

“Vroeg of laat:
ieder kind is bij vroegsignalering gebaat”

Geschreven door:

Iris Paap

Rachael Regts

Ilke Reijnen

Marijse Quartel

Begeleiding:

Mw. M. Prins

Mw. A. de Jonge

Inhoudsopgave

	Blz.
Samenvatting	3
Inleiding	4
Methode	6
Resultaten	10
Discussie	14
Conclusie	16
Literatuur	17
Bijlage 1 Protocol focusgroep	19
Bijlage 2 Topic list	21
Bijlage 3 Informed consent brief	22

Samenvatting

Doel

Onderzoek naar de ervaringen van 4^e jaars studenten Verloskunde over de rol van de 1^e lijns verloskundige bij vroegsignalering. Het gaat hierbij om het signaleren van risicofactoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van het kind en die al in de kraamperiode ontdekt kunnen worden. Het doel is om te weten te komen wat de studenten afweten van het onderwerp vroegsignalering en hoe ze verloskundige hiermee hebben zien omgaan tijdens stages.

Vraagstelling

Wat zijn de ervaringen van 4^e jaars studenten verloskunde met het signaleren van risicofactoren in de kraamperiode die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van het kind?

Methode

Kwalitatief onderzoek door middel van focusgroepen. Er zijn 4 focusgroepen gehouden onder 4^e jaars studenten van de VAA. De gesprekken zijn uitgetypt en gecodeerd en uit de meest voorkomende thema's zijn de resultaten en de conclusie voortgekomen.

Resultaten

De meest besproken thema's die tijdens de focusgroepen naar voren kwamen waren dat het niet-pluisgevoel moeilijk te beschrijven is en dat het lastig is om te bepalen wanneer daadwerkelijk is sprake is van risicofactoren. Ook bestaat er veel onduidelijkheid over het beroepsgeheim van een verloskundige en over de hulpinstanties die je kunt inschakelen wanneer er sprake is van vroegsignalering. De studenten vinden allemaal dat vroegsignalering tot hun takenpakket behoort maar ze weten niet wat ze met deze verantwoordelijkheid moeten doen wanneer ze ermee te maken krijgen.

Conclusie

Doordat er veel onduidelijkheid is over wat je als verloskundige moet doen met vroegsignalering, reikt de verloskundige zorg vaak niet verder dan extra overleg met collega's, het verlengen van een kraambed of het regelen van een klinisch kraambed.

Ondanks het vroegtijdig signaleren van risicofactoren door de verloskundige, komt vaak geen structurele zorg tot stand voor het kind.

Inleiding

Nederland is een welvarend land. Er staat dan ook niets in de weg om kinderen vanaf het moment dat ze geboren worden met veel liefde en aandacht op te voeden. De ouders zijn betrokken bij het kind en bieden een veilige omgeving van waaruit het kind kan opgroeien en de wereld kan ontdekken.

Soms doen zich problemen voor bij de opvoeding van kinderen. Dan geven ouders hun kinderen te weinig aandacht of geven te weinig emotionele betrokkenheid en structuur. [4] Ook wanneer sprake is van relatieproblemen en slechte woonomstandigheden kan de situatie ontstaan waarin het kind niet de opvoeding krijgt die het nodig heeft. Hierdoor kan het kind psychische problemen krijgen of moeilijk gedrag vertonen wat kan voortduren tot het kind volwassen is geworden.

Van veel problemen waar volwassen mensen mee te maken hebben, ligt de oorsprong in de kindertijd. [5]

“Voorkomen is beter dan genezen”. Deze uitspraak heeft alles te maken met vroegsignalering.

Met vroegsignalering wordt in deze context gebruikt in relatie met zorg voor de jeugd”.

Onder vroegsignalering wordt bedoeld het signaleren van risicofactoren die kunnen leiden tot zorgwekkende opvoedingssituaties voor het kind. [4] Factoren die kunnen duiden op een zorgwekkende opvoedingssituatie worden risicofactoren genoemd. Wanneer deze factoren tijdig worden opgemerkt, kan het ontstaan van ernstige problemen worden voorkomen. Er kan vroegtijdig met interventies worden gestart. Hoe eerder hiermee begonnen wordt, hoe kleiner de kans op het ontstaan van psychische problemen en gedragsmoeilijkheden. Dit voorkomt dat kinderen te maken krijgen met ernstige problemen en het blijkt kosteneffectief te zijn [4]

Per jaar worden in Nederland 80.000 kinderen mishandeld. Elke week sterft er 1 kind aan de gevolgen van mishandeling door de ouders. Dit betreft alle vormen van kindermishandeling [5] Dit is de reden waarom jeugdzorg en vroegsignalering belangrijke agendapunten zijn in de Nederlandse politiek. Sinds 1 januari 2005 is de nieuwe Wet op Jeugdzorg in werking getreden die als belangrijkste doel heeft om de samenwerking tussen de verschillende jeugdhulpverleninginstanties te verbeteren en vroegsignalering mogelijk te maken [4].

Om deze wet zo goed mogelijk ten uitvoer te brengen is eind 2004 “Operatie Jong” gestart.

