

ZORGWEKKENDE OPVOEDINGSSITUATIES

WETENSCHAP

Vroegsignalering

Wanneer zorgwekkende opvoedingssituaties op tijd onderkend worden, kan vroege interventie veel narigheid voorkomen. Verloskundigen kunnen door het nauwe contact met het gezin signalen herkennen, maar het ontbreekt hen vaak aan kennis. Wat zijn de risicofactoren, hoe communiceer je over het gesignaleerde gedrag met de ouders en naar wie kun je het beste doorverwijzen?

Wieske van Dijk onderzocht vroegsignalering door verloskundigen in het kader van de masteropleiding verloskunde. De titel van haar scriptie luidde: 'Alles wat groot is, begon ooit klein': mens, dier, problemen...

Wieske van Dijk en Ferko Öry

Wieske van Dijk onderzocht vroegsignalering door verloskundigen in het kader van de masteropleiding verloskunde. De titel van haar scriptie luidde: 'Alles wat groot is, begon ooit klein': mens, dier, problemen...

Inleiding

Sinds 1 januari 2005 is de Wet op de Jeugdzorg van kracht. Het doel van deze wet is het verbeteren van de zorg voor jeugdigen tot 18 jaar en hun ouders. Tevens wil de wet de positie van de cliënten van de jeugdzorg versterken^[1]. Om deze nieuwe wet goed ten uitvoer te brengen is Operatie Jong in het leven geroepen door zes ministeries. Het doel van Operatie Jong is de uitval van jeugdigen zoveel mogelijk te voorkómen^[2].

Vroegsignalering is een van de twaalf thema's binnen Operatie Jong. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk hulpverleners die betrokken zijn bij een kind systematisch signaleren en zoveel mogelijk dezelfde 'taal' gaan spreken. Om te signaleren is een bredere kijk op het gezin nodig. Het gezin en de sociale omgeving, maar vooral de ouders zijn daarbij belangrijk. Het focus in het werk van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) verschuift van het signaleren naar het interpreteren van signalen, inclusief die van professionals zoals verloskundigen. Op grond van de signalen

tracht men samen met de ouders een plan te maken om de problemen aan te pakken.

Vroegsignalering is het tijdig signaleren van risicofactoren, vóórdat een zorgwekkende opvoedingssituatie ontstaat. Hierbij valt te denken aan problemen van het kind zelf, problemen van de ouders of problemen in de sociale omgeving van het kind^[2]. In een zorgwekkende opvoedingssituatie is de kans op kindermishandeling, het ontwikkelen van psychische stoornissen of het ontwikkelen van ernstige gedragsproblemen groter^[3,4,5]. Het is van belang om een dergelijke situatie te voorkómen of op te heffen door zo spoedig mogelijk te starten met effectieve interventies^[6]. Het grootste effect hebben interventies die al vóór het vijfde levensjaar gestart zijn. Door op jonge leeftijd een interventie te plegen, wordt voorkomen dat een kind in een neerwaartse spiraal raakt en kunnen mogelijke effecten beperkt blijven. Een vroegtijdige interventie blijkt uit onderzoeken zeer kosteneffectief te zijn^[3].

Verloskundigen zijn bij uitstek geschikt om vroeg te signaleren. Zij zien zwangeren regelmatig, zo'n twaalf keer in de zwangerschap en leggen, als een van de weinige hulpverleners, huisbezoeken af tijdens de partus en het kraambed. Hierdoor is het contact met (aanstaande) ouders persoonlijk,



*Alles wat groot is, begon ooit klein':
mens, dier, problemen...*

laagdrempelig en ontstaat er doorgaans een sterke vertrouwensband tussen de zwangere en de verloskundige. Deze unieke positie biedt de mogelijkheid om indien nodig al voor de geboorte of vlak daarna een interventie te plegen.

Hoe kan vroegsignalering door eerstelijns verloskundigen het beste verbeterd worden?

