

Verloskundigen dragen bij aan primaire preventie van kindermishandeling door goed ouderschap te ondersteunen

Een kwalitatieve studie

Astrid Merx en Irene Korstjens

Inleiding

Ongeveer drie procent van alle kinderen is slachtoffer van ernstige kindermishandeling en minstens twintig procent krijgt te weinig aandacht of komt regelmatig met geweld in aanraking [Hermanns, 2008]. Kindermishandeling heeft ernstige en langdurige gevolgen en er zijn mogelijkheden voor preventie [Hermanns et al, 2005]. Preventie in de gezondheidszorg bestaat uit drie niveaus. Primaire preventie voorkomt dat iemand ziek wordt, secundaire preventie richt zich op de vroegsignalering van zieke mensen, en tertiaire preventie richt zich op het voorkomen van verdere schade bij mensen die al ziek zijn [Damoiseaux et al, 1998]. Ondanks de preventieparadox, die inhoudt dat de effectiviteit van primaire preventie moeilijk wetenschappelijk is aan te tonen [Rose, 1981], dringen onderzoekers aan om bij kindermishandeling ook aan primaire preventie te denken [Hermanns et al, 2005]. Onder primaire preventie van kindermishandeling verstaan we het voorkómen van kindermishandeling door het ondersteunen van 'goed ouderschap'. Het begrip 'goed ouderschap' beoogt de gevoeligheden rond ouderschap te erkennen [Taylor, 2004]. Tijdens groepsinterviews gaven cliënten aan dat ze van verloskundigen een actieve rol in de voorbereiding op ouderschap verwachten [Seefat-van Teeffelen et al, 2011, 2010]. De KNOV-standaard 'Prenatale verloskundige begeleiding' [KNOV, 2008] bevat de aanbeveling om aanstaande ouders voor te bereiden op ouderschap. Bovendien zien

Astrid Merx, MSc, verloskundige, docent-onderzoeker en Irene Korstjens, PhD, gezondheidswetenschapper, senior docent-onderzoeker. Beiden verbonden aan de Vakgroep Midwifery Science, Academie Verloskunde Maastricht - Zuyd
correspondentie: Astrid Merx: a.merkx@av-m.nl

Dit artikel is gebaseerd op de masterthesis van Astrid Merx "Midwives' views on their role in providing parenting support in order to contribute to the primary prevention of child maltreatment: a qualitative study"

Samenvatting

Inleiding

Kindermishandeling komt vaak voor en heeft verregaande negatieve consequenties. Daarom is het belangrijk dat verloskundigen kunnen bijdragen aan primaire preventie, het voorkomen van kindermishandeling.

Methode

Deze kwalitatieve studie exploreerde met behulp van individuele interviews de ervaringen, gedachten en gevoelens rond primaire preventie van kindermishandeling van elf eerste- en tweedelijns verloskundigen in Limburg en Brabant.

Bevindingen

De verloskundigen zien een taak in het ondersteunen van goed ouderschap ter primaire preventie van kindermishandeling. Ze doen dit als vanzelfsprekend en op een intuïtieve manier, vaak gebaseerd op persoonlijke ervaring. Zij hebben behoefte aan meer kennis en vaardigheden, scholing en beleidsmatige ondersteuning.

Conclusie

De verloskundigen in deze studie willen hun competenties in ouderschapsondersteuning verder ontwikkelen om hun rol in primaire preventie van kindermishandeling professioneler uit te oefenen. Voor scholing lijkt een bestaand ouderschapsmodel geschikt.

andere organisaties taken voor verloskundigen in preventie van kindermishandeling en voorbereiding op ouderschap [UNFPA, 2011; ICM, 2010]. Secundaire preventie van kindermishandeling gebeurt door screening. Het vragen naar risicofactoren en het benoemen van een

verhoogd risico is als screening nog te onnauwkeurig en kan stigmatiserend werken [Taylor et al, 2007; Hermanns, 2008]. Verloskundigen zien secundaire preventie van kindermishandeling als hun taak, maar zij missen hiervoor competenties [Van Dijk, 2005]. Momenteel wordt onderzocht of screening op risicofactoren door verloskundigen ingevoerd kan worden, als mogelijk middel ter preventie van kindermishandeling [Nederlands Jeugd Instituut, 2010; Vink et al, 2009]. Bovendien is voor de Nederlandse verloskunde de meldcode kindermishandeling recent aangescherpt [KNOV, 2011]. Echter, ook in deze meldcode, is er nog nauwelijks aandacht voor primaire preventie. Daarom exploreert deze studie het perspectief van verloskundigen op hun rol in primaire preventie van kindermishandeling door het ondersteunen van goed ouderschap.