Dit gaat uit van 5 ministeries en 12 verschillende thema’s. Een van deze thema’s is vroegsignalering.

Op deze manier wil de regering ervoor zorgen dat er zo min mogelijk kinderen te maken krijgen met problemen als gevolg van zorgwekkende opvoedsituaties [3]

Eerstelijns verloskundigen in Nederland zijn in de unieke positie om in een vroeg stadium te kunnen “vroegsignaleren”. De verloskundige heeft als een van de eerste hulpverleners contact met de aanstaande ouders in de zwangerschap. Tijdens de bevalling en in de kraamtijd komt de verloskundige thuis op bezoek bij de ouders en het kind. Hierdoor heeft de verloskundige veel inzicht in de gezinssituatie en kan ze zorgwekkende opvoedsituaties signaleren.

TNO heeft onderzoek gedaan naar het vroegsignaleren door kraamverzorgenden in de kraamperiode. Er is onderzocht hoe kraamverzorgenden kunnen omgaan met het vroegsignaleren van risicofactoren en hoe dit in de toekomst kan bijdragen aan de jeugd(gezondheid)zorg [3]. Wietske van Dijk heeft in 2005 onderzoek gedaan naar de ideeën van eerstelijns verloskundigen over vroegsignalering, de kennis die de verloskundigen hierover hebben en hoe de verloskundigen in hun werk “het vroegsignaleren” kunnen opnemen. [1] In deze scriptie is gekozen voor een onderzoek onder 4^e jaars studenten van de Verloskunde Academie in Amsterdam. De studenten hebben veel stage-ervaring en daardoor een goed beeld van hoe eerstelijns verloskundigen in de praktijk omgaan met vroegsignalering. Omdat de studenten “de verloskundigen van de toekomst” zijn, is in dit onderzoek gekeken naar de ervaringen van studenten met vroegsignalering en of de studenten zich bekwaam voelen om (na het afstuderen) vroegsignalering op te nemen in hun dagelijks werk.

In Nederland is onder studenten nog nooit soortgelijk onderzoek gedaan. Daarom is het belangrijk dat dit onderzoek nu gehouden wordt, gezien het feit dat het hier om de groep gaat die de beroepsbeoefenaars van de toekomst zijn.

Het doel van dit onderzoek is om meer te weten te komen over de beleving en betekenisverlening van studenten Verloskunde met betrekking tot het onderwerp vroegsignalering. Het is belangrijk om te weten welke kennis de studenten hebben over het onderwerp en wat ze vinden van de manier waarop verloskundigen met vroegsignalering omgaan in de praktijk. [1]

Dit alles heeft geleid tot de volgende vraagstelling:

“Wat zijn de ervaringen van 4^e jaars studenten Verloskunde met het signaleren van risicofactoren in de kraamperiode die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van het kind?”

Methoden

Om de hoofdvraag van deze scriptie te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek opgezet. Er is nog niet veel bekend over dit onderwerp en daarom heeft het onderzoek een exploratief karakter. Focusgroepen zijn geschikt om het onderwerp vroegsignalering verder te verkennen omdat de deelnemers in een gesprek de ruimte hebben om hun ervaring en mening te vertellen. De onderzoeksgegevens werden verzameld door het houden van vier focusgroepen. Iedere focusgroep bestond uit 4-6 personen. [2] Er is gekozen voor deze groeps grootte omdat er dan genoeg tijd en ruimte is voor iedere deelnemer om zijn /haar ervaringen te vertellen maar ook om te reageren op de verhalen van de andere deelnemers.

De onderzoekspopulatie

Het onderzoek is gedaan onder 4^e jaars studenten Verloskunde van de Verloskunde Academie Amsterdam (VAA). De studenten verkeren in een unieke positie wat betreft ervaring met het onderwerp vroegsignalering. Door veel stage-ervaring op verschillende plekken hebben de studenten kunnen zien hoe de verloskundigen in de praktijk omgaan met vroegsignalering. De studenten zijn over een half jaar klaar met hun opleiding en vormen zich nu een beeld over hoe ze zelf in de toekomst willen omgaan met vroegsignalering.

Ze weten nu welke kennis ze al hebben over het onderwerp en welke kennis nog ontbreekt om op een adequate wijze met vroegsignalering aan het werk te gaan. Hierdoor zijn de studenten geschikte deelnemers voor dit exploratieve onderzoek.

Om deelnemers te werven, is een brief gestuurd aan alle 4^e-jaars studenten van de VAA met uitleg over het onderzoek en met de vraag of ze willen deelnemen aan een focusgroep. Via een speciaal aangemaakt emailadres hebben de deelnemers zichzelf opgegeven.

De deelnemers zijn in een focusgroep geplaatst die afhankelijk was van de gekozen datum en het gekozen tijdstip. Dit is mede de reden dat er geen gelijke verdeling van 6 deelnemers over de groepen is. Na de groepsindeling is bepaald welke gespreksleider aan de groep zou worden toegevoegd, zodat ze niet bij een 'bekende' groepsleider in het groepje zouden komen.