Methode van onderzoek

In dit onderzoek is nagegaan hoe verloskundigen op dit moment zorgwekkende opvoedingssituaties signaleren en hoe dit verbeterd zou kunnen worden. De onderzoeksvraag luidde: 'Hoe kan vroegsignalering door eerstelijns verloskundigen het beste verbeterd worden?'

*Wieske G. van Dijk is eerstelijns
verloskundige, Master of Science
afstudeerrichting Beleid en
Management 2006
Dr.Ferko G. Öry, kinderarts
maatschappelijke gezondheidszorg TNO
Kwaliteit van Leven*



Om deze vraag te beantwoorden, werden drie onderdelen van vroegsignalering door verloskundigen onderzocht:

- Hoe verloopt de huidige vroegsignalering door verloskundigen?
- Welke knelpunten ervaren verloskundigen in de vroegsignalering?
- Hoe groot is de bereidheid van verloskundigen om systematischer en actiever te signaleren?

Er is gebruik gemaakt van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek bestaande uit een anonieme schriftelijke enquête, anoniem statusonderzoek en interviews.

Voor medewerking aan de enquête zijn 125 praktijken van de 450 praktijken die ten tijde van het onderzoek aangesloten waren bij de KNOV, at random geselecteerd en benaderd. Van deze 125 praktijken zijn er 50 benaderd om tevens mee te werken aan het statusonderzoek. Voor dit statusonderzoek werd gevraagd tien geanonimiseerde zwangerschapskaarten en kraam-

bedformulieren van willekeurig geselecteerde zwangeren van het jaar 2004 te sturen.

Voor het interview zijn drie verloskundige praktijken in Amsterdam benaderd die al enige samenwerking hadden met een Ouder- en Kind Centra (OKC).

De data zijn verzameld tussen half april en half juni 2005.

Resultaten

Enquête

De respons op de enquête was 65%, 81 praktijken hebben gereageerd.

De enquête is door één van de verloskundigen van de praktijk ingevuld. De onderzoeksgroep verschilde van de landelijke verlos-

kundige populatie in de mate van verstedelijking^[7].

Mogelijk wordt dit verschil veroorzaakt door uitsluiting van praktijken in Amsterdam voor de enquête, aangezien deze op de een of andere manier in aanraking zijn geweest met het OKC.

Het gemiddelde percentage allochtonen in de onderzoeksgroep is met 17% iets lager dan het landelijke percentage van 19%^[8].

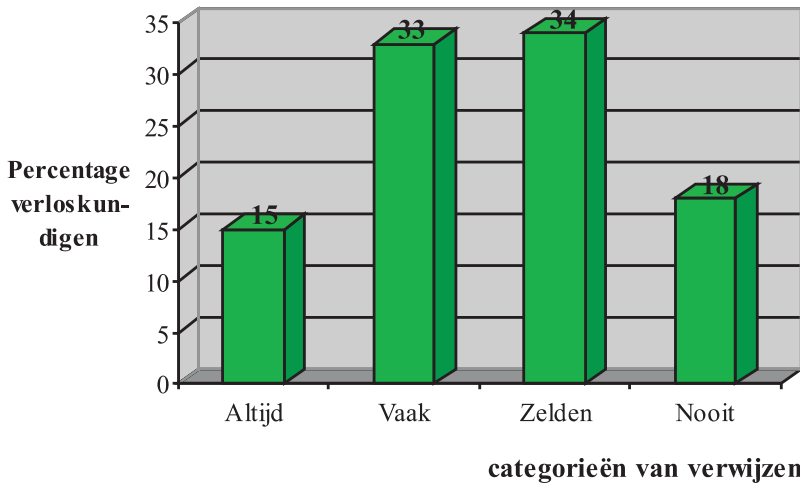
Huidige vroegsignalering

Vroegsignalering door verloskundigen blijkt sterk uiteen te lopen. De vragen die bij intake gesteld worden verschillen per verloskundige. Zo geeft 86% van de onder-

