



**Departement Social Work
Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk**

**“Is preventieve zorg binnen de prenatale fase mogelijk aan de hand van de
DIPSY- Zw- test?”**

Door Jolien Verspreet

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt
Academiejaar 2013- 2014**

Voorwoord

Het eindwerk dat gekoppeld is aan mijn laatstejaarsstage Maatschappelijk werk, is één van de belangrijke mijlpalen in mijn leven. Het sluit mijn studentenleven af en zegent mijn nieuwe start van het 'echte' leven in. Het was niet altijd even makkelijk om dit te schrijven, maar vandaag kan ik zeggen dat dit voor mezelf wel gelukt is.

Bij het schrijven van deze bundel kon ik rekenen op de ondersteuning van verscheidene mensen, dewelke ik dan ook graag wil bedanken. In eerste instantie gaat mijn dank uit naar mijn stagementor, Mevr. Kelly Vanhove, wie me met haar inzichten deed groeien als maatschappelijk werker. Vervolgens wil ik graag mijn eindwerkbegeleider, Dhr. Roeland Schaeken, en mijn stagebegeleidster, Mevr. Miet Swinnen bedanken voor hun nuttige opmerkingen, voor het openstaan voor al mijn vragen en voor een intensieve begeleiding.

Verder wil ik iedereen op de sociale dienst binnen het Jessa ziekenhuis bedanken voor de fijne samenwerking tijdens mijn stageperiode. Ook mijn ouders kunnen niet ontbreken, voor de kansen en steun die ik gekregen heb in deze soms toch wel moeilijke periode.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst	6
Algemene inleiding	7
1. Situering stageplaats	8
1.1 Het Jessa Ziekenhuis¹	8
1.1.1 Subsidiëring	9
1.1.2 Organogram Sociale Dienst Jessa Ziekenhuis	10
1.1.3 Campus Virga Jesse	11
1.2 De sociale dienst¹	11
1.2.1 Doelgroep	12
1.2.2 Doelstelling	12
1.2.3 Missie.....	12
1.2.4 Kerntaken van de sociaal werker.....	12
1.2.5 Functiespecifieke competenties	13
1.2.6 Werkmodel: Ontslagmanagement binnen het Jessa ziekenhuis ¹	14
2. Theoretisch kader	17
2.1 Inleiding	17
2.1.1 Preventief gezondheidsbeleid ¹	17
2.1.2 Prenatale Fase.....	19
2.1.3 DIPSY- Zw	24
2.2 Besluit	27
3. Praktijk gedeelte	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Toetsing van het theoretisch kader	29
3.3 Onderzoeksmethode	34
3.4 Onderzoek	34
3.5 Besluit	38
4. Kritische kijk	41
4.1 kritische kijk op stageplaats.....	41
4.2 Kritische kijk op mijn onderzoek.....	42
5. Algemeen besluit	44
6. Bibliografie	45
6.1 Bronnen van het internet.....	45
6.2 Geschreven bronnen	45

6.3	Mondelinge bronnen	46
7.	Samenvatting: <i>BASISINFORMATIE EINDWERK</i>	47

Verklarende woordenlijst

DIPSY-Zw, is een **D**etectie-**I**nstrument om **PSY**chosociaal kwetsbare **ZW**angeren op te sporen tijdens een routine prenatale raadpleging.

In het Engels; ALPHA: Antenatal Psychosocial Health Assessment

CKG- Centrum voor Kind- en Gezinsondersteuning

CAD- Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen

Vzw DOMO- Door Ondersteuning mee Opvoeden

DAB- Dienst Ambulante Begeleiding

CAW- Centrum Algemeen Welzijnswerk

OCMW- Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn

Algemene inleiding

De centrale vraag in mijn eindwerk is: “Is preventieve zorg binnen de prenatale fase mogelijk aan de hand van de DIPSY- Zw- test?” Dit wordt verder uitgewerkt in het theoretisch gedeelte van mijn eindwerk.

Dit onderwerp is gekozen omdat het gekoppeld is aan mijn stageplaats binnen het Jessa ziekenhuis Hasselt.

Steeds meer zwangeren hebben een psychosociaal kwetsbaar profiel. Deze risicofactoren hebben reeds tijdens de zwangerschap invloed op een ongunstige ontwikkeling van het kind. Deze factoren komen vaak te laat in de kraamperiode aan het licht. Daarom is het belangrijk bij te dragen tot het welzijn van jonge gezinnen door preventieve dienstverlening aan te bieden in de prenatale fase.

Daarenboven behoort algemene preventie naast concrete dienstverlening, psychosociale hulpverlening, informatieve dienstverlening en advies, bemiddeling, onderzoek en rapportage, signaleren en beleidsgericht werken, coördinatie van zorg- en hulpverlening en opleiding en vorming tot de kerntaken van de maatschappelijk werker.¹

In het praktijkgedeelte van dit eindwerk worden de pro's en contra's van het introduceren van de ALPHA- test in het gynaecologisch- onderzoek bevragen bij verschillende gynaecologen verbonden aan het Jessa ziekenhuis via een interview.

Het eindwerk is opgebouwd uit vier verschillende onderdelen, allereerst wordt een situering van de stageplaats verduidelijkt, waarin de taken van mijn stagedienst opgelijst staan. Vervolgens wordt de onderzoeksvraag ontleed en wordt de preventieve zorg, de prenatale fase en de DIPSY- Zw- test besproken. Als derde is er het praktisch luik waarin de theorie aan de praktijk gekoppeld wordt. Hier zal eveneens de haalbaarheid van de introductie van de ALPHA- test getoetst worden. Om af te sluiten worden enkele kritische blikken en ervaringen die opgedaan zijn tijdens dit proces verwoord.

¹ Vlaeminck H., Saelens S., *Social casework in de 21^e eeuw*. