005.
- (68) Witmer JM, De Roode RP. Implementatie van de WGB0. Van wet naar praktijk. Deel 4. Toegang tot patiëntengegevens. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG); 2007.
- (69) Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland. JGZ standaard - Secundaire preventie kindermishandeling. 2006.
- (70) KNOV-Meldcode Kindermishandeling. Bilthoven: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen; 2007.
- (71) Verlaan MI, de Jong ORW. TNO Rapport: Ouder- en Kindcentra Amsterdam, evaluatie van het protocol 'Overdracht' in stadsdeel Zuid-Oost. 2006.
- (72) Stam E. Protocol Signalering Kindermishandeling. 2005.
- (73) Prins M, Van Roosmalen J, Treffers P. Maatschappelijke aspecten van de verloskunde, hoofdstuk 1. Praktische verloskunde. 11th ed. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004. p. 1-16.
- (74) Baeten P. Meldcode kindermishandeling. Richtlijnen voor het handelen van beroepskrachten. Utrecht: NIZW Jeugd/ Expertisecentrum kindermishandeling; 2002.
- (75) Wiegers TA, NIVEL. Monitoring Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag. 2006.
- (76) Nijeboer L, Punt M, Veenvliet M. Pilot implementatie indicatieprotocol kraamzorg. Uitkomsten kwalitatief onderzoek. Versie 5.0. Compliance Consult.; 2006.
- (77) Driessen F, Middelhoven L. Geweld tegen werknemers in de (semi-)openbare ruimte. Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en van het Ministerie van Justitie. Utrecht: Bureau Driessen; 2001.
- (78) NIZW. Factsheet: van pedagogische tik tot kindermishandeling, de culturele diversiteit in Nederland. 2006.

- (79) Van Burik AE, Van Vianen RT, Adviesbureau Van Montfoort. Reflecties op de regio's RAAK - Tussentijdse evaluatie. 2005.
- (80) Buitendijk SE, Verloove-Vanhorick SP. Gezondheidszorg voor Nederlandse kinderen: het kind moet centraal, maar hoe? 2007.
- (81) Rijpert M, L'Hoir MP, Beltman M, Schwencke PM, Bicanic IAE, Russel IMB. Vermoedens van kindermishandeling in het Wilhelmina Kinderziekenhuis: overzicht van casuïstiek en follow-up. Tijdschrift Kindergeneeskunde 2006;74(3):101-6.
- (82) Kooijman K, Blokland G, Kunst E, Orstein C. VoorZorg: betere kansen voor kinderen en moeders. Verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap en opvoeding. Tijdschrift over kindermishandeling 2007;19(4):15-8.
- (83) RIVM Centrum Jeugdgezondheid. RIVM Advies Prenatale Zorg. Bilthoven: RIVM; 2007. Report No.: SP/12/04/07.
- (84) Prinsen B, Ridderhof-Bom.B., NIZW, GGD Rotterdam. Steun aan ouders rondom de geboorte en het opgroeien van hun eerste kind. 2005.
- (85) Markenstein LF. Deel 2. Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst. Artikelen en artikelsgewijze toelichting. Art. 457. Geheimhoudingsplicht. Tekst en toelichting WGBO. 2006 ed. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2005.

9 Verklaring van afkortingen en begrippen

ActiZ	Organisatie van zorgondernemers.
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.
Anamnese	Het verkrijgen van relevante informatie over de voorgeschiedenis en omstandigheden van een cliënt door het stellen van gerichte vragen.
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek.
De Waarden	Kraamzorginstelling in het westen, zuiden en midden van het land.
DFSI	Dunedin Family Services Indicator: instrument voor vroegsignalering, ontwikkeld in Nieuw Zeeland.
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst.
Intaker	Kraamverzorgende of verpleegkundige die het eerste gesprek heeft met cliënten in de zwangerschap, telefonisch of door middel van een huisbezoek. In dit gesprek wordt o.a. afgesproken hoeveel uren kraamzorg geleverd zal worden na de bevalling.
JGZ	Jeugdgezondheidszorg.
Kraamzorg Twente	Kraamzorginstelling in het oosten van het land – opgegaan in Naviva kraamzorg.
Ministerie van BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
Ministerie van OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
Ministerie van SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn – bestaat niet meer per 1 januari 2007: activiteiten op gebied van jeugd overgenomen door nieuw instituut Nji.
Nji	Nederlands Jeugdinstituut (voortgekomen uit NIZW).
Naviva Kraamzorg	Fusie van Kraamzorg Twente met twee andere instellingen.
PVRK	Preventie en Vroegsignalering van Risicoge-zinnen in de Kraamperiode.
RST Kraamzorg	Kraamzorginstelling op reformatorische grondslag.
STMR	Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland – instelling voor o.a. thuiszorg, kraamzorg, JGZ, maatschappelijk werk. Het onderdeel kraamzorg is op 1 juni 2006 opgegaan in kraamzorginstelling De Waarden.
TRV	Tijdelijke regeling vroegsignalering.
Vroegsignaleringsinstrument	In dit project gedefinieerd als een methodiek voor het voor kraamverzorgenden signaleren van risicosignalen voor problemen in de ontwikkeling van kinderen en het doorgeven van deze signalen aan andere zorgverleners.
Z-org	Organisatie van zorgondernemers –veranderd in ActiZ.
ZN	Zorgverzekeraars Nederland.

A Focusgroep protocol kraamverzorgenden – inventariserend onderzoek

Inleiding (ongeveer 10 minuten)

1. Uitleg bedoeling focusgroep:
 - a. duur focusgroep (hooguit 2 uur)
 - b. meningen inventariseren – geen goede/ slechte meningen
 - c. vrij voelen om alles te zeggen, bedoeling dat iedereen meepraat
 - d. toestemming voor opnemen op cassettebandje
 - e. anonimiteit: geen namen in getypte tekst, alleen onderzoekers luisteren bandje af, deelnemers niet meer te herkennen in publicaties
2. Voorstelrondje
3. Hoe zien jullie je rol als kraamverzorgende?
Steekwoorden: verzorging, voorlichting, signalering van problemen

Ervaringen met risicogezinnen en herkennen van signalen (ongeveer 30 minuten)

4. Over welk soort gezinnen maak je je wel eens zorgen? Waar maak je je zorgen om?
Steekwoorden: problemen in zwangerschap/ bij bevalling, observaties in: huishouden, relaties, omgang met baby
5. Wat zijn je ervaringen met 'risicogezinnen' – gezinnen waarbinnen volgens jou een risico is op opvoedingsproblemen, eventueel geweld/ verwaarlozing en ontwikkelingsstoornissen bij het kind?
Steekwoorden: beschrijven van situaties
6. Wat doet je vermoeden dat een gezin risico loopt op genoemde problemen (waarvan krijg je een 'niet pluis' gevoel)? Signalen op flapover schrijven.
Steekwoorden: signalen in leefsituatie, financiële problemen, relatieproblemen tussen ouders, andere sociale problemen, gedrag van ouders naar baby, problemen van ouders in het verleden, culturele of religieuze achtergrond waarbinnen geweld meer geaccepteerd is
7. Alle signalen op flapover nog eens doorlopen: welke zijn de belangrijkste? Hoe denkt iedereen daarover?

Acties bij 'niet pluis gevoel' (ongeveer 30 minuten)

8. Wat doe je als je vermoedt dat een gezin risico loopt?
Steekwoorden: bespreken met ouders, adviezen geven, signalen doorgeven aan andere hulpverleners
9. Heb je je wel eens zorgen gemaakt om een gezin en geen actie ondernomen? Wat weerhield je ervan om actie te ondernemen?
Steekwoorden: wist niet hoe actie te ondernemen, angst om ouders onterecht te beschuldigen, angst om relatie met ouders te verstoren, angst voor agressie van

ouders, geen vertrouwen in hulpverleners aan wie je signalen zou kunnen doorgeven, hoort niet bij takenpakket, helpt niet

10. Wat zou het makkelijker maken voor je om hier wel iets mee te doen?

Steekwoorden: scholing in waar je op kunt letten, scholing in hoe je zorgen met ouders te bespreken, duidelijke afspraken over bij wie je met je signalen terecht kan/ wat je ermee kunt doen, afspraken over wat andere hulpverleners met jouw signalen doen, garantie voor je eigen veiligheid

Rol van de kraamverzorgende (ongeveer 20 minuten)

11. Welke rol vind je dat een kraamverzorgende heeft op het gebied van vroegsignalering en hoe verschilt deze van de rol die andere hulpverleners hebben, zoals de verloskundige en de wijkverpleegkundige?

Steekwoorden: hoe zien jullie je eigen rol, belemmerende factoren, hoe kunnen deze worden weggenomen, samenwerking met andere hulpverleners.