© Beata Bosma

Ouderschapsmodel

Het ouderschapsmodel is een verklingsmodel voor problemen van (aanstaande) ouders, ontwikkeld door Alice van der Pas [Van der Pas, 2003, 2005, 2006, 2009]. Dit model is relevant voor het ondersteunen van goed ouderschap, omdat het zich richt op de ouders, uitgaat van fysiologisch ouderschap en is toegepast in de vroege postpartum periode. Van der Pas veronderstelt dat ouders vroeg of laat een besef hebben van verantwoordelijk-zijn. Ouders voeren het ouderschap uit op de 'ouderlijke werkvloer', waar ze veiligheid bieden, verzorgen, zicht houden, eisen en verwachtingen hebben en grenzen stellen. Factoren die het ouderschap beïnvloeden zijn bijvoorbeeld: kenmerken van het kind en de ouders, sociaaleconomische omstandigheden, culturele factoren of incidenten. Dat veel ouders het ouderschap adequaat uitvoeren, komt volgens Van der Pas door de kracht van vier buffers: solidaire gemeenschap; goede taakverdeling (tussen ouders en tussen ouders en professionals); metapositie (zichzelf in gedachten van een afstand kunnen bekijken) en 'goede ouder'-ervaringen. Hoe krachtiger de buffers zijn, hoe beter ouders opgewassen zijn tegen ongunstige omstandigheden. De ingrijpende veranderingen van de transitie naar ouderschap maken

deze buffers van jonge ouders heel kwetsbaar [Hoek, 2010]. Mogelijk kunnen verloskundigen tijdens de prenatale controles de buffers versterken en daardoor een transitie naar goed ouderschap bevorderen.

Methode

Tussen 20 december 2010 en 7 januari 2011 hield de eerste auteur (AM) tien interviews met elf eerste- en tweedelijns verloskundigen uit Limburg en Brabant. Dit waren negen individuele interviews en één interview met twee verloskundigen. De verloskundigen waren doelgericht uitgenodigd omwille van de variatie in ervaringen, perspectieven en eigen ervaringen als ouder. Aan het einde van elk interview vatte de interviewer het gesprek samen om daarmee de verloskundige de gelegenheid te geven de interpretatie te corrigeren of aan te vullen. Tijdens het negende interview werden veel in andere interviews reeds genoemde opmerkingen herhaald. Bij het tiende interview kwam er geen nieuwe gezichtspunten meer naar voren.

Wegens extreme sneeuwval werden vier interviews telefonisch gehouden. Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Een content analyse [Polit en Beck, 2008] van de transcripten werd verricht (AM en IK), ondersteund door onderzoeksmemo's (AM). De interviews werden door één onderzoeker (AM) geanalyseerd, waarbij twee at random gekozen interviews nog door een tweede onderzoeker (IK) onafhankelijk werden geanalyseerd. De stappen in het onderzoek werden besproken om reflectie en betrouwbaarheid te bevorderen. De bevindingen van deze besprekingen zijn vastgelegd in een auditrapport (IK, niet gepubliceerd: op te vragen bij AM). Tijdens de analyse, ondersteund door NVivo, versie 8, werd een codeboom ontwikkeld en werden de transcripten gecodeerd (AM en IK). De bevindingen uit de analyse van de gecodeerde transcripten vielen uiteen in vier thema's. De bevindingen, ondersteund door citaten uit de transcripten, werden schriftelijk ter verificatie voorgelegd aan de verloskundigen. Dit leidde tot een aanpassing van één citaat.

De School Research Ethics Committee van de Glasgow Caledonian University gaf medisch ethische toestemming voor dit onderzoek.

Bevindingen

Onder de zes eerstelijns en vijf tweedelijns verloskundigen van Nederlandse afkomst was één man. Negen verloskundigen waren opgeleid in Zuid-Limburg en twee in België, de leeftijd varieerde van 22 tot 55 jaar en praktijkervaring van een half jaar tot dertig jaar. Van de verloskundigen hadden vier zelf ervaring als ouder, één was zwanger en zes hadden geen kinderen.

Wij presenteren de bevindingen bij de vier thema's met citaten van de verloskundigen, voorzien van gefingeerde namen. De gevonden thema's zijn: primaire preventie van kindermishandeling, kennis en vaardigheden, noodzaak van ouderondersteuning, en omgevingsfactoren.



Primaire preventie van kindermishandeling

Voor de verloskundigen is primaire preventie geen vertrouwde term. Toch zien de meeste verloskundigen primaire preventie van kindermishandeling als een belangrijke taak, omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de baby. Zij voelen deze verantwoordelijkheid bij alle cliënten, ook bij mensen die doorverwezen zijn of die zich aanmelden voor een zogenaamd los kraambed.

Want uiteindelijk ja, zetten wij zo'n klein wezentje op de wereld wat ook weer de dupe kan zijn, (...) van mishandeling en dat wil je, dat wil toch iedereen voorkomen (...) ik vind zeker dat we daar als verloskundigen (...) in kunnen bijdragen, in die taak. (Babette)

Verloskundigen vinden het moeilijk om de begrippen primaire preventie en secundaire preventie te onderscheiden.

Wij zitten natuurlijk zo in die vroegsignalering, dat het nu natuurlijk moeilijk is om nou die overstap naar preventie te maken. (Dagmar)

Zij lijken zich zo onbewust te zijn van hun rol in primaire preventie dat ze pas na verder doorvragen met voorbeelden komen.

Ja, dat doe ik ook altijd (...) eigenlijk automatisch. Ik vertel altijd wat ik voel en laat de mensen ook zelf aan hun buik voelen, (...) dan zeg ik ook van, goh, leg je handen eens bij mijn handen en wieg een beetje op en neer, dan voel je een soort ballon tussen je handen. Ja, ik doe dat inderdaad vrij standaard. (Gina)

Ook al gebruiken de verloskundigen de term primaire

preventie weinig, ze voelen zich wel vertrouwd met de inhoud ervan. Zo wordt de toon van verloskundigen veel enthousiaster als ze praktische voorbeelden van primaire in plaats van secundaire preventie bespreken. Het lijkt vanzelfsprekend om ouders voor te bereiden op ouderschap.

Luister, van dat ouderschap weet ik noch theoretisch, noch praktisch veel, maar je ziet toch in de praktijk hoe mensen kunnen worstelen (...), je hoort toch wat ze meemaken, zowel binnen een relatie als binnen een relatie met hun kind. Het gedoe; dat weet je toch, dat zie je toch, dat hoor je toch, daar kun je het toch over hebben met mensen? (...) Al die onzekere meiden die helemaal wanhopig het laatste strikje om het zoveelste rompertje moeten maken, (...), dan weet je toch al, dat gaat straks een keer mis, daar heb je het dan toch over? (...) dat vind ik dus echt heel vanzelfsprekend en basaal. (Mo)

De geïnterviewde verloskundigen vinden dat ouderondersteuning ook kan plaatsvinden tijdens informatieavonden, via televisie of cursussen, eventueel samen met andere professionals. Volgens hen kan de media ook helpen om cliënten met een laag economische status te bereiken.

Kennis en vaardigheden

Verloskundigen ervaren gebrek aan; kennis en vaardigheden over transitie naar ouderschap, kenmerken van ouderschap en inzicht in risicofactoren voor kindermishandeling. Zij zouden wel de mogelijkheid willen hebben om cliënten voor te bereiden op ouderschap.

Je krijgt daar nauwelijks in de opleiding iets over mee (...) dus sec professioneel moet je zeggen, nee, eigenlijk ben ik daar totaal niet toe uitgerust. (Fiona)

Een verloskundige had er niet aan gedacht om een zwangere vrouw die bij 24 weken nog geen contact voelde met haar kind, te ondersteunen in het actief contact maken met haar nog ongebooren kind. De verloskundige dacht eerder aan het vroeg signaleren van risico op postnatale depressie (secundaire preventie) dan aan helpen voorbereiden voor de transitie naar ouderschap (primaire preventie).

Die vrouw die voelde zich, ja die leek ook gewoon een beetje depressief ook geworden tijdens de zwangerschap, die vond er helemaal niks aan. Dus we zijn er eigenlijk bij elke zwangerschapscontrole op terug gekomen (...) en we hebben ook in de lijst gezet, cave post partum depressie (...). Dus we hebben dat (...) in die zin wel serieus genomen en daar telkens op terug blijven komen, maar ik heb haar op dat moment dus niet in die zin handvatten gegeven van, goh, ga naar een haptanoom of ga contact

leggen met je kindje heel bewust. (...) En dat zou dus misschien voor haar wel een goede mogelijkheid nog zijn geweest. (...) Daar heb ik op dat moment niet aan gedacht. (Gina)

Sprekend over ouderschap, geven meerdere verloskundigen aan dat ze graag handvatten zouden hebben voor ouderondersteuning. Bij gebrek aan kennis, gaan verloskundigen de ouderondersteuning uitvoeren op intuïtie en persoonlijke ervaring. Maar zij onderkennen de risico's van een ouderondersteuning die gebaseerd is op voornamelijk persoonlijke ervaringen en vinden reflectie daarom belangrijk.

En ook al heb je zelf wel ervaring als ouder, dan nog is dat weer heel persoonlijk, dus daar van buitenaf naar kijken is altijd beter denk ik. (...) Het is heel moeilijk om naar je eigen handelingen te kijken, daar heb je anderen voor nodig. (Dagmar)

De verloskundigen verschillen in het gemak waarmee ze ouderondersteuning bieden. Dit zou te maken kunnen hebben met verschillen in visie, levenservaring en werkervaring. Vooral de oudere verloskundigen zien het belang van ouderondersteuning en voelen zich daar enigszins competent in.

Dus wat je moet doen is mensen versterken in die dingen die ze toch al goed doen en proberen bij te sturen waar je denkt van, woh, dat zou ik anders doen. (Mo)

Maar een stukje voorlichting geven helemaal over ouderschap, uitgebreid, dat is iets waar je (...) meer ervaring mee moet hebben. (Babette)

Enkele verloskundigen hebben behoefte aan meer kennis en vaardigheden om het risico op en de angst voor confrontaties te verkleinen. De verloskundigen denken dat scholing in ouderondersteuning hen kan helpen.

Ik had laatst iemand met 30 weken "ik heb in mijn buik geslagen, omdat ik boos was (...) ik ben bang dat ik mijn kindje iets aan ga doen". Het grootste hulpsignaal. Groter kun je niet hebben. En dan worden ze nog boos op het moment dat jij dus een melding maakt. En dan ben jij degene die het fout heeft gedaan (...) En dat is gewoon heel lastig ook. (Charlotte)

Noodzaak voor ouderondersteuning

Alle verloskundigen onderkennen dat ondersteuning bij de transitie naar ouderschap noodzakelijk is. Dit helpt, bijvoorbeeld om aanstaande ouders bewuster te laten worden van wat de zorg voor een kind inhoudt en hun laat begrijpen dat onzekerheid normaal is. Enkele

verloskundigen droegen aan dat zij deze ondersteuning standaard zouden willen geven vanaf het begin van de zwangerschap, of zelfs eerder, om mogelijke problemen na de geboorte te kunnen voorkómen.

De verloskundigen noemen spontaan elementen uit de vier buffers in het ouderschapsmodel. Ze halen deze elementen uit hun persoonlijke ervaringen in de contacten met cliënten of uit hun eigen leven. Samen komen de verloskundigen tot een volledig model, maar ieder voor zich heeft slechts zicht op een beperkt deel van het model. Dit wijst op persoonlijke en intuïtieve – maar impliciete en gefragmenteerde – kennis.



© Beata Bosma

Solidaire gemeenschap: dat ze een goed netwerk om zich heen hebben, (...) dat mensen te allen tijden overal terecht kunnen. (Charlotte)

Onderlinge taakverdeling tussen ouders: dat ik aan haar vraag goh, zou het kunnen helpen als je partner daar even in meedenkt. (Fiona)

Het innemen van metapositie (= zichzelf als ouder van een afstand bekijken): *dat ze gewoon niet in staat zijn (...) om het echt goed helder te zien. (Charlotte)*

Eigen goede ouderervaringen: *dan in een keer slaat ze de armpjes om me heen en zegt "ik hou van je mama", ja (...) dan smelt je. (Gina)*

Bijna alle verloskundigen vinden dat aanstaande ouders tegenwoordig minder goed voorbereid zijn op het aanstaande ouderschap. Deze verloskundigen merken dat dit een dringender beroep doet op hun kennis en vaardigheden dan zo'n tien jaar geleden om hun cliënten voor te bereiden op ouderschap.