Uiteindelijk hebben in totaal 22 deelnemers opgegeven. Door ziekte hebben 2 deelnemers uiteindelijk niet deelgenomen aan de focusgroep.

Informed consent

Voorafgaand aan de focusgroep is aan iedere deelnemer gevraagd om een vragenlijst met vragen over leeftijd, opleiding en stageplekken in te vullen zodat er een algemeen beeld kan worden verkregen van

de deelnemers, en of iedereen enigszins een gelijke stage ervaring en achtergrond heeft. Er is uitleg gegeven over het onderzoek en toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen op een geluidsband. De gesprekken werden anoniem verwerkt en de geluidsbanden zullen na het afronden van de scriptie worden gewist. [2]

Protocol

De focusgroep werd begeleidt door een gespreksleider. Een assistent-gespreksleider was aanwezig ter praktische ondersteuning, om mee te schrijven met het gesprek en om de grote lijnen van het gesprek te volgen. Zonodig kon de assistent de gespreksleider helpen in het leiden van de focusgroep. Voorafgaand aan de focusgroepen is met behulp van literatuur een “protocol” opgesteld. [2] (Dit protocol bevat een aantal vragen met betrekking tot het onderwerp vroegsignalering. Het is bedoeld om richting te geven aan het gesprek en om meer inzicht te krijgen in het onderwerp en wat de studenten ervan weten. Er was binnen de focusgroep ook ruimte voor de deelnemers om zelf aan te geven welke ervaringen besproken moesten worden en wat de studenten belangrijk vonden rondom het onderwerp vroegsignalering. (zie protocol in de bijlage)

Tevens is er een casus beschreven vanuit de 1^e lijns verloskundigenpraktijk die ging over het onderwerp vroegsignalering. De casus kon eveneens gebruikt worden om richting te geven aan het gesprek wanneer uit de ervaringen van de studenten alleen niet duidelijk blijkt wat hun mening en idee is over het onderwerp.

Overdracht

Na iedere focusgroep vond een korte overdracht plaats van het verloop van de focusgroep voor de volgende gespreksleider. Hierin werd besproken welke onderwerpen voldoende aanbod zijn gekomen en op welk onderwerp dieper moest worden ingegaan tijdens een volgende focusgroep. Het protocol bleef hetzelfde maar deze overdrachtsinformatie gaf de nieuwe gespreksleider inzicht in welke richting het gesprek gestuurd zou kunnen worden om nieuwe ervaringen van de studenten te horen.

Data-analyse

De gesprekken van de focusgroepen werden opgenomen op een geluidsband en letterlijk uitgetypt.

Met behulp van de literatuur [2] is een methode opgesteld om de onderzoeksresultaten te verkrijgen uit de gesprekken van de focusgroepen.

Er is een topiclijst opgesteld aan de hand van de literatuur en het gespreksprotocol, en bijgesteld na elke focusgroep.

Deze topiclijst bevat topics die de inhoud van een gespreksfragment globaal kunnen weergeven. De volgende topics zijn gebruikt: niet-pluisgevoel, verantwoordelijkheid en opleiding. Door de

gespreksverslagen te lezen, wordt gekeken wat veelvoorkomende thema's zijn. De thema's krijgen allemaal een topic (zie topiclijst in bijlage).

Het verslag van ieder gesprek werd opgedeeld in fragmenten. Aan elk fragment werd een topic gegeven die het best de inhoud van het fragment weergaf. Er werd steeds bepaald of een fragment informatie opleverde die van belang was voor het onderzoek. Per topic werd een samenvatting gemaakt van alle verkregen informatie over die topic uit het verslag. [2]

Ieder uitgetypt verslag werd 2 keer helemaal van topics voorzien door 2 verschillende onderzoekers. De 1^e onderzoeker was de gespreksleider en de 2^e onderzoeker was een persoon die niet bij het gesprek aanwezig was. De gespreksleider weet nog "hoe dingen zijn gezegd" en hoe de interactie in de groep was en interpreteert de tekst van het verslag anders dan de onderzoeker die niet bij het gesprek aanwezig was. Deze laatste onderzoeker leest het verslag meer objectief terwijl de gespreksleider beter de interpretaties van hetgeen er gezegd was, kan weergeven in de topics. Wanneer er tussen beide een verschil in topics ontstond, werd hierover overlegd en werd in de samenvatting de topic gebruikt die beide onderzoekers na overleg het best van toepassing vonden. Er werd ook gekeken of er iets was opgeschreven door de assistent gespreksleider wat duidelijkheid kan verschaffen. Overleg over de inhoud van de topics leidde tot een steeds duidelijkere afbakening van de inhoud van de topic. Hierdoor kon het verslag ook beter van topics worden voorzien omdat de topics zo steeds duidelijker de inhoud van een fragment weergaven. Uiteindelijk werden 2 samengevatte versies met topics van een verslag bij elkaar gevoegd waardoor 1 definitieve versie van ieder gespreksverslag ontstond.