12. Verschilt deze rol afhankelijk het aantal uren dat je zorg verleent in een gezin?

Steekwoorden: minder uren – minder tijd om signalen op te pikken, minder uren-ander takenpakket

13. Wat is belangrijk met betrekking tot dit onderwerp en is nog niet genoemd?

B Kenmerken deelnemers inventariserend onderzoek

Categorie	Opleiding	Leeftijds-variantie	Soort werkverband ¹	Werkgebied	% cliënten van niet-westerse afkomst
Kraamverzorgenden Focusgroep 1 (n = 7)	Arnhem x 1	21 – 50 jaar	Interne zorg x 6 5-uurszorg x 6 Wijkkraamzorg x 6 Intake x 1 Partusassistentie x 1	Stad/ platteland x 6 Platteland x 1	5% x 1 5-10% x 1 10% x 3 20% x 1 40% in steden x 1
	Utrecht x 1				
	Eindhoven x 1				
	Nijmegen x 1				
	Sittard x 1				
Kraamverzorgenden Focusgroep 2 (n = 5)	Vught x 2	21 – 59 jaar	Interne zorg x 5 5-uurszorg x 2 Intake x 2	Voornamelijk stad x 1 Stad/ platteland x 4	0% x 1 5% x 2 10% x 1 25% x 1
	Utrecht x 4				
	Tiel x 1				
Kraamverzorgenden Interviews (n = 2)	Amersfoort x 2	20 – 21 jaar	Interne zorg x 1 5-uurs zorg x 1 Wijkkraamzorg x 1 Partusassistentie x 1	Stad/ platteland x 2	0% x 1 2% x 1
Verloskundigen (n = 8)	Heerlen x 2	24 – 47 jaar	Loondienst x 2 Vrijgevestigd x 6	Platteland x 5 Stad x 2 Stad/ platteland x 1	1% x 3 5% x 2 10% x 2 25% x 1
	Rotterdam x 2				
	Amsterdam x 1				
	België x 3				
Jeugdverpleegkundigen (n = 7)	Utrecht x 2	30 – 52 jaar	44,4% x 1 50% x 3 60% x 1 22,5 uur p/w x 1 25 uur p/w x 1	Platteland x 4 Stad x 2 Stad/ platteland x 1	0-5% x 3 5% x 1 15% x 1 30% x 1 50% x 1
	Tiel x 1				
	Nijmegen x 1				
	Nijmegen/				
	Arnhem x 1				
	Breda x 1				
	Onbekend x 1				

¹ Kraamverzorgenden kunnen meerdere soorten zorg verrichten. Interne zorg is volledige zorg. Intake wordt tijdens de zwangerschap gedaan via een huisbezoek of per telefoon. Wijkkraamzorg bestaat uit minimale zorg (3 uur per dag). Partusassistentie is alleen de zorg rond de bevalling.

C Deelnemers klankbordgroep

De klankbordgroep werd gevormd door (in alfabetische volgorde):

Mevrouw B. Albers (vanaf juni 2006 mevrouw R. Helleman)	Sting: landelijke beroepsvereniging verzorging en zorgprojecten
De heer J. Bakker	Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw M. Bouwmeester	Project 'Stevig Ouderschap'
Mevrouw S. Bruins (vanaf januari 2007 Mevrouw C. Jesse)	Z-org (naam is later veranderd in Actiz)
De heer R. Gardenbroek	Zorgverzekeraar Agis
Mevrouw B. Groenendijk	Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)
Mevrouw I. Hegeman (vanaf juni 2006 mevrouw M. Andriën)	Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland
Mevrouw P. Offerhaus (vanaf juni 2006 mevrouw S. Jans)	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
Mevrouw A. de Jonge	TNO Kwaliteit van Leven
Mevrouw D. Kersten	Opleidingsfunctionaris Stichting Thuiszorg Maatschappelijk Werk Rivierenland (STMR) en bureau Kersten & van de Pol
Mevrouw D. Korfker	TNO Kwaliteit van Leven
Mevrouw D. van Langerak	Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
Mevrouw B. Olbertz	Kraamverzorgende en lid van Sting
De heer F. Öry	TNO Kwaliteit van Leven
Mevrouw K. van der Pal-de Bruin	TNO Kwaliteit van Leven
Mevrouw S. Pomp	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Mevrouw N. Tan	Project 'Samen Starten'

D Aanpassingen bewoording signalen

Op basis van consensus in de klankbordgroep is de bewoording van enkele risicofactoren aangepast om deze begrijpelijker te maken voor kraamverzorgenden.

Oorspronkelijke term	Uiteindelijke bewoording
Moeilijke of lastige baby (huilt bijvoorbeeld extreem veel) of het wordt op die manier ervaren door ouders	Baby huilt veel of de ouders vinden dat de baby veel huilt. Geef hierbij aan hoeveel uur per dag de baby huilt
Moeder zegt dat ze zich ongelukkig voelt/ zich niet goed in haar vel voelt	Moeder lijkt zich ongelukkig te voelen/ zich niet goed in haar vel te voelen*
Moeder zegt dat ze het niet aan kan	Moeder laat merken dat ze het niet aan kan*
Gestoorde hechting	Problemen in het contact met de baby
Moeder heeft geen fysiek contact met de baby tenzij noodzakelijk	Moeder houdt de baby niet graag vast
Mechanisch wiegen van de baby	Weggelaten; bleek niet eenduidig
Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby, ze voelt zich er hopeloos door of krijgt het gevoel zelf te moeten huilen	Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby
Ander kind is onverzorgd	Ander kind is onverzorgd (niet aangekleed, krijgt onvoldoende eten, enz.)
Gewoonte om ander kind alleen te laten zonder supervisie	Gewoonte om ander kind alleen te laten zonder begeleiding
Ander kind trekt erg naar de kraamverzorgende toe	Ander kind trekt meer naar de kraamverzorgende toe dan naar de ouders
Conflict tussen ouders	Geweld tussen ouders
Ik voel me niet comfortabel in dit gezin	Ik voel me niet prettig in dit gezin
Financiële zorgen	Financiële zorgen/ armoede in het gezin
Moeder spreekt en verstaat weinig Nederlands	De communicatie met de moeder verloopt moeizaam

* Deze bewoordingen zijn aangepast omdat een aantal kraamverzorgenden aangaven dat bijvoorbeeld vrouwen in streng christelijke gezinnen niet willen klagen maar indirect aangeven dat ze de situatie niet aankunnen.

Het nieuwe concept is besproken in Tiel met de leidinggevend en opleidingscoördinator. Zij misten nog een item over een onbegrensde opvoeding. In de literatuur is gezocht naar een signaal dat daarover gaat en deze is toegevoegd:

Ouders stellen weinig grenzen en geven weinig structuur aan kinderen

E Toelichting bij ‘Bijlage bij overdracht’

Als je de zorg afsluit in een gezin vul je de overdracht in en de bijlage bij de overdracht.

In deze toelichting zijn een aantal bijzonderheden genoemd waar je aan kunt denken bij de verschillende kopjes op het formulier ‘Bijlage bij overdracht’. Deze bijzonderheden kunnen handen en voeten geven aan een ‘niet pluis’ gevoel dat je mogelijk hebt in een gezin.

Je overlegt deze signalen ook met de verloskundige.

Ondersteuning om problemen te voorkomen

Niet elk gezin waarin je bijzonderheden signaleert is een probleemgezin. Sterker nog: zelfs als er meerdere signalen zijn in een gezin, gaat het met de meeste kinderen gelukkig goed.

Waarom zijn deze signalen dan toch belangrijk? Ze kunnen erop wijzen dat het gezin behoefte heeft aan ondersteuning. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld bestaan uit opvoedingsadviezen, begeleiding of praktische hulp. Hoe eerder deze gezinnen ondersteuning krijgen, hoe groter de kans dat problemen op de langere termijn worden voorkomen.

Signaleren is belangrijk

Omdat je als kraamverzorgende veel tijd in een gezin doorbrengt kun je signalen zien die andere zorgverleners ontgaan. Het is daarom van belang om deze signalen, na overleg met de verloskundige, aan de jeugdverpleegkundige over te dragen zodat mogelijke problemen niet worden gemist.

Hoe zit het met het recht op privacy van de ouders?

Ouders mogen ervan uit gaan dat zorgverleners een beroepsgeheim hebben en daarom vertrouwelijk met hun gegevens omgaan. Wel mogen gegevens worden doorgegeven aan andere zorgverleners die direct bij de zorg aan hen betrokken zijn, zoals de verloskundige. Het moet dan wel gaan om gegevens die belangrijk zijn voor de zorgverlening aan het gezin.

De jeugdverpleegkundige begint een nieuwe zorgverlening als de zorg van jou en de verloskundige afgelopen is. Het overdragen van gegevens naar de jeugdverpleegkundige moet daarom in principe gebeuren met toestemming van de ouders. Je kunt aangeven dat je bepaalde informatie wilt doorgeven zodat het consultatiebureau betere zorg kan bieden.

Als je signalen niet met de ouders kunt bespreken en deze toch wilt doorgeven aan de jeugdverpleegkundige, doorbreek je je beroepsgeheim. Dat mag alleen met het doel om schade aan een kind te voorkomen. Verderop wordt dit verder uitgelegd.

Welke signalen zijn van belang?

Als er geen aandachtspunten zijn kruis je het hokje 'Geen bijzonderheden' aan.

1. Baby

- Baby huilt veel of de ouders vinden dat de baby veel huilt.
Geef hierbij aan hoeveel uur per dag de baby huilt.

2. Moeder

- Moeder lijkt zich ongelukkig te voelen/ zich niet goed in haar vel te voelen.
- Moeder laat merken dat ze het niet goed aan kan.
- Problemen in het contact met de baby, bijvoorbeeld:
 - * moeder maakt geen oogcontact met de baby.
 - * moeder zegt geen bemoedigende woorden tegen de baby.
 - * moeder houdt de baby niet graag vast.
- Moeder heeft een afkeer van de verzorging van de baby.
- Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby.
- Moeder lijkt niet van de baby te genieten.