Ik denk de moeders die nu zwanger zijn, zijn heel erg beschermd kinderen (...) die nooit ergens heel erg hun best voor hebben hoeven doen, die heel erg beschermd en verwend zijn opgegroeid. (...) Het ouderschap, daar zijn geen fietsvlaggetjes en beschermhelmpjes voor, dan moet je ineens wel iets doen en dan schrikken ze zich kapot. (Kathy)

Veranderingen in de samenleving maken het grootbrengen van kinderen moeilijker. Zo hebben verloskundigen de indruk dat door het kleiner worden van gezinnen de kans om reële voorbeelden te zien kleiner wordt. Bovendien is de psychosociale problematiek toegenomen in de afgelopen jaren, zelfs bij mensen waar de verloskundige het niet van verwacht.

Gewoon hooggeschoolde mensen, maar bijvoorbeeld toch met psychische problematiek. (...) Heel veel mensen met antidepressiva valt me op. Dat zijn ook mensen, waarbij ik denk, oeh, hoe gaat dat dadelijk als zo'n kindje er is en toch minder nachtrust. (Gina)

Omgevingsinvloeden

Verloskundigen ervaren barrières voor ouderondersteuning, zoals gebrek aan geld en tijd en de complexe interdisciplinaire communicatie. Zo vraagt een verloskundige zich af hoe zij een vrouw kan ondersteunen in de tijd tussen verwijzing en diagnose. Maar er zijn ook goede ervaringen met interdisciplinaire samenwerking.

Als je elkaar wat persoonlijker kent in die zin dat je gewoon veel met elkaar werkt, dat dan ook de band heel anders wordt. Dat het dan ook makkelijker maakt om even de telefoon te pakken en even te bellen. (...) en doordat ze zien dat het werkt en wij ook, dat het steeds meer gebeurt. (Dagmar)

Zowel eerste- als tweedelijns verloskundigen hebben zorgen over de psychosociale zorg voor vrouwen die alleen bij de gynaecoloog onder controle zijn. Tweedelijns verloskundigen zien ouderondersteuning als hun taak en betreuren het dat ze daar nauwelijks de kans voor hebben.

Ik denk dat er meer aandacht voor de mens achter de zwangere is, als de verloskundige prenatale controles doet. (...) Ja, dat hoor je ook geregeld wel van zwangeren die in de eerste lijn zijn geweest en daarna naar de tweede lijn komen, die dan toch zeggen van in de eerste lijn was het toch meer en anders tijd voor mij dan hier. (...) Ja, dat (we niet in de prenatale zorg werken) vind ik al jaren en jaren heel erg jammer. (...) dus we zoeken naar mogelijkheden waardoor wij toch betrokken worden in die prenatale zorg. (Lore)

Een verandering in het verloskundig systeem zou perspectief kunnen bieden.

Ja, ik denk dat een idealere samenwerking zou zijn als je vijftig mensen hebt, dat je die ook gewoon van a tot z begeleidt en dat je dus bij de bevalling bent, ook al is het dus tweede lijn. Dat er in principe geen klinische verloskundigen meer bestaan, maar dat iedere verloskundige van buiten dus in principe ook klinisch verloskundige is.

(...) dat je de mensen emotioneel niet loslaat. (...) dus als je het helemaal anders opzet, dan zou je denk ik de emotionele begeleiding kunnen waarborgen, want een tweedelijns verloskundige heeft daarna natuurlijk ook geen contacten met het kraambed. Na de bevalling houdt het op. En juist het kraambed vind ik zo'n mooie overgang naar het ouderschap. (Kathy)

Verloskundigen zien kansen in adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009) rond preconceptiezorg en huisbezoek, omdat zij dan eerder kunnen beginnen met ouderondersteuning, en meer inzicht krijgen in de thuissituatie.

Discussie

De eerste- en tweedelijns verloskundigen in deze explorerende studie zien primaire preventie van kindermishandeling door ouderondersteuning als hun taak, omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor jonge ouders en hun kinderen. De verloskundigen bieden als vanzelfsprekend ouderondersteuning, wat goed lijkt aan te sluiten bij hun positieve en intieme relatie met cliënten.



Echter de verloskundigen geven daarbij aan dat ze voor het bieden van adequate steun meer behoefte hebben aan kennis over: ouderschap, de transitie naar ouderschap, risicofactoren voor kindermishandeling en aan vaardigheden om emoties en gevoeligheden van henzelf en hun cliënten te hanteren. Zij noemen spontaan elementen uit een bestaand ouderschapsmodel [Van der Pas, 2003], maar lijken zich te baseren op impliciete en gefragmenteerde kennis [Haigh, 2007] en op intuïtie en persoonlijke ervaringen. Dit brengt het risico met zich mee dat belangrijke aspecten die niet zelf ervaren zijn onderbelicht blijven [Baranowski et al, 2002]. Volgens de verloskundigen worstelen aanstaande en jonge ouders door maatschappelijke veranderingen steeds meer met hun rol. Dit wordt bevestigd door cijfers van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI), waaruit blijkt dat 15% van de ouders met opvoedproblemen kampt (Ince, 2012). Daarom voelen verloskundigen dat ouderondersteuning

noodzakelijker wordt, maar zij ervaren tekort in geld, tijd en in de complexe samenwerking met andere disciplines. De huidige ontwikkelingen in het verloskundig systeem bieden hier kansen. Zo werd bijvoorbeeld caseload verloskunde [Fontein, 2007], in verband gebracht met preventie van kindermishandeling bij kwetsbare gezinnen [Ayerle et al, 2011]. De verloskundige zou in zijn regio de regie op zich kunnen nemen in de samenwerking met andere disciplines rond preventie van kindermishandeling. Doordat de verloskundige zorg nog niet doelgericht en systematisch ouderondersteuning biedt, is er een grote verscheidenheid in de zorg die zwangeren momenteel krijgen. Het Nederlands Jeugd Instituut [NJI, 2011], het Kinderrechtencollectief [Dekker, 2011] en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Veiligheid en Justitie [VWS, 2011] benadrukten zeer recent de noodzaak om doelgerichte stappen te nemen in de preventie van kindermishandeling. Daarom is het belangrijk om verloskundigen te voorzien van voldoende kennis en vaardigheden voor ouderondersteuning. Verloskundigen lijken hun rol in primaire preventie van kindermishandeling op dit moment impliciet in te vullen. Het gebruik van het ouderschapsmodel [Van der Pas, 2003]

lijkt veelbelovend om deze rol te expliciteren. Daarom zou onderzocht moeten worden in hoeverre dit model daadwerkelijk aansluit bij de behoeften van verloskundigen en hun cliënten. Bij het zoeken naar de optimale ouderondersteuning door verloskundigen, moet men rekening houden met de mogelijk complicerende factor dat in de huidige decentrale aanpak van prenatale voorlichting en ouderondersteuning de regie bij de gemeenten ligt.

Dit was het eerste explorerende onderzoek naar het perspectief van Nederlandse eerste- en tweedelijns verloskundigen op hun rol in het ondersteunen van goed ouderschap ter primaire preventie van kindermishandeling. De interviews gaven diepte-inzicht in de ervaringen, gedachten en gevoelens van verloskundigen. De bevindingen kunnen handvatten bieden voor kwantitatief vervolgonderzoek naar de rol van verloskundigen in primaire preventie van kindermishandeling. Een beperking van dit onderzoek was dat de interviewer de verloskundigen persoonlijk kende. Dit kan hebben geleid tot sociaal wenselijke antwoorden, hoewel het ook een sfeer van vertrouwen kan hebben bevorderd. De interviewer beperkte het risico op sociaal wenselijke



Verloskundigen Praktijk
de Eedenburgh

Hilversum

Wij zijn op zoek naar een leuke waarneemster voor de zomerperiode vanaf 23 juli tot eind september.

Kun je iets voor ons betekenen?

We bestaan uit een driemanspraktijk, waarin je ongeveer 3-4 dgn per week kan werken. Een slaapplek is eventueel beschikbaar. Heb je er zin in? Mail of bel ons graag: Verloskundigen Praktijk de Eedenburgh

Frederik van Eedenlaan 13E

1215 EK Hilversum

Tel. 06-53448288

Email: info@eedenburghverloskundigen.nl

Website: www.eedenburghverloskundigen.nl



Verloskundige praktijk
Beverwijk

Wij zijn op zoek naar een enthousiaste collega!

Verloskundige praktijk Beverwijk is een moderne KNOV geaccrediteerde praktijk die verloskundige zorg verleent in Beverwijk, Wijk aan Zee en Velsen-Noord.

Wij zoeken i.v.m. het vertrek van een van ons:

- Een nieuwe collega per juli 2012, eerder mogelijk
- De werkvorm is bespreekbaar
- Hart voor de eerste lijn
- Enthousiast voor praktijkinnovatie
- BIG geregistreerd en ingeschreven in het Kwaliteitsregister

Onze praktijk:

- Ongeveer 450 zorgeenheden per jaar
- Spreekuur met praktijkassistente
- Participeert in eerstelijns Netwerk met andere praktijken
- Goede samenwerking met buurtpraktijken
- Volledig geautomatiseerd met Onatal

Geïnteresseerd?

Laat het ons weten door een sollicitatiebrief met CV te sturen naar; verloskundigepraktijkbeverwijk@hetnet.nl

Verloskundige praktijk Beverwijk

Marian de Bie, Abygael Dijks, Kees van Lente,

Francine Lodewijks

Schouwenaarsstraat 2c

1945 SW Beverwijk

Tel: 0251 249290

www.verloskundigepraktijkbeverwijk.nl



antwoorden door steeds te benadrukken dat alle informatie waardevol was en dat verloskundigen vrij waren om niet te antwoorden. Een interview werd met twee verloskundigen tegelijk gehouden en het is mogelijk dat zij elkaar beïnvloedden. Vier interviews werden telefonisch gehouden, waardoor non-verbale informatie verloren ging, maar dit werd deels opgevangen doordat de interviewer de verloskundigen kende. Door een dubbele membercheck beperkte de onderzoeker misinterpretaties zoveel mogelijk: de interviewer vatte ieder interview aan het eind samen ter verificatie en stuurde na



de analyse de bevindingen ook ter verificatie aan de ondervraagde verloskundigen.

Deze studie draagt bij aan meer expliciete aandacht van verloskundigen voor primaire preventie van kindermishandeling. Aandacht is nodig voor onderzoek en scholing van verloskundigen in ouderondersteuning, de bruikbaarheid van het ouderschapsmodel [Van der Pas, 2003] en de plaats van ouderondersteuning in het verloskundig systeem.

Conclusie

De geïnterviewde verloskundigen willen hun competenties verder ontwikkelen in het ondersteunen van goed ouderschap en zien dat ze zo een professionele bijdrage kunnen leveren aan de primaire preventie van kindermishandeling. Om verloskundigen hierbij te ondersteunen zou het goed zijn om verdere scholing te ontwikkelen; bij voorkeur gebaseerd op een bestaand ouderschapsmodel.

Dank

Onze dank gaat uit naar de verloskundigen die hun ervaringen, gedachten en gevoelens met ons deelden, de Glasgow Caledonian University, de Academie Verloskunde Maastricht-Zuyd voor financiële ondersteuning en anderen voor hun steun bij de totstandkoming van dit onderzoek en dit artikel.

Referenties

Ayerle, G. M., Makowsky, K., Schucking, B. A. (2011). Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: Continuous care by qualified family midwives. *Midwifery*.
 Baranowski, T., Perry, C.L., & Parcel, G.S. (2002). How individuals, environments and health behavior interact. In K Glanz, BK Rimer & FM Lewis (Eds.), *Health behavior and health*

education, theory, research and practice (3 ed., pp. 583). San Francisco: John Wiley & Sons.
 Damoiseaux, V., Molen, H.T. van der & Kok, G.J. (1998). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
 Dekker, M. (2011). *De aanpak van kindermishandeling in Nederland: knelpunten en aanbevelingen*. Leiden: Kinderrechtencollectief.
 Dijk, W van (2005). Hoe kan vroegsignalering door eerstelijns verloskundigen het beste verbeterd worden? Masterthesis Universiteit Amsterdam.
 Fontein, Y. (2007). Making the transition from 'being delivered' to 'giving birth', A literature review and reflection on the potential for introducing the UK model of 'caseload midwifery' to the Netherlands. *Midirs Midwifery Digest* 17(1), 35-40.
 Haigh, Jacquelyn (2007). Expansive learning in the university setting: The case for simulated clinical experience. *Nurse Education in Practice*, 7(2), 95-102.
 Hermans, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter; een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen. Urecht, Invent groep.
 Hermans, J. (2008). *Het bestrijden van kindermishandeling, een aanpak die werkt* (1 ed.). Utrecht: NJI.
 Hoek, M (2010). Ouderschapsgroei van beginnende ouders, van besef van verantwoordelijk-zijn tot 'goede ouder'-ervaring. *Ouderschap & Ouderbegeleiding*, 13(1), 17-38.
 ICM (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*: ICM. verkrijgbaar via <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/ICMGlobalStandardsCompetenciesandTools/GlobalStandardsEnglish/tabid/980/Default.aspx> laatst geraadpleegd op 28 november 2011.
 Ince, D. (2012). *Opvoedingsproblemen*. verkrijgbaar via <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=115476&recordnr=1000017&onderwerp=Opvoedingsproblemen&toon=overzicht> laatst geraadpleegd op 6 februari 2012.
 KNOV (2005). *Beroepsprofiel verloskundigen*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.
 KNOV (2008). *KNOV-standaard (wetenschappelijke onderbouwing) Prenatale verloskundige begeleiding, aanbevelingen voor ondersteuning, interactie en voorlichting* (1 ed., pp. 255). Utrecht: KNOV.
 KNOV (2011). *KNOV Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld*. KNOV : verkrijgbaar via <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/richtlijnen-gedragscodes-en-werkafspraken/knov-meldcode-kindermishandeling> laatst geraadpleegd op 28 november 2011.
 VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en het Ministerie van Veiligheid en Justitie (2011). *Kinderen veilig, actieplan aanpak kindermishandeling 2012-2016*. Den Haag: 2011
 NJI (Nederlands Jeugd Instituut) (2010). *Goed voorbeeld doet goed volgen, vroegsignalering door verloskundigen en kraamverzorgenden*. Nieuwsbrief NJI jaargang 2, nr 2, juni 2010
 NJI (Nederlands Jeugd Instituut) (2011). *Vóór Veilig en Veilig verder, blijvende aandacht voor een zeer ernstige en hardnekkige problematiek. Advies aan de Kinderombudsman over de aanpak van kindermishandeling in Nederland*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
 Pas, A. van der (2003). *A serious case of neglect: the parental experience of childrearing, outline for a psychological theory of parenting*. Delft: Chicago.
 Pas, A. van der (2005). *Handboek methodische ouderbegeleiding, eert uw vaders en uw moeders, opvoedproblemen nader verklaard*. Amsterdam: SWP.
 Pas, A. van der (2006). *Handboek methodische ouderbegeleiding, ouderbegeleiding als methodiek*. Amsterdam: SWP.
 Pas, A. van der (2009). *Handboek methodische ouderbegeleiding, naar een psychologie van ouderschap, besef van verantwoordelijk-zijn*. Amsterdam: SWP.
 Polit, D. & Beck, C. (Eds.). (2008). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ*. 282: 1847-51
 Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery* 27:e122-127.
 Seefat-van Teeffelen A., Nieuwenhuijze M. & Korstjens I. (2010). Proactieve psychosociale begeleiding: een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Verloskundigen*. 35: 20-24.
 Stuurgroep (2009). *Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte.
 Taylor, J., Baldwin, N. & Spencer, N. (2007). Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1193-1200.
 Taylor, J.S. (2004). *Salutogenesis as a framework for child protection: literature review*. *J Adv Nurs*, 45(6), 633-643.
 UNFPA (2011). *The state of the world's Midwifery 2011: Delivering health, saving lives*. New York: UNFPA.
 Vink, R., Rijnders, M., Dommelen, P. van & Broerse, A. (2009). *Vroeg signaleren van ongunstige opgroeiomstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven. ■