Figuur 1. Percentuele verdeling mate van verstedelijking onderzoeksgroep ten opzichte van landelijke verloskundige populatie

Mate van verstedelijking	Onderzoeksgroep	Landelijk
Niet stedelijk	20	11
Weinig stedelijk	44	47
Sterk stedelijk	36	42
Totaal	100%	100%

Figuur 2. Verwijsgedrag verloskundigen per categorie



zoeksgroep aan standaard te vragen naar nare seksuele ervaringen, 30% vraagt naar het hebben van ervaring met geweld en 11% vraagt naar huiselijk geweld. 98% van de verloskundigen heeft wel eens een “niet-pluis”gevoel. Indien verloskundigen risicofactoren signaleren, wordt dit door 28% altijd genoteerd. Gesignaleerde risicofactoren worden in 86% van de gevallen altijd met collega’s besproken en 1% geeft aan nooit iets te bespreken.

Door 10% van de verloskundigen wordt dit standaard met de zwangere zelf besproken.

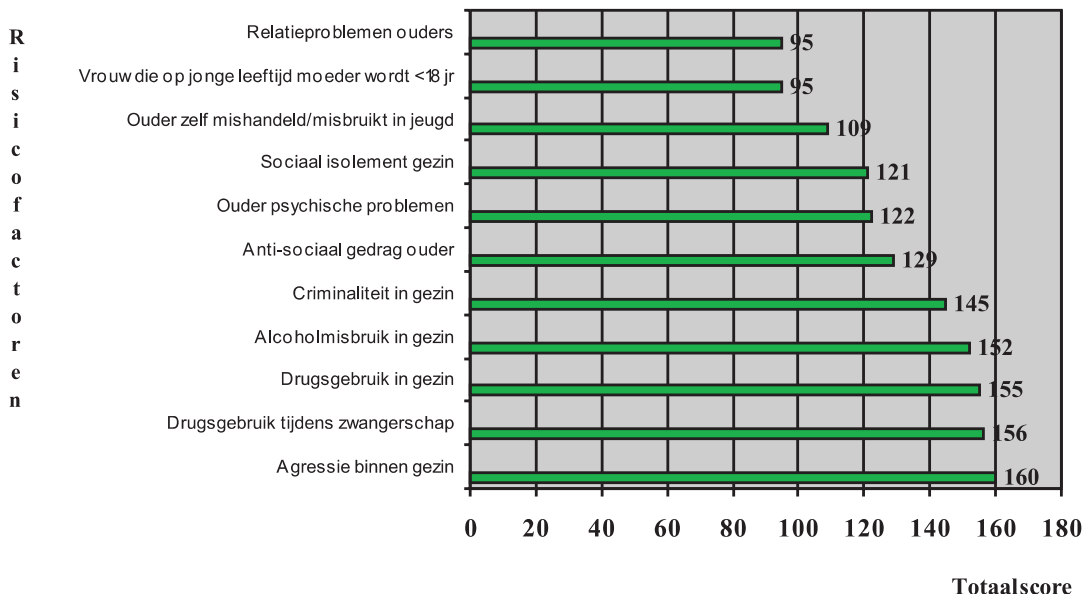
In figuur 2 wordt het verwijsgedrag naar andere hulpverleners/ hulpverlenende instanties van verloskundigen weergegeven indien risicofactoren gesignaleerd zijn.