3. Andere (eigen) kinderen

- Ander kind is onverzorgd (niet aangekleed, krijgt onvoldoende eten, enz.).
- Gewoonte om ander kind alleen te laten zonder begeleiding.
- Strenge straffen (zoals slaan, opsluiting).
- Ouders schreeuwen veel tegen kinderen.
- Blauwe plekken of andere verwondingen bij een kind.
- Ander kind trekt meer naar kraamverzorgende toe dan naar de ouders.
- Ouders stellen weinig grenzen en geven weinig structuur aan kinderen.

4. Gezinssituatie

- Ouders blijven zeggen dat ze teleurgesteld zijn over het geslacht van de baby of dat de baby ongewenst is.
- Alcohol- of drugsmisbruik in het gezin.
- Vader heeft de neiging van slag te raken en boos te worden.
- Geweld of ruzie tussen ouders.
- Er is niet veel steun van de partner.
- Ik voel me niet prettig in dit gezin.
- Ouders hebben een vijandige houding naar de kraamverzorgende toe.
- Financiële zorgen/ armoede in het gezin.

5. Woon-/leefsituatie

- De communicatie met de moeder verloopt moeizaam.
- Gezin heeft weinig steun van familie en vrienden.

6. Overige

Hier kun je iets opschrijven wat niet onder de andere kopjes past maar wat je wel belangrijk vindt om door te geven.

Wat te doen bij welke signalen?

Het hangt van het soort signalen af welke vervolgacties nodig zijn. Hieronder volgt een globale indeling. Je informeert altijd de verloskundige over bijzonderheden. De verloskundige zal eventueel de huisarts informeren.

Je neemt met je leidinggevende contact op bij ernstige signalen of als je met haar wilt overleggen.

Overlegsituatie

Bij sommige signalen is het niet zo gemakkelijk om in te schatten of je je zorgen moet maken. Ook is het niet altijd even duidelijk welke vervolgactie noodzakelijk is. Bij twijfel is het daarom zinvol om te overleggen met een verloskundige of leidinggevende.

Acute situaties

Heel af en toe zul je zorg verlenen in een gezin waar ernstige problemen zijn waardoor er acuut gevaar voor de baby, een ander kind of een ouder dreigt. Denk aan (dreiging van) lichamelijk geweld of ernstige verwaarlozing. Neem in dit geval zo snel mogelijk contact op met de verloskundige en de leidinggevende. Zij zullen eventueel een melding doen bij het meldpunt kinderscherming (AMK). Ook zullen zij zo nodig contact opnemen met de huisarts en de jeugdverpleegkundige.

Niet acute situaties waarin je signalen WEL met de ouders kunt bespreken

Probeer zoveel mogelijk met ouders te bespreken welke signalen je ziet en wat ouders daar zelf van vinden. Overleg dat je deze signalen wilt doorgeven aan de jeugdverpleegkundige. Benadruk dat je dit doet omdat het gezin dan betere ondersteuning kan krijgen.

Bespreek de signalen ook met de verloskundige. Schrijf ze vervolgens op in je eigen woorden op de bijlage bij het overdrachtsformulier. Schrijf op het overdrachtsformulier bij bijzonderheden: 'zie bijlage' en zet je handtekening. Ouders tekenen op het overdrachtsformulier dat ze accoord gaan met de gegevens die je hebt opgeschreven op beide formulieren.

Het overdrachtsformulier en de bijlage worden opgestuurd naar de jeugdverpleegkundige van het consultatiebureau. Een doorslag van beide formulieren blijft bij de ouders. Een doorslag van de bijlage gaat met een kopie van het overdrachtsformulier naar het hoofdkantoor in Gorinchem.

Soms is het van belang dat de jeugdverpleegkundige op huisbezoek komt kort nadat je als kraamverzorgende de zorg hebt afgesloten. Bijvoorbeeld als de moeder laat merken dat ze het niet goed aan kan. In dit geval neem je telefonisch contact op met de jeugdverpleegkundige, nadat je met de ouders hebt overlegd dat je zult bellen.

Niet acute situaties en je kunt de signalen NIET met de ouders bespreken

In enkele situaties kun je signalen niet met de ouders bespreken maar vind je het toch belangrijk dat het consultatiebureau op de hoogte is. In dat geval overleg je met de verloskundige of zij/ hij deze signalen ook gezien heeft en met de ouders wil bespreken. Als dit niet mogelijk is overleg je of de signalen belangrijk genoeg zijn om door te geven aan de jeugdverpleegkundige. Als het nodig is om bijzonderheden telefonisch door te geven overleg je of jij belt of dat de verloskundige dat doet.

Signalen mogen alleen zonder toestemming worden doorgegeven als daarmee schade aan een kind kan worden voorkomen. De jeugdverpleegkundige kan opletten of ze dezelfde signalen ziet in het gezin. Misschien heeft ze aanvullende informatie omdat ze het gezin al kent. Door jouw signalen kan de jeugdverpleegkundige op tijd ondersteuning bieden die het gezin nodig heeft waardoor problemen bij het kind worden voorkomen. Alleen informatie die daarvoor van belang is geef je door.

Je informeert je leidinggevende over de signalen die zonder toestemming zijn doorgegeven. Je noteert de signalen op de bijlage bij de overdracht die naar het consultatiebureau en naar het hoofdkantoor in Gorinchem gaat en zet erbij dat je deze signalen telefonisch hebt doorgegeven zonder toestemming van de ouders.

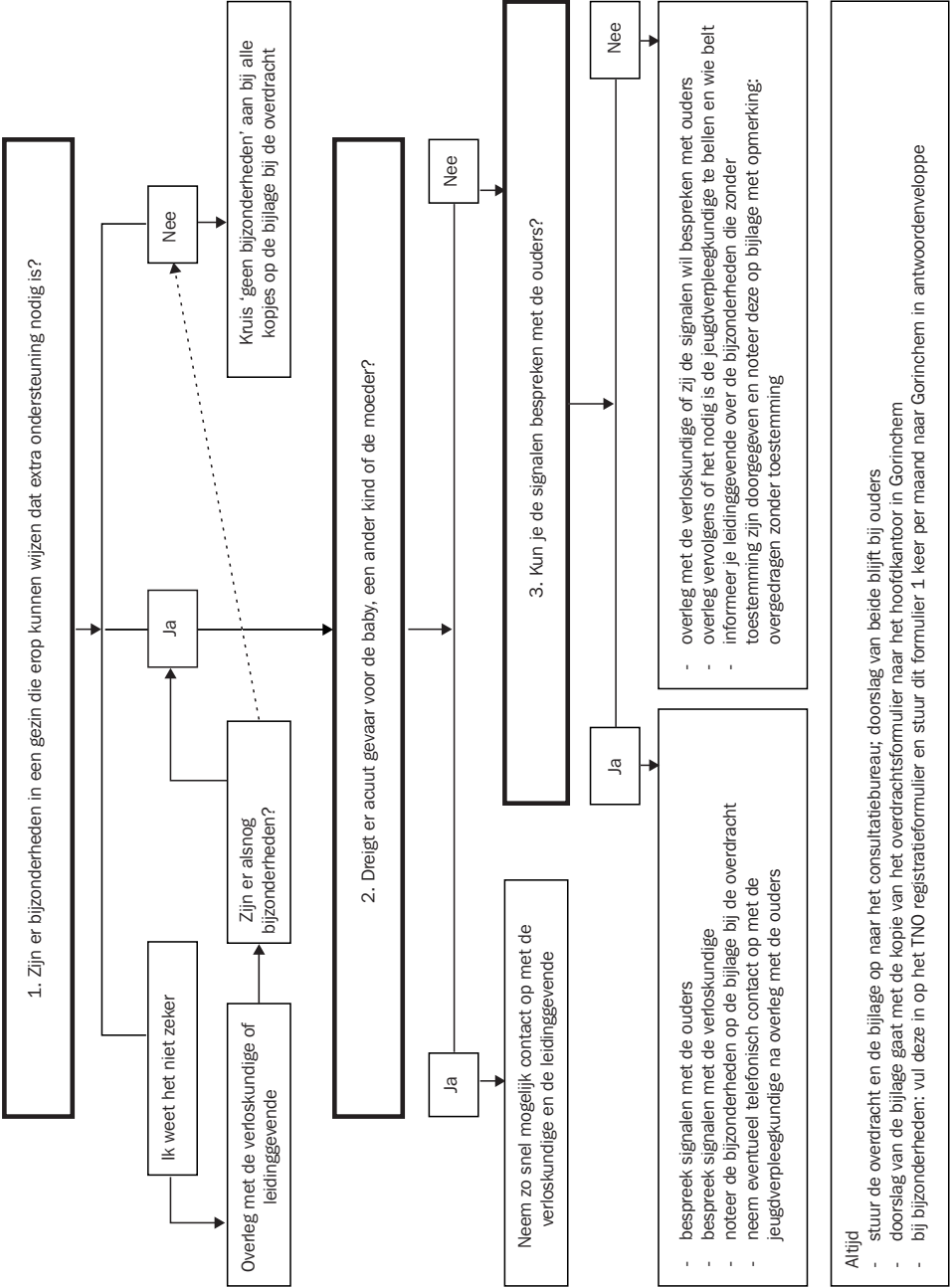
TNO Project Vroegsignalering

Je hebt een aantal formulieren gekregen met de titel: 'TNO Project Vroegsignalering'. Tijdens de pilot noteer je alle bijzonderheden die je in gezinnen opmerkt op dit formulier en beschrijf je welke acties je hebt ondernomen. Eén keer per maand stuur je dit registratieformulier op naar je teammanager in Gorinchem. Ook als je geen bijzonderheden hebt opgemerkt stuur je het formulier terug en begin je aan een nieuw formulier.

TNO verzamelt deze gegevens om te beoordelen of de methode voor het signaleren van bijzonderheden werkbaar is in de praktijk. Opmerkingen over problemen waar je tegenaan loopt in de pilot zijn daarom welkom.

Hartelijk dank voor je medewerking!

F Stappenplan voor bijzonderheden bij de overdracht



G Ondersteuningsmogelijkheden in pilot regio

Als je als kraamverzorgende signalen doorgeeft aan een jeugdverpleegkundige wil je ook graag weten wat er met die signalen gebeurt. Wat kan een jeugdverpleegkundige ermee?

Hieronder worden eerst een aantal vormen van hulp genoemd die de jeugdverpleegkundige zelf kan aanbieden. Vervolgens worden een aantal instellingen genoemd waar de jeugdverpleegkundige naar kan verwijzen.

A. Wat kan de jeugdverpleegkundige zelf bieden?

1. Opvoedingsproblemen

a. Telefonisch spreekuur via Zorgcentrale.

Dit nummer is 24 uur per dag bereikbaar voor onder andere opvoedingsvragen, zo nodig wordt doorverwezen naar de jeugdverpleegkundige.

b. Inloopsprekuren consultatiebureau voor onder andere opvoedingsvragen.

Op 'eigen' consultatiebureau 1 of 2 keer per week: tijdstip op te vragen bij zorgcentrale. Op verzoek zijn ook vaak extra consulten mogelijk.

c. Huisbezoeken (maximaal 5) door jeugdverpleegkundige

Ondersteuning van ouders om opvoedingscompetentie van ouders te bevorderen.

2. Cursussen

a. Opvoeden & zo!

Over opvoedkundige vaardigheden.

b. Aan de slag met druk gedrag.

Over omgaan met drukke en/of hyperactieve kinderen.

B. Welke andere instellingen kan de jeugdverpleegkundige inschakelen?

1. Maatschappelijk Werk, Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland (STMR) , Tiel.

- O.a. voor problemen in het gezin, zoals opvoedingsvragen, mishandeling en seksueel geweld.
- Sommige maatschappelijk werkers van Turkse en Marokkaanse afkomst hebben migranten als aandachtsveld.
- Video-home-training; door middel van een video-opname in het gezin wordt besproken hoe de opvoedingsproblemen kunnen worden aangepakt.

2. Gespecialiseerde Gezinsverzorging, STMR

Gezinsverzorgster kan gezin ondersteunen bij opvoeding kinderen en aanbrengen van structuur binnen het gezin. Indicatie is nodig.

3. Bureau Jeugdzorg (locatie Tiel, Zaltbommel, Culemborg).
Centraal adres voor alle vragen om informatie, advies en hulp bij problemen van kinderen en jongeren tot 23 jaar. Biedt informatie, advies, intake, ambulante hulp en crisisinterventie.
 - Telefonisch spreekuur en inloopspreekuren.
Ouders kunnen zelf bellen voor advies.
 - Individuele begeleiding in 1 t/m 4 gesprekken.
4. De Gelderse Roos, instelling voor geestelijke gezondheidszorg, Tiel.
Afdeling jeugd biedt hulp bij o.a. gedragsproblemen, ADHD, agressief gedrag, ernstige opvoeding- en/of gezinsproblemen.
5. Home-start-projecten, Utrecht.
Voor gezinnen met kleine kinderen die moeilijke periode doormaken, zoals ziekte, overbelasting, problemen met het kind, werk, geld of partner. Hulp bestaat uit regelmatige bezoeken van een vrijwilliger.
6. Integrale vroeghulp, Nijmegen, Tiel, Uden.
Advies en begeleiding voor kinderen 0-4 jaar met een achterstand in hun motorische en/of verstandelijke ontwikkeling.
7. De Knoop.
Vereniging voor ouders van kinderen met hechtingsstoornissen.
8. Medisch kleuter dagverblijf (MKD), Tiel.
Hulpverlening aan kinderen van 0-7 jaar met lichamelijke, psycho-sociale en/of maatschappelijke problemen.
9. Opvoedingswinkel, Den Bosch.
Voor opvoedingsvragen: verkoop van folders, spreekuur door pedagogen.
10. De Waarden, Tiel.
O.a. intensief ambulante thuisbegeleiding bijvoorbeeld bij kinderen met slaap- en eetstoornissen, hyperactiviteit, huilbaby's.

H DFSI en signalen vroegsignaleringsinstrument kraamverzorgenden

Signalen in het instrument voor kraamverzorgenden zijn bij uitstek op te merken door kraamverzorgenden en vereisen niet het afnemen van een anamnese. Hieronder is aangegeven hoe deze signalen passen binnen het Dunedin instrument. De 9 items zijn de items uit de DFSI. Sommige items komen in het instrument voor kraamverzorgenden niet aan de orde. De letters (met eventuele onderverdeling) geven de signalen uit het instrument voor kraamverzorgenden weer.

1. Moeder is jaar voorafgaand aan bevalling meer dan 2 keer verhuisd [1].
2. Moeder heeft psychische hulpverlening of heeft dit gehad.
In de voorgestelde aanpassing van het instrument voor kraamverzorgenden zou hier een item onder komen over psychische of psychiatrische problematiek.
3. Sociale problematiek.
 - a. Baby huilt veel of de ouders vinden dat de baby veel huilt.
Geef hierbij aan hoeveel uur per dag de baby huilt.
 - b. Alcohol- of drugsmisbruik in het gezin.
 - c. Vader heeft de neiging van slag te raken en boos te worden.
 - d. Geweld of ruzie tussen ouders.
 - e. Er is niet veel steun van de partner.
 - f. Ik voel me niet prettig in dit gezin.
 - g. Ouders hebben een vijandige houding naar de kraamverzorgende toe.
 - h. Financiële zorgen/ armoede in het gezin.
 - i. De communicatie met de moeder verloopt moeizaam.
 - j. Gezin heeft weinig steun van familie en vrienden.
4. Moeder lijkt incompetent een kind op te voeden.
 - a. Moeder lijkt zich ongelukkig te voelen/ zich niet goed in haar vel te voelen.
 - b. Moeder laat merken dat ze het niet goed aan kan.
 - c. Problemen in het contact met de baby, bijvoorbeeld:
 - * Moeder maakt geen oogcontact met de baby.
 - * Moeder zegt geen bemoedigende woorden tegen de baby.
 - * Moeder houdt de baby niet graag vast.
 - d. Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby.
5. Moeder heeft onrealistische verwachtingen van een kind.
 - a. Moeder heeft een afkeer van de verzorging van de baby.
 - b. Moeder lijkt niet van de baby te genieten.
 - c. Ouders blijven zeggen dat ze teleurgesteld zijn over het geslacht van de baby of dat de baby ongewenst is.

6. Moeder wilde niet naar een zwangerschapscursus of is hier vroegtijdig mee gestopt.
7. Moeder heeft zich bedacht over beslissing kind ter adoptie af te staan.
8. Eerder kind mishandeld of verwaarloosd.
 - a. Ander kind is onverzorgd (niet aangekleed, krijgt onvoldoende eten, enz.).
 - b. Gewoonte om ander kind alleen te laten zonder begeleiding.
 - c. Streng straffen (zoals slaan, opsluiting).
 - d. Ouders schreeuwen veel tegen kinderen.
 - e. Blauwe plekken of andere verwondingen bij een kind.
 - f. Ander kind trekt meer naar kraamverzorgende toe dan naar de ouders.
 - g. Ouders stellen weinig grenzen en geven weinig structuur aan kinderen.
9. Moeder zelf vroeger mishandeld of verwaarloosd.

I Programma bijscholing kraamverzorgenden

Offerte scholing preventie en vroegsignalering van risicogezinnen in de kraamperiode.

Deze offerte wordt uitgebracht op verzoek van TNO.

Het betreft een bijscholing voor kraamverzorgenden werkzaam bij Kraamzorg Rivierenland - De Waarden.

Aanleiding voor de scholing is de introductie van een instrument voor vroegsignalering in de kraamzorg.

De scholing heeft de volgende uitgangspunten:

- Werken met kleine haalbare stappen, vanuit de visie dat een kleine stap ook een stap is.
- Aansluiten bij het competentieniveau van de kraamverzorgende.
- Geen beschuldiging of veroordeling van ouder(s).
- Aandacht voor de ondersteuning die de JGZ kan bieden.

Doelstellingen

de kraamverzorgenden:

- Weten wat risicozorg is.
- Kunnen de signalen van risicozorg benoemen.
- Kunnen het belang aangeven van hun aandeel in de keten.
- Kunnen het belang aangeven van het doorgeven van signalen aan de JGZ.
- Weten hoe en waar ze signalen kunnen rapporteren in de overdracht naar de JGZ.
- Zijn op de hoogte van de achtergrond en werkwijze van het instrument.
- Hebben kennis van het vervolgtraject en de mogelijkheden van de JGZ.
- Hebben geoefend in het bespreekbaar maken van zorgelijke situaties die opgeschreven worden in de overdracht aan de JGZ.

Groepsgrootte: ca. 15 deelnemers

Programma opzet bijeenkomst

3,5 uur

10 min.	Welkom, opening, aanleiding en doelstellingen scholing.
30 min.	<p>Wat is risicozorg, waar hebben we het over, cijfers en achtergrond informatie.</p> <p>Wat zijn risicofactoren en hoe deze te herkennen.</p> <p>In tweetallen bedenken deelnemers op grond van eigen praktijk-ervaringen risicofactoren van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kind 2. ouder(s) 3. omgeving <p>Plenair inventariseren en aanvullen met gegevens en theorie.</p>
10 min.	<p>De keten in beeld: visualiseren door middel van een kimspel.</p> <p>Inzicht in de rol en de betekenis van de kraamverzorgende in de keten.</p>
30 min.	<p>Waarden en normenspel: welke rol spelen de eigen waarden en normen bij het bepalen wat wel of geen risicozorg is.</p> <p>Bewustwording dat er bij risicogezinnen altijd meerdere factoren een rol spelen.</p> <p>Aandacht voor andere culturen en de rol van het geloof.</p>
15 min.	Pauze
15 min.	Introductie en toelichting werkwijze signaleringsinstrument.
60 min.	Oefenen in het bespreken van signalen met ouders met medewerking van acteur.
30 min.	Oefenen in rapporteren van met ouder(s) besproken situaties voor de overdracht naar de JGZ met behulp van casuïstiek.
10 min.	Afsluiting, evaluatie, vervolgspraken.

J TNO Project Vroegsignalering: Voormeting

Voorafgaand aan ons project willen we graag weten wat kraamverzorgenden tot nu toe hebben opgemerkt in gezinnen en wat daarmee is gedaan. Tijdens het project kunnen we dan kijken of de ontwikkelde methode helpt om risicofactoren vaker te signaleren. Vul aan de hand van de lijst signalen in de bijlage bij overdracht onderstaande tabel in. Schrijf eventuele toelichtingen op de achterkant van het formulier.

Graag vóór 1 oktober 2006 terugsturen naar Marleen Andriën in Gorinchem.

Soort signalen	Hoe vaak opgemerkt?	Hoe vaak met ouders besproken?	Hoe vaak met leidende/ verloskundige besproken?	Hoe vaak doorgegeven aan jeugd- verpleegkundige?	Hoe vaak andere acties ondernomen?	Hoe vaak opgemerkt en geen actie ondernomen?
Baby						
Moeder						
Andere (eigen) kinderen						
Gezinsituatie						
Woon-/ leefsituatie						
Overige						

Eventuele toelichtingen:

Zijn er situaties geweest waarin je als kraamverzorgende persoonlijke problemen hebt ondervonden (zoals bedreigingen)?

☐ nee

☐ ja, beschrijf de situatie en licht toe welke acties je hebt ondernomen:

K TNO Project Vroegsignalering: Registratieformulier

Maand:

Tijdens het project willen we graag weten welke signalen kraamverzorgenden opmerken en welke acties zij ondernemen. Vul aan de hand van de lijst signalen in de bijlage bij overdracht onderstaande tabel in. **Noteer tenminste alle signalen die je hebt opgeschreven op de bijlage of waarover je overleg hebt gehad met een leidinggevende, verloskundige of jeugdverpleegkundige.** Schrijf eventuele toelichtingen op de achterkant van het formulier.

Graag eens per maand terugsturen naar Marleen Andriën in Gorinchem.

Soort signalen	Hoe vaak opge-merkt?	Hoe vaak met ouders besproken?	Hoe vaak met leiding-gevende/ verloskun-dige besproken?	Hoe vaak doorgege-ven aan jeugd-verpleegkundige?	Hoe vaak andere acties ondernomen?	Hoe vaak opge-merkt en geen actie ondernomen?
Baby						
Moeder						
Andere (eigen) kin-deren						
Gezinsituatie						
Woon-/ leefsituatie						
Overige						

Eventuele toelichtingen:

Zijn er situaties geweest waarin je als kraamverzorgende persoonlijke problemen hebt ondervonden (zoals bedreigingen)?

☐ nee

☐ ja, beschrijf de situatie en licht toe welke acties je hebt ondernomen:

Overige opmerkingen over het project:

L Signalen op bijlagen bij overdracht en overdrachtsformulieren

Totaal retour	411 (100%)
Bijlagen zonder bijzonderheden	319
Bijlagen met andere opmerkingen	48
Totaal bijlagen zonder signalen	367 (89,3% van alle bijlagen)
Bijlagen met signalen	30
Signalen op reguliere overdracht	6
Totaal aantal formulieren met signalen	36 gezinnen (8,8% van alle bijlagen)
Mogelijke signalen op regulier formulier (onduidelijk hoe ernstig situatie is)	8 (1,9% van alle bijlagen)
Anonieme overdracht	2 (0,5% van alle bijlagen)

Alle bijlagen en overdrachtsformulieren met opmerkingen zijn door twee onderzoekers bekeken: bij verschil van mening werd door discussie consensus bereikt. Over 10 mogelijke signalen was er discussie – uiteindelijk is besloten één formulier in te delen onder signaal en negen formulieren onder geen signaal. Over één signaal was discussie en deze is ingedeeld als mogelijk signaal.

Hieronder zijn signalen weergegeven. Corresponderende nummers gaan over hetzelfde gezin.

Signalen op bijlage

Hier zijn signalen weergegeven die op bijlage zijn genoteerd en die op onze lijst staan. Verder zijn ook signalen van de bijlagen weergegeven die in literatuur genoemd worden, die wij niet opgenomen hebben, maar die wel onder ‘overige’ kunnen vallen.

Baby

- Gezin 1. Baby pakt rechterborst nog moeilijk en kan hierdoor 's nachts behoorlijk spoken.
- Gezin 2. Wordt ingebakerd als het onrustig is.
- Gezin 3. Een mooi meisje wat nu nog zonder zorgen is. Heeft de achternaam [? w.s. van de vader] niet gekregen.
- Gezin 4. Baby huilt veel (krachtig), moeder geeft dan de borst, darmkrampjes.
- Gezin 5. Stuitligging en 2x omstrengeling.
- Gezin 6. Moet nog handigheid krijgen met borstvoeding.
- Gezin 7. Er wordt veel geroookt zodra de baby boven is.
- Gezin 8. Vanaf 2e dag zéér onrustig, oma is vaak 's nachts geweest, ouders oververmoeid.

Moeder

- Gezin 2. Incest verleden, heeft moeite met schoonmaken vagina van dochter, heeft moeite om rokjes aan te doen bij haar dochter omdat dit aanstootgevend kan zijn, kan er slecht tegen als baby huilt, moeder denkt dat ze heks is.
- Gezin 3. Zou prettig zijn om soms een maatschappelijk werkster te hebben.
- Gezin 4. Moeder vindt moeilijk baby te horen huilen, ze vindt moeilijk voor haar kindje te zorgen, borstvoeding pijnlijk.
- Gezin 5. Staat er alleen voor.
- Gezin 6. Moeder blij met kind maar vindt het moeilijk voor kind te zorgen. Door keizersnede aan haar man overgelaten.
- Gezin 8. Ten gevolge van vermoeidheid, ernstige emotionele onevenwichtigheid. Ouders ook onzekerheid in handelingen.
- Gezin 9. Mevr heeft wat moeite om dingen te onthouden en is daardoor ook snel onzeker.
- Gezin 10. Mevr heeft ziekte van Bethlem (spierzwakte). Er is een traplift in huis, mevr kan geen trappen lopen.
- Gezin 11. Moeder gebruikt medicatie tegen angst en paniekaanvallen. Met medicatie gaat het goed.
- Gezin 12. Herstel van mevrouw zal nog wel enige tijd duren (ernstige totaalruptuur).
- Gezin 13. Zware bevalling, schouderdystocie, baby slechte start, kreeg zuurstof en is opgenomen in ziekenhuis – mw veel bezig met verwerking van deze gebeurtenis, sliep eerste dagen slecht ivm onrust, gaat nu beter.
- Gezin 14. Moeder is nog helemaal niet mobiel – heeft erg last van bekken en onderbuik.
- Gezin 15. Onzeker – vooral bij huilen baby, geeft borstvoeding.
- Gezin 16. Wordt nog bedreigd en lastig gevallen door ex-man en zijn familie, hiervoor is het gezin bang.
- Gezin 17. Moeder kan er slecht tegen als baby huilt, wordt paniekerig.
- Gezin 18. Is de taal niet machtig.
- Gezin 19. Moeder onzeker over huilen kindje. Kan moeilijk ritme vinden. Bekkenproblemen.
- Gezin 20. Nigeriaanse. Moeder van kraamvrouw kortgeleden overleden.
- Gezin 21. Spreekt nog matig Nederlands.
- Gezin 22. Moeder ziet er tegenop voor de tweeling te zorgen. Is erg moe en slikt Temazepam en Zeroxat, heeft vanaf de 8ste dag angstaanvallen, kan moeilijk verwoorden.

Andere kinderen

- Gezin 3. Kinderen van 6 en 7 jaar geen contact met biologische vader.
- Gezin 5. Twee kinderen van andere vader. Eèn (?) kind van andere vader onder toezicht. Wordt door biologische vader naar school gebracht. Andere kind gb. Twee kinderen van deze vader, die nu vertrokken is.

- Gezin 7. Geen regelmaat.
- Gezin 16. Door deze situatie zijn de kinderen van 11 en 18 in behandeling geweest bij een kinderpsycholoog en waarschijnlijk gaan ze weer in behandeling.
- Gezin 18. Dochter van 12 jaar is op VMBO geplaatst zonder getoetst te zijn na verhuizing vanuit Frankrijk. Volgens ouders veel te laag niveau.
- Gezin 19. Oudste kind is onrustig.
- Gezin 22. Oudste kind is erg druk, vraagt veel aandacht, wordt niet veel van gezegd.
- Gezin 23. Middelste kindje van 3 jaar luistert slecht. Moeder wil graag informatie over cursus 'opvoeden zo' en ondersteuning bij het opvoeden.
- Gezin 24. Eerste kindje bij 39 weken zwangerschap overleden.

Gezinssituatie

- Gezin 2. Moeder heeft verschillende keren aangegeven dat vader slecht omgaat met huilen van baby, hij wordt hier agressief van. Moeder vindt het eng om hem alleen bij baby te laten.
- Gezin 3. Moeder woont met 2 zonen en heeft nu een dochter. Inwonende collega is de vader van de baby.
- Gezin 4. Man gaat dagelijks naar school.
- Gezin 5. Vader tijdens zwangerschap vertrokken. In scheiding.
- Gezin 6. Vader heeft eigen restaurant. Weinig zelfvertrouwen m.b.t. verzorging. Hij vindt dit moeilijk te combineren.
- Gezin 16. Mevrouw heeft sinds 2,5 jaar een nieuwe vriend, dit gaat heel goed met de kinderen (gezin heeft ouderbegeleiding gehad).
- Gezin 20. Vader ziek thuis.
- Gezin 25. Gezinssituatie niet stabiel ivm problemen vader. Graag extra aandacht hiervoor.
- Gezin 26. Alleenstaande moeder met 2 kinderen.
- Gezin 27. Vader en moeder gescheiden, vader woont elders maar is wel veel aanwezig.

Woon-/ leefsituatie

- Gezin 2. Huishouden is rommelig, veel stof, keuken en sanitair niet schoon.
- Gezin 3. Niet bijzonder gelukkig.
- Gezin 4. Zus van moeder helpt nog paar dagen want moeder vindt het moeilijk alleen voor kindje te zorgen.
- Gezin 6. Moeder is Iranese, geen familie hier, voelt zich eenzaam. Moeder zou overkomen maar nog geen visum.
- Gezin 8. Vrij kleine behuizing, gezien alle beesten die er ook wonen.
- Gezin 15. Weinig inkomsten, wonen 'tijdelijk', familie rookt heel veel, hebben geen auto (en wonen op platteland).
- Gezin 18. Huis nog niet op orde. Sinds 4 werken terug in Nederland. Een jaar in Frankrijk gewoond. Vader en moeder allebei heimwee, daarom terug.

Gezin 28. Wonen tijdelijk in een soort keet, niet bevorderlijk voor moeder ivm reuma, stroom valt ook regelmatig uit, geeft veel stress.

Gezin 29. Familie is inwonend bij ouders van vader.

Overige

Gezin 2. Verloskundige is op de hoogte van de situatie en neemt contact met jullie op en met de huisarts. Gezin wilde niet dat deze punten met jullie besproken zouden worden dus we doen dit buiten het gezin om.

Gezin 3. Een gezin dat aandacht kan gebruiken.

Gezin 4. Consultatiebureau komt snel langs.

Gezin 5. Informatie over dit gezin bekend bij consultatiebureau.

Gezin 6. Thuiszorg ingeschakeld.

Gezin 16. We hebben over de hele situatie goed kunnen praten.

Gezin 18. Eventueel graag melden aan schoolinspectie. In Frankrijk werden kinderen eerst getoetst op welk niveau [op welke school ze passen], hier in Nederland dus niet.

Gezin 22. Vader maakt zich veel zorgen, heeft het er moeilijk mee. Moeder wil liefst niet zelf voor kindje dat meteen mee kwam uit zh zorgen; wil ook nog niet dat andere kindje thuiskomt. Communicatie vanwege taal moeizaam. Familie mag niet weten dat ze ziek is.

Gezin 30. Wegens overheersende Turkse vader [cq opa] die gokt – geen ziekenfonds premie betaald. Slecht slapende gezinsleden – psychische belasting.

Signalen op reguliere overdracht

Signalen die eigenlijk (ook) op de bijlage hadden moeten staan maar op de reguliere overdracht zijn geschreven.

Moeder

Gezin 31. Mw heeft na vorige partus PND gehad, nu gaat het erg goed.

Gezin 32. Mevr heeft psychische problemen. Huisarts en verloskundige waren hiervan op de hoogte. Mevr vond het niet nodig dit te melden op cb. Als het nodig was deed ze dit zelf.

Gezin 33. Moeder slikt medicijnen voor depressiviteit.

Gezin 34. Een week na de vorige bevalling kreeg mevrouw een postnatale depressie.

Gezin 35. Moeder gebruikte methadon tot kort voor geboorte. Kind is na de geboorte onder voogdij van maatschappelijke werk gezet. Spoedig volgt uitspraak rechter, ouders werken mee.

Gezinssituatie

Gezin 36. Afgaans gezin, man spreekt Nederlands.

Bijlagen met andere opmerkingen

Opmerkingen op de bijlage die eigenlijk geen betrekking hebben op vroegsignalering. Hieronder staan enkele voorbeelden genoemd (niet volledig).

Baby

- Gezin 37. Mevr kolft extra, naast borstvoeding en geeft dit met flesje bij.
- Gezin 38. Niet pluis gevoel over spierspanning – verloskundige geeft aan dat het normaal is, graag wel in de gaten houden.
- Gezin 39. Sleutelbeentje gebroken en ziet geel (wordt minder) – drinkt wel goed.
- Gezin 40. Een prachtige dochter.
- Gezin 41. Meisje is een dapper dametje.
- Gezin 42. Kindje nog wat geel.

Moeder

- Gezin 42. Moeder heeft een borstontsteking.
- Gezin 43. Voelt zich goed en fit.
- Gezin 44. Ouders genieten ervan.

Andere kinderen

- Gezin 45. Twee dochters.
- Gezin 46. Zoontje vindt het ook prachtig een zusje.

Gezinssituatie

- Gezin 47. Gezellig en spontaan.
- Gezin 48. Nog een tweeling van 7 en een jongen van 9.

Woon-/ leefsituatie

- Gezin 49. Perfect.

Overige

- Gezin 50. Mevrouw heeft na vorige bevalling geen huisbezoek gehad.
- Gezin 51. Warm nest.

Mogelijke signalen op reguliere overdrachtsformulier of overdrachtsformulier

Ernst van de situatie en de reactie van ouders hierop is niet duidelijk – hier zouden signalen bij kunnen zijn.

Baby

- Gezin 52. Bedje is niet opgemaakt volgens protocol. Dit in overleg met verloskundige. Doen't volgens Amerikaanse gewoontes. Kindje wordt ingebakerd.

Gezin 53. Huilt veel na een voeding tgv krampjes, voeding veranderd, verzoek aan jeugdverpleegkundige om spoedig langs te gaan.

Gezin 54. Slechte start, apgar score 4, 7, 9, zuurstof gehad.

Gezin 55. Opname baby in verband met benauwdheid.

Moeder

Gezin 56. Mevrouw is borstvoeding aan het afbouwen, goed op gang maar ze zegt zelf “het is niet mijn ding”.

Gezin 57. Bekken instabiel, sectio en vacuumverlossing gehad (op bijlage genoemd.)

Gezin 58. Schouderdystocie – moeder vond dit nare ervaring en vindt het spannend om ‘het’ alleen te doen.

Gezinssituatie

Gezin 53. Spreekt 3 talen.

Gezin 59. Horeca gezin dus erg druk.

Overige

Gezin 53. Mevrouw is Duits, meneer is Nederlands maar is niet in Nederland opgegroeid. Hebben 6 jaar in Amerika gewoond, andere kinderen in Amerika geboren.

M Focusgroep protocol kraamverzorgenden evaluatie onderzoek

Inleiding (ongeveer 10 minuten)

1. Uitleg bedoeling focusgroep:
 - a. duur focusgroep (hooguit 2 uur)
 - b. meningen inventariseren – geen goede/ slechte meningen
 - c. vrij voelen om alles te zeggen, bedoeling dat iedereen meepraat
 - d. toestemming voor opnemen op cassettebandje
 - e. anonimiteit: geen namen in getypte tekst, alleen onderzoekers luisteren bandje af, deelnemers niet meer te herkennen in publicaties.
2. Voorstelrondje.

Bijscholing vroegsignalering

3. Wat heb je geleerd tijdens de bijscholing voorafgaand aan de pilot?
 - a. Herkennen van risicofactoren.
 - b. Bespreekbaar maken met de ouders.
 - c. Samenwerking met de verloskundige en de jeugdverpleegkundige t.a.v. vroegsignalering.
4. Hoe heeft de bijscholing je manier van werken beïnvloed?
 - a. Herkennen van risicofactoren.
 - b. Bespreekbaar maken met de ouders.
 - c. Samenwerking met de verloskundige en de jeugdverpleegkundige t.a.v. vroegsignalering.

Acties bij 'niet pluis gevoel' (ongeveer 15 minuten)

was dit anders dan voor de pilot?

5. Hoe verliep het bespreken van signalen met ouders?
 - a. positieve en negatieve ervaringen
 - b. niets met signalen gedaan
 - c. vaak anoniem doorgegeven
 - d. anders dan voor de pilot?
6. Heb je je wel eens zorgen gemaakt om een gezin en geen actie ondernomen?
 - a. Wat weerhield je ervan om actie te ondernemen?
 - i. Beroepsgeheim, privacy.
 - ii. Eigen veiligheid.
 - b. Heb je signalen wel eens 'laten zitten' omdat je er tegenop zag om ze bespreekbaar te maken?

Samenwerking met andere zorgverleners (25 minuten)

was dit anders dan voor de pilot?

7. Hoe verliep het overleg met de verloskundige rondom vroegsignalering?
 - a. altijd overlegd? Verloskundigen zeggen niets gehoord te hebben!
 - b. bereikbaarheid voor doorgeven van bijzonderheden
 - c. (geen) steun ervaren
 - d. acute/ niet acute situaties.
8. Hoe verliep het overleg met de leidinggevende rondom vroegsignalering?
 - a. bereikbaarheid voor doorgeven van bijzonderheden
 - b. (geen) steun ervaren
 - c. acute/ niet acute situaties
9. Hoe verliep het overleg met de jeugdverpleegkundige rondom vroegsignalering?
 - a. bereikbaarheid voor doorgeven van bijzonderheden – inloopspreekuur? Bedrijfsbureau gebeld?
 - b. (geen) steun ervaren
 - c. acute/ niet acute situaties
 - d. overdrachten op tijd bij de jeugdverpleegkundige voorafgaand aan hun huisbezoeken?
 - e. vervolg op signalen teruggekoppeld gekregen door jeugdverpleegkundige (via leidinggevende)?

Ervaringen met de pilot vroegsignalering (ongeveer 30 minuten)

10. Hoe hebben jullie de pilot vroegsignalering ervaren?
 - a. positieve en negatieve ervaringen, zinvol?
 - b. belemmeringen, moeilijk
11. Heeft de pilot invloed gehad op hoe goed de zorg was die je leverde?
 - a. geen verschil
 - b. kwaliteit verbeterd/ verslechterd – waardoor
 - c. pilot een houvast voor omgaan met vroegsignalering
12. Heeft de pilot invloed gehad op het plezier dat je in je werk hebt?
 - a. geen verschil
 - b. kwaliteit verbeterd/ verslechterd – waardoor
 - c. persoonlijke problemen/ veiligheid.
13. In hoeverre kostte de pilot extra tijd?
 - a. formulieren invullen
 - b. tijd voor overleg
 - c. kostte het in begin meer tijd dan nu?
14. Hoe was het om met de aangeleverde formulieren te werken?
 - a. Zouden signalen ook vermeld worden op het ontslagformulier als de bijlage zou worden afgeschaft?
 - b. Waarom soms signalen geschreven op reguliere overdrachtsformulier?

- c. In hoeverre hielp de uitleg bij de bijlage bij overdracht? En informatie over het vervolgtraject?
- 15. Als de pilot ergens anders herhaald zou worden, welke tips en adviezen zou je willen geven voor de uitvoering ervan?

Rol van de kraamverzorgende (ongeveer 25 minuten)

- 16. Hoe ga je om met vroegsignalering als de pilot is afgelopen?
 - a. ik ga op dezelfde manier door als in de pilot
 - b. terug in oude patroon
 - c. meer/ minder signaleren
 - d. meer/minder overleggen met verloskundige/ leidinggevende/ jeugdverpleegkundige
- 17. Hoe vaardig voel je je in het omgaan met vroegsignalering?
 - a. kennis/ vaardigheden
 - b. signaleren in streng christelijke gezinnen en in gezinnen van niet Nederlandse afkomst
- 18. Zou je behoefte hebben aan meer bijscholing en zo ja, in welke onderwerpen?
 - a. kennis/ vaardigheden
 - b. Wat zou je vinden van scholing samen met verloskundigen en jeugdverpleegkundigen?
- 19. Hoe zouden we verder moeten met vroegsignalering in de kraamzorg na deze pilot?
 - a. Welke rol vind je dat een kraamverzorgende heeft op het gebied van vroeg signalering?
 - b. Hoe verschilt deze van de rol die andere hulpverleners hebben, zoals de verloskundige en de wijkverpleegkundige?
 - c. Hoe zou je het vinden als de verloskundige overdraagt aan de jeugdverpleegkundige? Zou je dan zelf ook nog willen overdragen aan de jeugdverpleegkundige of zou je bijzonderheden alleen willen doorgeven aan de verloskundige?
- 20. Wat is belangrijk met betrekking tot dit onderwerp en is nog niet genoemd?

N Kenmerken deelnemers evaluatie onderzoek

Categorie	Opleiding	Leeftijds-variantie	Soort werkverband ¹	Werkgebied	% cliënten van niet-westerse afkomst
Kraamverzorgenden Focusgroep (n = 8*)	Vught x 3	22 – 52 jaar	100% x 2	Stad/ platteland x 8	10% x 1
	Utrecht x 2		94% x 1		15% x 1
	Arnhem x 1		89% x 2		20% x 2
	Eindhoven x 1		70% x 1		30% x 1
	Sittard x 1		40% x 1		35% x 1
			60-90 uur/mnd x 1		40% x 2
Verloskundigen (n = 6*)		34 – 48 jaar	Interne zorg x 7	Stad/ platteland x 3 Platteland x 2 Stad x 1	
	Heerlen x 3		5-uurszorg x 6		
	Rotterdam x 1		Wijkkraamzorg x 6		
	Amsterdam x 1		Oproep x 2		
	België x 1		100% x 5		
			80% x 1		
Jeugdverpleegkundigen (n = 4*)	Utrecht x 2	43 – 57 jaar	Vrijgevestigd x 5	Platteland x 3 Stad x 1	
	Hengelo x 1		Loondienst x 1		
	Enschede x 1		60% x 1		
			25 uur/week x 1		
			22,5 uur/week x 1		
			12-20 uur/week x 1		

¹ Kraamverzorgenden kunnen meerdere soorten zorg verrichten. Interne zorg is volledige zorg. Intake wordt tijdens de zwangerschap gedaan via een huisbezoek of per telefoon. Wijkkraamzorg bestaat uit minimale zorg (3 uur per dag). Partusassistentie is alleen de zorg rond de bevalling.

* 5 kraamverzorgenden, 3 verloskundigen en 2 jeugdverpleegkundigen hebben ook deelgenomen aan de focusgroepen van het inventariserend onderzoek.

O Signalen in literatuur die door kraamverzorgende opgemerkt kunnen worden

Ouders

Moeder lichamelijk ziek

Fysieke en emotionele gezondheidsproblemen.

Ernstig zieke moeder.

Zwakke fysieke of geestelijke gezondheid moeder.

Vrouw met WAO uitkering.

Ouders

Moeder geestelijk ziek

Psychiatrische behandeling in de zwangerschap of in de 5 jaar ervoor.

Ouder heeft in het verleden psychische problemen/ depressie gehad.

Moeder heeft al verschillende crises doorgemaakt en het lijkt erop dat ze er maar moeilijk overheen kan komen.

Psychiatrische ziekte van de moeder, nu of in het verleden.

Psychiatrische klachten in de zwangerschap.

Ouders

Moeder problematisch gebruik alcohol / drugs

Moeder heeft gerookt of alcohol gebruikt tijdens de zwangerschap.

Moeder heeft gerookt in de zwangerschap.

Ouders

Moeder slachtoffer van (seksueel) geweld/mishandeling verwaarlozing

Als kind (seksueel) mishandeld.

Ouders

Moeder psychische kenmerken

Gebrek aan tolerantie, verliest zelfbeheersing.

Moeder raakt erg van streek van het huilen van de baby, ze voelt zich er hopeloos en hulpeloos door of krijgt het gevoel zelf te moeten huilen.

Psychologische problemen.

Moeder spreekt over haarzelf en niet over de baby.

Boos, ongelukkig, rigide.

Moeder zegt dat ze zich ongelukkig voelt/ zich niet goed in haar vel te voelen.

In een stresssituatie voelt de moeder zich snel hulpeloos.

Moeder heeft laag gevoel van eigenwaarde.

Mentale retardatie ($IQ < 70$).

Moeder is ontevreden.

Moeder heeft laag gevoel van eigenwaarde.

Moeder is impulsief.

Moeder denkt dat ze het niet zo goed aan kan.

Als kind begeleiding gehad of behandeld in psychiatrie.
Depressie in de zwangerschap.

Ouders

Moeder sociale positie

Moeder zegt dat ze alleen staat in haar problemen.
Moeder heeft maar weinig contacten buiten de familie en is hier ontevreden over.
Moeder ontvangt weinig of geen steun van iemand.
Moeder is ontevreden over de contacten met familie/ vrienden.

Ouders

Moeder anders

Moeder zegt dat ze als kind niet veel liefde heeft ontvangen van haar ouders of familie.
Moeder heeft in de gevangenis gezeten.
Moeder heeft meer dan 5 kinderen voorafgaand aan huidige zwangerschap.
Moeder met meer dan 3 vaders van haar kinderen.
Slechte relatie van de moeder met haar ouders.

Ouders

Vader geestelijk ziek

Zwakke geestelijke gezondheid vader.

Ouders

**Vader dader van (seksueel) geweld /mishandeling
verwaarlozing**

Partner verdacht van kindermishandeling of van hardvochtige straffen van de kinderen in het verleden.

Ouders

Vader Anders

Leeftijd vader < 20
Vader gaat uit van traditionele rolverdeling tussen mannen en vrouwen.