4 van deze gespreksverslagen (van iedere focusgroep 1) vormden de basis voor het beschrijven van de resultaten. In de resultaten werd gekeken naar codes en daarmee topics die steeds terugkwamen tijdens de gesprekken. Deze thema's gaven de hoofdlijn van de gesprekken weer.

Uitspraken van deelnemers die goed weergeven wat de student vond van het onderwerp "vroegsignalering" werden letterlijk weergegeven in de resultaten.

Betrouwbaarheid

De gesprekken van de focusgroepen werden letterlijk uitgetypt. Volgens dezelfde coderingmethode zijn alle verslagen gecodeerd. Dit is per verslag door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar gedaan om een objectievere codering te verkrijgen. Op deze manier ontbreken er geen gegevens en kan niemand er zomaar informatie bijzetten.

De focusgroepen zijn gehouden door 4 verschillende onderzoekers met wellicht alle 4 een andere stijl van het begeleiden van een focusgroep en een andere manier van interpreteren van wat verteld werd en het doorvragen daarop. Hierdoor kunnen de deelnemers beïnvloed zijn tijdens het gesprek.

Dit probleem werd zo veel mogelijk voorkomen door een goede rapportage tussen gespreksleiders, zodat de een van de ander kon leren.

Iedere focusgroep is geleid aan de hand van een vooraf opgesteld protocol, met de bedoeling elke focusgroep dezelfde richting mee te geven. Er was voldoende ruimte voor elke gewenste inbreng, maar er werd zo niet voorbij gegaan aan de belangrijkste topics.

Ieder uitgetypt verslag werd 2 keer helemaal gecodeerd door 2 verschillende onderzoekers. Uiteindelijk werden 2 gecodeerde en samengevatte versies van een verslag bij elkaar gevoegd waardoor 1 definitieve versie van ieder gespreksverslag ontstond.

Resultaten

Bij aanvang van de focus groep is er een formulier ingevuld over basiskarakteristieken waaronder leeftijd, stage ervaring en achtergrond, waaruit bleek dat deze vrijwel gelijk aan elkaar waren.

Het niet pluisgevoel

Bij het bespreken van ‘het niet pluis gevoel’ kwamen de volgende resultaten naar boven:

Het “niet pluis gevoel” is erg moeilijk te omschrijven. Volgens de studenten is het moeilijk de vinger te leggen op dit gevoel. Het wordt veroorzaakt door verschillende factoren die ervoor zorgen dat er geen optimale opvoedingssituatie is. Voorbeelden hiervan zijn: een vies huis, een rokerig huis, lage sociale klasse, onverzorgde andere kinderen, onverschillige/schichtige houding tegenover de verloskundige en slechte (Vieze kleertjes, vieze lakentjes, oude kleertjes, te weinig voeden) verzorging van de baby.

Toch blijkt het, uit besproken casussen, erg moeilijk om er achter te komen of er daadwerkelijk sprake is van een risico op problemen. Volgens de studenten heeft veel te maken met het referentiekader van de verloskundige zelf. Wat zij zelf meegemaakt heeft en normaal vindt is het uitgangspunt voor wat zij als normaal/abnormaal bestempelt in andere gezinnen. Omdat het niet pluis gevoel zo moeilijk te omschrijven is, en vaak twijfel bestaat of er wel daadwerkelijk iets aan de hand is weten veel verloskundigen ook niet wat ze met dit niet pluis gevoel moeten doen.

Belemmeringsfactoren

Volgens de studenten zorgt de twijfel over ‘wat te doen bij vermoeden op problemen’ er vaak voor dat verloskundigen geen verdere actie ondernemen omdat ze bang zijn mensen ten onrechte te beschuldigen. Dit was een regelmatig terugkerend statement. Veel verloskundigen voelen zich ook de vertrouwenspersoon hun cliënten. Ze weten niet tot hoever hun verantwoordelijkheid gaat en zijn bang de vertrouwensrelatie met de cliënt te beschadigen.

Het ‘wel of niet’ actie ondernemen, heeft ook te maken met de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van het overdragen aan derden. Verloskundigen voelen zich wel verantwoordelijk, maar weten vervolgens niet waar ze terecht kunnen met hetgeen ze hebben gesignaleerd. Er is onvoldoende kennis. Daarnaast denken de studenten dat de verloskundigen het moeilijk vinden om het gesprek aan te gaan. Dit uit angst om mensen ten onrechte te beschuldigen .

Citaat;

“ Ik vind niet dat het overschaduwd moet worden zeg maar; hoe erg kan het zijn voor de mensen terwijl er niets aan de hand is. Terwijl er heel veel kinderen die het [hulp] wel nodig hebben, daardoor gemist worden.”

Volgens de studenten is de belangrijkste belemmerende factor voor verdere actie, de grote onduidelijkheid over de verschillende instanties. Er is bij veel verloskundigen niet bekend wat de verschillende organisaties (AMK, Advies-en Meldpunt Kindermishandeling, consultatiebureau, bureau Jeugdzorg) voor functie hebben, wat er gebeurt met een melding en hoe het vervolgtraject eruit ziet. Er heerst vaak angst over de eventuele ernstige consequenties die een melding met zich mee kan brengen, zoals uit huis-plaatsing.

Citaat;

“Een teken van je denkt “hé”! Het is toch zo belangrijk, denk ik, dat je je niet verschuilt achter “ik weet het eigenlijk niet, laat maar” en dat het kindje ondertussen misschien is overleden. Weet je wel, als je twijfelt, doe er dan wat mee”

Verloskundigen vinden het doen van een melding een grote stap, zeker omdat ze ook niet altijd het bewijs hebben dat er daadwerkelijk iets aan de hand is in een gezin.

Een deelnemer vindt dat het opsporen/signaleren van psychosociale problematiek niet hoort tot de taken van een verloskundige. Zij geeft aan hier dan ook niet veel mee bezig te zijn.

Citaat;

“ Je weet natuurlijk wat de risicofactoren zijn maar om na signaleren er meteen iets mee te doen, ik weet niet of je dat moet willen. Mensen hebben ook een eigen verantwoording.”

Beroepsgeheim

Bij zowel de studenten, zowel als naar hun zeggen de verloskundigen, heerst er grote onduidelijkheid over het ‘beroepsgeheim’ dat je hebt als zorgverlener. Mag je het beroepsgeheim schenden om een melding te doen over een mogelijke probleemsituatie in een gezin?

En ben je het verplicht om te melden als je twijfels hebt over de opvoeding en de veiligheid van kinderen?

Acties

Studenten hebben ervaren dat verloskundigen besluiten in twijfelgevallen of situaties waar een “niet pluis gevoel” heerst, vaak om frequenter in het kraambed op visite te komen. Ze gebruiken deze extra tijd om meer informatie te verkrijgen over de situatie. Sommige verloskundigen maken de situatie bespreekbaar met hun cliënt.

Kraambedden worden over het algemeen dus verlengd. Onder de studenten heerst een verdeelde mening over wanneer je het kraambed moet afsluiten. Sommige studenten gaven aan het kraambed later te zullen gaan sluiten en de zorg in eigen handen te houden, maar een deel kiest ook voor overdracht naar andere instanties.

Citaat;

Je hebt maar een beperkte 'psychologische kennis', en het is moeilijk om te beslissen wanneer je cliënten juist wel of niet over moet dragen.

De deelnemers gaven aan dat het lastig is voor een verloskundige om een geschikt moment te bepalen voor het afsluiten van de zorg.

Veel deelnemers gaven aan dat ze het belang van een nacontrole bij deze cliënten extra zullen benadrukken. Hiermee willen ze toch kijken of er met de eventueel aangeboden hulpinstanties tijdens het kraambed, ook daadwerkelijk iets gebeurd is. Ze willen graag weten hoe de situatie er dan voor staat. De deelnemers gaven ook aan dat het een groot verschil maakt of het om mishandeling van de moeder of het kind gaat.

Bij mishandeling van de moeder vinden de studenten het voornamelijk de verantwoordelijkheid van mevrouw zelf is om verder hulp te zoeken. Ze helpen haar wel door het geven van informatie en telefoonnummers van de verschillende hulpverlenende instanties en door eventueel een afspraak te regelen. Het blijft echter de keus van de vrouw of ze er iets mee doet.

Indien het om mishandeling van het kind gaat, (of een situatie waarbij het kind in direct gevaar komt) voelen de verloskundigen de verantwoordelijkheid veel meer bij zichzelf liggen. Ze zullen dan ook zelf zorgen dat er actie ondernomen wordt.

Samenwerking en overleg

Veel deelnemers gaven aan dat verloskundigen vaak eerst intercollegiaal overleg plegen. Het gaat hier vaak om situaties waar de verloskundige twijfelt of zij een gezinssituatie juist beoordeelt. Collega's kennen het gezin vaak ook en/of zijn in de thuissituatie geweest. Er wordt dan dus overleg gepleegd om te toetsen of de waarnemingen van de verloskundige juist geïnterpreteerd zijn.

In sommige gevallen wordt ook de hulp van de huisarts ingeschakeld. Verloskundigen hechten vaak waarde aan het oordeel van de huisarts over het gezin. Dit omdat de huisarts de mensen vaak over een langere periode kent en meer informatie heeft over hun (psychische) gezondheidsverleden. Wel speelt hier weer mee dat het onduidelijk is voor veel verloskundigen in hoeverre je overleg mag plegen met betrekking tot het beroepsgeheim. Multidisciplinair overleg wordt vaak ook achterwege gelaten uit angst voor rechtsvervolging op basis van beroepsgeheimschending.

Er werd door verschillende deelnemers opgemerkt dat er in Amsterdam een formulier getekend wordt aan het begin van de zwangerschap. Hiermee geeft de cliënt toestemming tot eventueel overleg met de huisarts en consultatiebureau. Dit wordt door velen gezien als een systeem wat landelijk doorgevoerd moet worden.