Verwijzingen vinden over het algemeen plaats naar het maatschappelijk werk, Federatie voor Instellingen voor Ongehuwde Moeders (FIOM), Regionaal

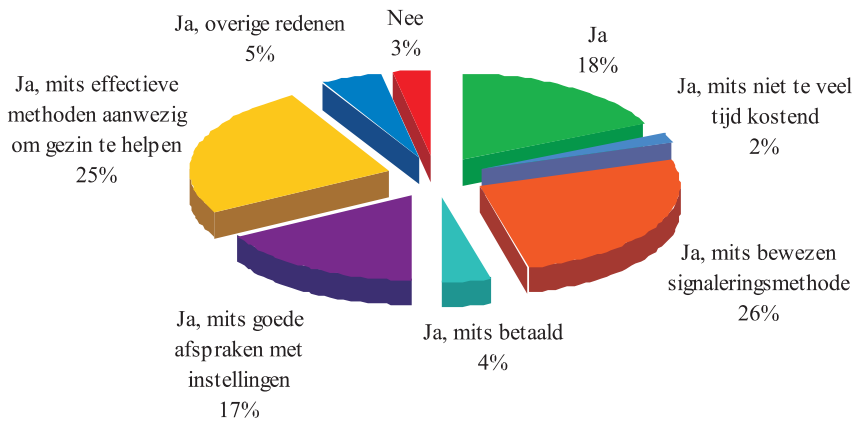
Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), Bureau Jeugdzorg (BJZ), Blijf- van-mijn-lijfhuis, schuldsanering en Consultatiebureau Alcohol en Drugs (CAD). Van de verloskundigen die verwijzen, heeft 40% wel eens het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) ingeschakeld. In 2004 heeft 30% van deze groep het AMK één keer ingeschakeld, 52% vier keer en 18% twee keer.

In de enquête is gevraagd aan verloskundigen om een score van 0 tot 2 toe te kennen aan een lijst van 28 risicofactoren, opgesteld aan de hand van literatuur^[9, 10, 11, 12,13, 14]. Een 0 werd toegekend indien de kans op het ontstaan van een zorgwekkende opvoedingssituatie volgens de verloskundigen niet groter is dan gemiddeld, een 1 indien de kans iets groter dan gemiddeld is en een 2 indien de kans op het ontstaan van een zorgwekkende opvoedingssituatie veel groter is. Dit heeft geleid tot de top tien van totaalscores in figuur 3.

Figuur 3. Top tien van totaalscores op risicofactoren volgens verloskundigen



Figuur 4. Bereidheid tot systematischer vroegsignaleren door verloskundigen



Het meest geschikte moment om vroeg te signaleren is volgens 68% van de verloskundigen, tijdens het kraambed.

Knelpunten in de vroegsignalering

Uit de enquête komt naar voren dat verloskundigen drie knelpunten ervaren.

1. Het hebben van onvoldoende kennis over de risicofactoren om goed te kunnen signaleren. Daarbij komt dat het vaak om vermoedens gaat die moeilijk hard te maken zijn.
2. De communicatie omtrent gesignaleerde risicofactoren met ouders is lastig, omdat men bang is de vertrouwensrelatie te schaden.
3. De samenwerking met andere hulpverleners/hulpverlenende instanties. Men weet vaak niet naar welke hulpverlener het best verwezen kan worden bij bepaalde problematiek. Ook de beperking van onderling overleg tussen de verschillende hulpverleners door verschillende wetten, zoals de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) wordt als knelpunt ervaren. Door deze wetten wordt onder andere de terugkoppeling naar verloskundigen bemoeilijkt.

Bereidheid actiever vroeg te signaleren

97% van de verloskundigen is bereid actiever te letten op signalen. In Figuur 4 wordt weergegeven onder welke voorwaarden verloskundigen hiertoe bereid zijn.

Zij zijn ook bereid om extra tijd aan de totale zorg te besteden. Van de verloskundigen die bereid zijn zich actiever met vroegsignalering bezig te houden, is 96% bereid een training te volgen. Hiervan is 96% bereid een halve dag training te volgen, 84% is bereid tot een hele dag en 21% is bereid tot het volgen van drie dagdelen training.

Statusonderzoek

In totaal zijn 240 statussen geanalyseerd, verstrekt door 24 praktijken, een respons van 48%. Praktijken maakten gebruik van Orfeus, Micronatal, een eigen ontwikkeld automatiseringsprogramma en de papieren rode band kaart.