Ouders

Ouders geestelijk ziek

Verschillende crises of stresssituaties.
Mentale beperkingen:

Ouders

Ouders problematisch gebruik alcohol / drugs

Bekende drugsverslaving van ouder en/of partner: gedefinieerd door de moeder zelf, haar verloskundige of een instelling.
Alcohol- of drugsmisbruik van de moeder of haar partner.
Drugsgebruik ouders (alcohol, drugs).

Ouders

**Ouders slachtoffer van (seksueel) geweld/
mishandeling verwaarlozing**

Moeder of haar partner heeft als kind met geweld te maken gehad of is er getuige van geweest.

Ouder is als kind geslagen of verwaarloosd.

Ouders

**Ouders dader van (seksueel) geweld /mishandeling
verwaarlozing**

Ouder is in het verleden verdacht van mishandeling.

Ouders

Ouders psychische kenmerken

Neiging van vader om van slag te raken en boos te worden.

Ouder heeft een laag gevoel van eigenwaarde, is sociaal geïsoleerd of depressief.

Ouders

Ouders sociale positie

Sociale stress.

Werkloosheid, ziekte, op straat gezet, arrestatie.

Recente stressvolle gebeurtenissen.

Ouders

Ouders Anders

Ouder heeft crimineel of psychiatrisch verleden.

Relatie ouders met eigen ouders als kind (geen affectie, niet zoveel aandacht / verzorging, afwezig, ouders schreeuwden dagelijks tegen hen, fysieke straffen).

Gewelddadige driftuitbarstingen.

Er is een sfeer van geheimzinnigheid in dit gezin.

In familie van de ouder(s): alcohol misbruik, ouder met depressie, mishandeling.

Vaak verhuisd (> 3 verhuizingen in 5 jaar).

Groot gezin.

Vader of moeder overleden.

Ouders

Ouders niet samenwonend

Alleenstaande zwangere.

Ouders

Ouders

Onderling fysiek geweld

Emotioneel, fysiek, seksueel of verbaal geweld van de partner tegen de moeder, op dit moment of in het verleden.

Geweld tussen moeder en partner.

Ouders

Ongelukkige relatie of ontevreden met de relatie.
Conflict tussen ouders/ ongelukkige relatie.

Ouders onderling verbaal ruzie

Ouders

Vader is erg jaloers op de tijd, energie en aandacht die de baby vraagt van de moeder
De reacties van de vader en/of de familie op de baby waren negatief en niet ondersteunend.
Er is niet veel steun van de partner.

Ouders: vader niet ondersteunend

Ouders

Moeder komt afspraken niet na.
Agressief gedrag van ouder naar kraamverzorgende (eist bepaalde verzorging).
Ouders ondersteunen elkaar niet.
Moeder luistert niet naar adviezen, of slechts gedeeltelijk, over de verzorging van de baby.
Ik voel me niet comfortabel in dit gezin.
Ik heb het idee dat de informatie die de moeder geeft over hoe ze omgaat met de baby niet volledig is of niet klopt.
Moeder verandert haar gedrag naar aanleiding van instructies kraamverzorgende.

Ouders: relatie met hulpverlening

Gedrag ouders t.o.v. kinderen

Moeder praat niet tegen haar baby.
Geen hechting (geen oogcontact met baby, geen bemoedigende woorden, geen fysiek contact tenzij noodzakelijk, mechanisch de baby wiegen).
Moeder verandert haar gedrag niet naar aanleiding van signalen van haar baby.
Opmerkingen tegen de baby zijn negatief, eisend, hardvochtig.
Moeder brengt haar baby niet adequaat in staat van alertheid.
Baby wordt niet gestimuleerd door middel van aanraking.
Moeder raakt baby niet aan, houdt de baby niet vast, bekijkt de baby niet, praat niet lief tegen de baby.
Moeder maakt vreemde of kleinerende opmerkingen over de uiterlijke kenmerken van de baby of kijkt er op een vreemde manier naar.
Geen oogcontact.
Moeder troost haar baby niet effectief.
Moeder heeft geen plezier met de baby.
Moeder vermijdt oogcontact met de baby en houdt de baby nooit vast met het gezicht naar zich toe gericht.
Moeder raakt haar baby niet aan/ houdt baby niet vast.
Moeder informeert niet naar de ontwikkeling van haar baby.
Ouders blijven teleurgesteld over het geslacht van de baby.

Gedrag t.o.v. baby

Voedingen: moeder vindt de baby te veeleisend, ze heeft een afkeer van het geknoei of negeert de baby's behoeften.

Bij gevoelens van de baby wordt niet stilgestaan.

Luiers verwisselen wordt gezien als een erg negatieve, weezinwekkende taak.

Moeder troost de baby niet.

Moeder verliest snel het geduld in de omgang met de baby.

Moeder geniet niet van haar baby.

Teleurstelling over het geslacht van de baby.

Moeder voelt zich op haar gemak bij: aanraken, vasthouden, voeden, baden.

De meeste opmerkingen van de moeder over de baby tegenover anderen zijn negatief.

Gedrag ouders t.o.v. kinderen

Gedrag t.o.v. andere kinderen

Moeder verbiedt vaak / schreeuwt veel tegen kinderen.

Gedrag ouders tov kinderen Opvoedingsgedrag

Dwingende opvoedingsstijl van moeder.

Er zijn problemen met jaloezie van broertjes of zusjes of men begrijpt absoluut niet dat dat zou kunnen spelen.

(Geloof in) fysieke straffen.

Hardvochtig straffen van het kind.

Gedrag ouders t.o.v. kinderen

Irreële verwachtingen t.a.v. kind

Rigide, onrealistische verwachtingen van het gedrag van een kind.

Ontwikkeling van kind(eren) te hoog of te laag inschatten.

Onrealistische verwachtingen van kinderen.

Ouders hebben veel te hoge verwachtingen van de ontwikkeling van de baby.

Kritisch of te veel eisend naar baby toe (verwacht dat baby onder de 6 maanden al kan zitten, stil kan liggen, kan stoppen met huilen of bewegen).

Gedrag ouders tov kinderen

Een kind (eerder) uit gezin geplaatst

Eerder kind uit huis geplaatst.

Zwangerschap / bevalling

Alleenstaande moeder

Alleenstaand ouderschap.

Moederleeftijd < 20 jaar.

Zwangerschap / bevalling

Ongewenst / niet gepland

Ongewenst kind of risico van slechte hechting.

Ongewenst kind.

Moeder ongewenst zwanger (na 20 weken).

Zwangerschap / bevalling

Moederleeftijd < 20 jaar.

Leeftijd moeder < 20.

Zwangerschap / bevalling

Baby met laag geboortegewicht.

Te jonge moeder

Zwanger voor de 18-jarige leeftijd.

Preterm / LBW

Baby's geboortegewicht < 2500g.

Zwangerschap / bevalling

Onvoldoende prenatale zorg.

Interval tussen 2 zwangerschappen ≤ 15 maanden.

Geen prenatale zorg voor de 26ste week van de zwangerschap.

Tienerouders.

Baby vroeg gescheiden van de moeder.

Er wordt erg negatief gesproken over de zwangerschap en bevalling.

Moeder weigerde naar zwangerschapscursus te gaan of heeft cursus niet afgemaakt.

Complicaties in de zwangerschap of bij de bevalling.

Meerlingzwangerschap.

Anders

Baby

Chronisch zieke baby.

Slechte gezondheid / handicap bij baby.

Baby Gezondheid / handicap

Baby

Baby Gedrag

Moeilijk of lastig kind of het wordt op die manier ervaren door de ouders.

Ouders vinden huilen excessief.

Moeilijk gedrag/ huilen van de baby.

Ouders signaleren aandachtsproblemen bij de baby.

Ouders vinden baby agressief.

Ouders klagen over gedrag van de baby.

Baby heeft ontwikkelingsproblemen/ gedragsproblemen.

Moeilijk temperament.

Andere kinderen

Andere Kinderen Verzorging (Onvoldoende gekleed / ongezond eten / geen speelgoed)

Onverzorgd (ernstige luierruitslag, vuil onder de nagels of onder de oksels, vuil onder de voeten als het weer koud is of stinken).

Gewoonte om kind alleen te laten zonder supervisie.

Andere kinderen

Ernstige symptomen (Onvoldoende gevoed / verwondingen)

Blaauwe plekken (ergens anders dan op de scheenbenen), brandplekken of menselijke beten.

Andere kinderen **Gedrag andere kinderen t.o.v. ouders**
Kind speelt niet met de moeder.

Sociaal economisch **Armoede**
Te veel bewoners in huis.
Laag inkomen/ financiële moeilijkheden.
Lage sociaal-economische status.
Ongeschikt huis.
Laag inkomen.

Sociaal economisch **Opleiding**
Moeder of vader heeft minder dan 12 jaar op school gezeten.
Opleidingsniveau ouders.

Sociaal economisch **Culturele minderheid**
Etniciteit: Turks, Marokkaans, afkomst uit andere niet geïndustrialiseerde landen.

Sociaal economisch **Werkloosheid vader en / of moeder**
Moeder en vader allebei langer dan een jaar werkloos.
Vader / moeder werkloos.
Beide ouders werkloos.

Sociaal economisch **Gezin geïsoleerd of in conflict met velen**
Gebrek aan sociale steun.
Sociale isolatie en eenzaamheid.
Sociale isolatie.

Sociaal economisch **Buurt verpauperd, gevaarlijk of zonder voorzieningen**
Gevaarlijke buurt/ stress veroorzaakt door de buurtkenmerken.

Sociaal economisch **Anders**
Lage sociaal-economische status.