Het belang van de kraamzorg kwam bij iedere deelnemer naar voren. De onderzoeksgroep geeft aan dat via de kraamverzorgende ontzettend veel informatie verkregen kan worden. De kraamverzorgende heeft een unieke positie in het hele traject van vroegsignalering. Zij zijn vaak voor een langere periode aaneengesloten in een gezin, en krijgen daardoor unieke informatie over de gezinssituatie. De kraamverzorgende vult de verloskundige vaak prima aan. Wel werd er door de deelnemers meerdere malen aangegeven dat de eindverantwoording van het kraambed toch bij de verloskundige ligt. De verloskundige kan dit niet afschuiven op de kraamverzorgende. Ook wordt aangegeven dat de kraamzorg vaak niet genoeg geschoold is in het omgaan met dit soort problematiek.

Scholing

De deelnemers waren het erover eens dat studenten te weinig scholing krijgen in vroegsignalering. Er is een grote behoefte aan meer informatie op het gebied van communicatieve (gespreks) vaardigheden. Wat zijn nou de tekenen waar je op moet letten, hoe maak je een vermoeden bespreekbaar enz.

Maar ook de basiskennis over vroegsignalering is onvoldoende. Veel studenten weten niet wat de verschillende instanties voor functie hebben. Ze weten niet waarvoor ze naar welke instantie moeten gaan, wat er vervolgens met hun “melding” gedaan wordt en hoelang een eventueel vervolgtraject duurt.

Ook op het gebied van regels en wetgeving (o.a. beroepsgeheim) heerst veel onduidelijkheid.

De studenten gaven aan dat zij graag zouden willen dat deze informatie relatief vroeg in de opleiding aan bod zou komen. Dit geeft dan de gelegenheid om de kennis toe te passen in de stages. Op die manier denken ze beter voorbereid het werkveld in te gaan.

Verbeterpunten

Veel deelnemers gaven aan dat naar hun mening de 2^e-lijn veel gestructureerder en efficiënter omgaat met deze problematiek. Er is vaak duidelijker bekend welke wegen er te bewandelen zijn en de lijnen tussen de verschillende instanties zijn korter.

Er werd aangegeven dat er in de 1^e-lijn een grote behoefte is aan een protocol. Dit zou veel meer duidelijkheid scheppen en onnodige fouten kunnen voorkomen.

Discussie

De meest besproken thema's die tijdens de focusgroepen naar voren kwamen waren dat het niet-pluisgevoel moeilijk te beschrijven is en dat het lastig is om te bepalen wanneer daadwerkelijk is sprake is van risicofactoren. Ook bestaat er veel onduidelijkheid over het beroepsgeheim van een verloskundige en over de hulpinstanties die je kunt inschakelen wanneer er sprake is van vroegsignalering. De studenten vinden allemaal dat vroegsignalering tot hun takenpakket behoort maar ze weten niet wat ze met deze verantwoordelijkheid moeten doen wanneer ze ermee te maken krijgen.

Er zijn ook een aantal beperkingen die de betrouwbaarheid van het onderzoek belemmeren. De deelnemers die zich hebben opgegeven voor de focusgroep, hebben dit zelf gedaan en zijn wellicht studenten die veel te vertellen hebben over het onderwerp. Studenten die minder ervaring hebben met vroegsignalering hebben zich misschien minder vaak opgegeven.

Het enige wat hierin mee te nemen was, was aan geven dat mensen van te voren moesten nadenken over hun stage ervaringen op dit gebied. Zodoende werd er gehoopt dat iedereen in ieder geval een inbreng had. Het was aan de gespreksleider iedereen even vaak aan de beurt te laten komen.

Verloskunde studenten lopen altijd stage voor een korte tijd en zien wellicht niet het hele proces rondom vroegsignalering in de verloskundigenpraktijk. Hierdoor hebben studenten mogelijk maar beperkt zicht op de manier waarop verloskundige met vroegsignalering omgaan.

In dit onderzoek zijn er geen verloskundige benaderd. Dit kon niet omdat TNO dit liever niet wilde. In plaats daarvan hebben we vierdejaars studenten gebruikt. Om echt en goed beeld van de praktijk te krijgen hebben we dus wel informatie uit tweede hand.

Voor het onderzoek zijn alleen vierde jaars studenten uit de Amsterdamse school aangeschreven. Dit uit logistieke overwegingen. Met dit onderzoek kan er geen uitspraak doen over heel Nederland, wel over studenten die in Amsterdam en omgeving zijn opgeleid.

De focusgroepen zijn ingedeeld naar de gespreksleiders van die dag, en de eigen datum die de studenten hadden opgegeven. Nadeel van deze manier van indelen is wel dat de studenten niet evenredig verdeeld zijn over de groepen. Dit kan tot gevolg hebben dat een persoon in een kleinere groep meer aan het woord is, waardoor zijn/haar mening meer naar voren komt in de uiteindelijke resultaten van het onderzoek. Andersom is ook in te denken. Dat een stiller iemand er minder aan het woord komt in een wat grotere groep. De gespreksleiders hebben hier voor gewaakt en iedereen de gelegenheid gegeven aan het woord te komen.

De gespreksleiders waren onervaren in het begeleiden van een focusgroep. Hierdoor kunnen de focusgroepen niet optimaal verlopen zijn, wat de betrouwbaarheid beïnvloed.

Conclusie

De studenten hebben de ervaring dat de verloskundige signalen opvangt door het hebben van een zogenaamd niet pluis gevoel. Wat dit niet pluis gevoel inhoudt, vinden de studenten lastig te omschrijven. Het blijkt moeilijk te zijn om er achter te komen of er daadwerkelijk sprake is van risico's op problemen. Hierbij speelt het referentiekader van de verloskundige zelf een grote rol.

Wanneer er bewezen wordt geacht dat de moeder, het kind of het gezin risico loopt is de ervaring dat de verloskundige vaak twijfelt over het beleid. Men is bang dat de vertrouwensrelatie met de cliënt beschadigd wordt. Er is onduidelijkheid over het beroepsgeheim, tot hoever de verantwoordelijkheid van de verloskundige gaat, en wat er gebeurt wanneer deze zorg wordt overgedragen aan derden. Het is niet duidelijk wat hun verantwoordelijkheden zijn. De meeste onduidelijkheid zit in de gebrekkige kennis over de instanties waar men terecht kan.

De studenten ervaren zelf dat ze de weinig kennis hebben en zichzelf onvoldoende bekwaam achten om in situaties met een niet pluis gevoel of met duidelijk aanwijsbare problemen te handelen.

Over het algemeen bestaat het beleid van de verloskundige uit het verlengen van het kraambed. In dit soort situaties wordt er ook belang gehecht aan de nacontrole.

Samenvattend kan gezegd worden dat de eerstelijns verloskundige relatief goed kunnen omgaan met de functie als "signaleerder", maar dat er vervolgens vaak weinig mee gebeurt. Dit komt voor een groot gedeelte voort uit te weinig kennis en vaardigheden.

Aanbeveling

Uit het onderzoek is gebleken dat men goed in staat is te signaleren maar dat men niet goed weet hoe men om moet gaan met de signalen, hoe zit het met het beroepsgeheim en welke instanties zijn er? Het is van belang dat hier men hierin (bij)geschoold wordt. Dit kan middels een standaard, inmiddels is deze in februari 2007 uitgebracht door de KNOV ('Meldcode kindermishandeling') [7]. Hierin staat beschreven welke stappen men kan ondernemen bij het signaleren van (vermoeden) kindermishandeling, hoe het precies werkt met het beroepsgeheim, welke rechten en plichten de verloskundige heeft, welke instanties er zijn en wat hun functie is. Het is van belang dat er tijdens de opleiding meer aandacht besteed wordt aan vroegsignalering en hoe hiermee om te gaan.

Om de communicatie binnen de ketenpartners [7] zo optimaal mogelijk te laten verlopen is het aan te bevelen de cliënt bij het eerste consult 'informed consent' hiervoor te laten tekenen.

Uit ons onderzoek bleek dat de vierde jaars studenten grote behoefte hadden aan een richtlijn.

Gelukkig is deze er nu ook gekomen.

Literatuur

Vorm: webpagina (wb), pdf-bestand (pdf), artikel uit tijdschrift (artT), proefschrift (pr), tekst uit een boek (bk), programma (prgram)

Bron: bibliotheek + welke (bieb, bijv.; bieb AMC), internet (it), eigen boekenkast (bkkst), televisie (tv).

Vancouver: nummer waarmee vanuit de tekst, in Vancouver-stijl, hiernaar verwezen wordt.

Bron.nr	Vorm	Bron	Auteur	Titel, uitgever, jaar, ISBN	Trefwoorden
[1]	Pr	Bieb VAA	Van Dijk W.G	Alles wat groot is, begon ooit klein. Scriptie Masteropleiding Verloskunde. November 2005	
[2]	Bk	Bieb VAA	<u>Boeije</u> H.R.	Analyseren in kwalitatief onderzoek, Boom onderwijs, 1 ^e druk, ISBN: 9085060788	
[3]	Pr	Bieb TNO	Hermanns J, Ory F, Schrijvers G.	Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter. Ondertitel: Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. September 2005.	
[4]	prgram	Tv	VPRO	www.vpro.nl/programma/geheimgeweld/artikelen/197307721 gezien op 12-09-2006	
[5]	prgram	It	Nieuwarchief	www.regering.nl/actueel/nieuwsarchief/2004/06June/22/0-42-1_42-45094.jsp , gezien op 12-09-2006	Regering vroegsignalering
[6]	artT	Bieb AMC	Tenhaeff C.R., N, Janssen L, van der Kaaij I, van Laar L, Nelissen S et all.	Vroegsignalering van zorgwekkende opvoedsituaties in Samen Starten: wijkverpleegkundigen onderzoeken hun eigen dossiers. Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg. 2004, 4: 76-80	
[7]	Pdf	It	KNOV, Mw. mr. R.P. de Roode, Mw. S.M.P.J. Jans MSc	Meldcode kindermishandeling, http://www.verloskundigenin nederland.nl/leden/30werken%5Faan%5Fkwaliteit/10werken%5Fmet%5Fknov%2Drichtlijnen/04meldcode%5Fkindermishandeling%5Fen%5Fstandpunt%5Fvgv/ februari 2007	KNOV meldcode

Bijlage 1 Protocol focusgroep

Inleiding: (10 min)

Uitleg bedoeling focusgroep:

- duur (hooguit 1,5 uur)
 - meningen inventariseren, geen goede/slechte meningen
 - vrij voelen om alles te zeggen, bedoeling dat iedereen meepraat
 - invullen persoonlijk A4tje per persoon (toestemming geluidsopname en anonimiteit)
- Voorstelrondje
- De vraagstelling voor onze scriptie is: ‘Wat zijn de ervaringen van verloskunde studenten met het signaleren van risicofactoren voor de opvoeding van het kind in de kraamperiode?’ (vertel dat het duidelijk om risicofactoren voor het KIND gaat en niet om de moeder zelf)

Protocol:

- 1 Waar denk je aan bij de woorden “vroegsignalering van risicofactoren”? (10 min)

- 2 Stel je komt in een gezin en je hebt een ‘niet pluis’ gevoel (10 min)
A Wat is het ‘niet pluis’gevoel?
B Wat is de oorzaak van het ‘niet pluis’ gevoel?
C Wanneer ga je actie ondernemen? (hoe ‘duidelijk’ moet het probleem dan ‘zichtbaar’ zijn?)
D Wat doe je met het ‘niet pluis’ gevoel?

- 3 Heb jij wel eens iets meegemaakt op dit gebied? (20 min)

- 4 Hoe hebben jullie verloskundigen in de stages zien omgaan met vroegsignalering van risicofactoren?
A Waar kon ze terecht?
B Heeft ze het met collega’s besproken?
C Heeft ze een gesprek met het gezin gevoerd?
D Heeft ze een gesprek gehad met de kraamzorg?

- 5 Hoe was de samenwerking met andere zorgverleners rond vroegsignalering? (5 min)
A Aan wie?
B Wanneer?

- 6 Wat vindt je van de manier waarop verloskundigen met vroegsignalering omgaan? met vroegsignalering omgaan? (5 min)

- A Wat gaat goed, wat gaat minder goed?
- B Welke factoren bevorderen of belemmeren goede zorg rond vroegsignalering?
- C Werd er wat mee gedaan?
- D Effectieve overdracht?
- E Is er een verschil tussen de 1^e en 2^e lijns verloskundige in hoe ze met vroegsignalering omgaan? Welk verschil? Hoe komt dat?
- 7 Hoe ben je tijdens de opleiding voorbereid mbt dit onderwerp? (10 min)
- A Hoe vond je het onderwijs rond dit onderwerp en wat was goed/kan verbeterd worden?
- B Hoe moeten die verbeteringen eruit zien? (covalessen, hoorcolleges)
- C Vindt je dat stages je voldoende leermomenten geven met betrekking tot dit onderwerp? (evt. stage AMK)
- 8 Welke rol heeft de verloskundige volgens jou op het gebied van vroegsignalering? (10 min)
- A Welke verantwoordelijkheden heb je als verloskundige?
- B Wanneer wordt je een sociaal werker?
- C Wanneer kan je zo'n kraambed afsluiten?
- 9 Zijn er nog andere punten die jullie kwijt willen m.b.t. dit onderwerp? (5 min)

Bijlage 2 Topic list

Behandeling
Beroepsgeheim
Belemmeren
Bespreekbaar maken
Intercollegiaal overleg
Capabel
Klinisch kraambed
Niet plus gevoel
Risico factoren
Signaleren
Samenwerking en instanties
Twijfel
Melding
Omgevingsfactoren
Overleg multi disciplinair
Protocol
Verantwoordelijkheid
Verbetering
Angst
Bevorderingen
Rechten en plichten
Scholing samenwerking
Hulp bieden/behandeling
Instanties overleg
Onwetendheid

Bijlage 3 Informed consent brief

Standaard vragen deelnemers focusgroep

- Naam

- Wat is je studiejaar:

- Wat is je hoogste vooropleiding?

- Wat is je leeftijd?

- Waar heb je stage gelopen? Aankruisen wat van toepassing is: (meerder antwoorden zijn mogelijk)

- In 1 van de 4 grote steden (A'dam/R'dam/Utrecht/Den Haag)
- In een andere stad, namelijk;
- In een dorp/ op het platteland

- Beoefen of heb je in het verleden een ander beroep dan verloskunde, in de zorg beoefenend?

Nee, ga door naar de volgende vraag.

Zo ja:

Heb je daar zorgelijke opvoedingssituaties of een melding aan het meldpunt kindbescherming mee gemaakt?

- nee
- ja

Zo ja, wil je dit kort omschrijven?

.....

.....

.....

.....

Bij deze geef ik toestemming aan de leden van de scriptiegroep, de verworven informatie uit de focusgroep op een geluidsband op te nemen en de gegevens te verwerken in de uiteindelijke scriptie. De studenten van de scriptiegroep en hun studiebegeleiders zullen uitsluitend toestemming hebben tot geluidsbanden.

Handtekening student:

Gegevens verworven uit de focusgroep zullen strikt vertrouwelijk en anoniem gebruikt worden.