De statussen zijn geanalyseerd aan de hand van de bovengenoemde risicofactorenlijst. De meeste risicofactoren zijn tijdens de zwangerschap genoteerd.

In 30% van de bestudeerde statussen zijn risicofactoren aanwezig.

Roken is één van de risicofactoren. Uit dit onderzoek bleek dat 11% van de 240 zwangeren rookt. In 42% van deze gevallen, zijn ook andere risicofactoren aanwezig, wat de kans op het ontstaan van een zorgwekkende opvoedingsituatie vergroot.

Indien roken als risicofactor geëxcludeerd werd, was er in 21% van de statussen sprake van de aanwezigheid van risicofactoren. In 31% van deze gevallen was er sprake van de aanwezigheid van meerdere risicofactoren.

Enkele voorbeelden:

zwangere 1: 17 jaar, alleenstaand, geen sociaal netwerk
 zwangere 2: allochtoon, spreekt geen Nederlands, werkloos, man WAO

Van de zwangeren waarbij risicofactoren aanwezig waren (56), ontvingen er 13 hulp. 5 kregen al voor de zwangerschap hulp, 8 waren door de verloskundige verwezen naar de huisarts, AMK en het maatschappelijk werk. Over onderling overleg van verloskundigen, overleg met andere hulpverleners of hulpverlenende instanties, staat in geen enkele status iets genoteerd.

Interviews

De interviews zijn gehouden onder Amsterdamse verloskundigen, omdat in Amsterdam sinds 2003 wordt gewerkt aan de realisering van OKC's. In deze centra worden zo veel mogelijk hulpverleners rondom kinderen (prenataal tot schoolgaande leeftijd) op één locatie gehuisvest. Hierdoor kunnen ouders met al hun vragen over gezondheid, opvoeding en ontwikkeling van het kind op één punt terecht^[15].

De huisvesting onder één dak vergt tijd, maar er is al wel gestart met

de invoering van twee protocollen. Te weten het protocol 'prenatale inzet van zorgcoördinatie' en het protocol 'overdracht verloskunde'. Het eerste protocol houdt kort samengevat in dat verloskundigen indien het vermoeden bestaat dat een thuissituatie 'niet pluis' is, in principe na toestemming van de (aanstaande) ouders, zorgcoördinatie in kunnen schakelen om een thuissituatie beter in kaart te brengen. Een zorgcoördinator legt een huisbezoek af en gaat met de ouders in gesprek om te weten te komen of hulp nodig is. Indien dit het geval is, zorgt zorgcoördinatie voor de verdere afwikkeling hiervan en zorgt voor terugkoppeling naar betrokken hulpverleners. Dit biedt de mogelijkheid om al voor de geboorte van het kind een verandering in de opvoedingssituatie teweeg te brengen. Het protocol 'overdracht' heeft als voordeel dat gegevens van de anamnese, partus en kraambed, wederom na toestemming van de ouders, doorgegeven worden aan het consultatiebureau, waardoor niet iedere keer weer dezelfde informatie vergaard hoeft te worden.

De drie geïnterviewde verloskundigen uit Amsterdam werken allen in ongeveer even grote praktijken. De praktijken bestaan ieder uit vier verloskundigen en het percentage allochtonen loopt uiteen van 40 tot 60%. Een van de praktijken was nog in de voorbereidende fase tot de samenwerking met het OKC, de andere twee werkten reeds met de protocollen 'zorgcoördinatie' en 'overdracht'.

De ervaring van de verloskundigen is dat het bespreekbaar maken van zorgcoördinatie, de vertrouwensband met de ouders niet schaadt. In het gesprek dient dan wel duidelijk te worden gemaakt dat het belang van het kind voorop staat.

Ouders staan dan over het algemeen open voor hulp. Indien een kind in gevaar is, is géén toestemming van de ouders nodig en staat het belang van het kind voorop.

Een voordeel van het werken met zorgcoördinatie is de tijdsbesparing. Als de thuissituatie voor de verloskundige wél duidelijk is, blijft rechtstreeks verwijzen de snelste manier van hulpverleners.

De verloskundige van de praktijk die nog in voorbereiding is tot samenwerking met het OKC, verwacht dat de samenwerking met andere hulpverleners een stuk gemakkelijker zal verlopen. De andere praktijken geven aan dat de samenwerking niet veranderd is. Eén verloskundige die reeds met de protocollen werkt en de verloskundige die nog in voorbereiding is, geven aan behoefte te hebben aan extra scholing over risicofactoren. Zij vinden zichzelf hier nog niet voldoende voor toegerust. De derde verloskundige heeft haar opleiding in Engeland gevolgd en heeft het gevoel voldoende bekwaam te zijn in het signaleren van risicofactoren.

Beperkingen van dit onderzoek

De enquête

Het kan zijn dat alleen verloskundigen die geïnteresseerd zijn in dit onderwerp de enquête hebben geretourneerd. Tevens was de anonimiteit voor dit onderzoek belangrijker dan het vergaren van postcodes om te bekijken of de onderzochte groep een juiste afspiegeling was van de landelijke populatie. Door dit alles kan een vertekening zijn ontstaan in de resultaten ten opzichte van mogelijk landelijke resultaten.

Het statusonderzoek

Er was sprake van analyseproblemen van de statussen. Niet alle

antwoorden stonden genoteerd van vragen waarvan in de enquête aangegeven werd dat deze wel standaard bij intake gesteld werden. Ook is veel informatie verloren gegaan door beknopte notaties. Omdat verloskundigen zelf de statussen hebben toegestuurd kan het zijn dat de statussen geen goede afspiegeling zijn van de populatie zwangeren van die praktijk. Ook geldt hier dat mogelijk vooral die verloskundigen hebben meegewerkt aan dit onderdeel van het onderzoek, die interesse hadden voor het onderwerp.

De interviews

De interviews zijn opgenomen op band en uitgewerkt, maar zijn niet ter becommentariëring verstuurd aan desbetreffende praktijken. Hierdoor kunnen interpretatiefouten zijn ontstaan.

Conclusie en adviezen

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat verloskundigen bereid zijn actiever en systematischer te gaan vroegsignaleren. Zij zien hier het belang van in en zijn bereid een training hiervoor te volgen.

Uit dit onderzoek komen in het bijzonder vier verbeterpunten van vroegsignalering door verloskundigen naar voren.

1. De intakevragen rondom vroegsignalering zijn niet gestandaardiseerd.
2. De kennis van risicofactoren laat te wensen over.
3. Communicatie met ouders over gesignaleerde risicofactoren wordt als moeizaam ervaren.
4. Het verwijsgedrag van verloskundigen loopt uiteen.

Hieruit vloeien de volgende adviezen voort:

- Protocollering van intake zodat iedere verloskundige dezelfde

vragen gaat stellen. Dit heeft als doel dat belangrijke onderwerpen zoals seksueel geweld en huiselijk geweld standaard aan de orde gaan komen. Ook moeten alle antwoorden genoteerd worden zodat dit bij overdracht naar een andere hulpverlener duidelijk is.

- Het is belangrijk dat de kennis over risicofactoren bij verloskundigen vergroot wordt.
- Communicatietraining in het ter sprake brengen van gesignaleerde risicofactoren met de ouders.
- Er dient een verwijskaart of een sociale kaart opgesteld te worden, zodat verloskundigen weten bij welke problematiek zij het beste kunnen verwijzen naar welke hulpverlener/hulpverlenende instantie.
- In de opleiding tot verloskundige dient aandacht aan dit onderwerp besteed te worden.

Het invoeren van een signaleringsinstrument in de verloskunde, zou een goede bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de signalering. Voor het signaleren van kindermishandeling noemt de Invent-groep twee mogelijke instrumenten: de Dunedin Family Services Indicator (DFSI) en de mini-CARE^[3].

Met de DFSI kan al prenataal een inschatting worden gemaakt hoe groot de kans is op kindermishandeling. Een ander mogelijk instrument is de mini-CARE. De mini-CARE wordt op dit moment ontwikkeld en is afgeleid van de CARE-NL, een nederlandse bewerking van de CARE (Child Abuse Risk Evaluation)^[16]. De CARE-NL is een instrument voor risicotaxatie op kindermishandeling. Voor het toepassen van CARE-NL is een gedegen vooropleiding nodig, bijvoorbeeld als psycholoog, en een gedegen training. De CARE-NL is mede daarom ongeschikt voor

toepassing door verloskundigen. De mini-CARE daarentegen wordt juist ontwikkeld voor hulpverleners als verloskundigen.

De invoering van een signaleringsinstrument kost echter veel tijd en geld en daarom zal het nog enige tijd duren voor dit ingevoerd gaat worden.

Eindadvies

Om de vroegsignalering door verloskundigen zo spoedig mogelijk te verbeteren, moet aan verloskundigen een gesubsidieerde trainingsdag worden aangeboden. Daarin moeten de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Vergroten van kennis omtrent risicofactoren
- Communicatietraining voor contact met ouders
- Utdelen en toelichten van verwijsmodel

Door het een gesubsidieerde trainingsdag te laten zijn, zal de verwachte opkomst van verloskundigen groter mag zijn. Hoe meer verloskundigen een dergelijke training gaan volgen, hoe beter de vroegsignalering van risicofactoren is. Daarmee kunnen zoveel mogelijk zorgwekkende opvoedingssituaties voorkomen worden. □

Verwijzingen

- [1] www.jeugdzorg.nl/smartsite.dws
- [2] Kabinet. Plannen van aanpak van de 12 thema's van de Operatie Jong. November 2004. www.operatiejong.nl
- [3] Hermanns J, Öry F, Schrijvers G. Helpen bij opgroeien en opvoeden; eerder, sneller, beter. September 2005 Rapport Invent Groep. www.integratedcare.nl
- [4] Aalbers-van Leeuwen M, van Hees L., Hermanns J. Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen; reden tot optimisme? *Pedagogiek*, 2002, 1: 41-45
- [5] Bakker I. Balansmodel, NIZW; 1997
- [6] Tenhaeff CR, Dijkstra N, Janssen L,

van der Kaaij I, van Laar L, Nelissen S, et al. Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedingssituatie in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken hun eigen dossiers. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg* 2004, 4: 76-80

[7] Wieggers TA, Janssen BM. Monitor verloskundige zorgverlening. Rapportage derde meting, najaar 2003. Nivel 2004

[8] Kenens RJ, Hingsman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2004. Utrecht. Nivel:2004

[9] Blackburn S. Assessment of risk. *Perinatal, family and environmental perspectives. Journal: Physical and occupational Therapy in Pediatrics* 1986, 6 (3-4): 105-120.

[10] Monk C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatric Quarterly* 2001, 72 (4)

[11] Korfker D, van der Pal-Bruins U, Rijnders M. Domestic violence during pregnancy in the Turkish and Moroccan communities.

[12] O'Connor T, Heron J, Goldins J, Beveridge M, Glover V. Maternal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *British journal of psychiatry*, 2002, 180: 502-508

[13] Tremblay R, Nagin S, Séguin J, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* July 2004, 114 (1): 43-50

[14] Gutbrod T, Wolke D, Soehne B, Ohrt B, Riegel K. Effects of gestation and birth weight on the growth and development of very low birthweight small for gestational age infants: a matched group comparison. *Arch. Dis. child Fetal neonatal edition* 2000, 82: 208-214

[15] Ouder & Kind Centra Westerpark. Plan van aanpak OKC Westerpark. Brief 8-12-2003

[16] Ruiters de C. en Jong de E.M. CARE-NL Child Abuse Risk Evaluation-Nederland. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling 2006.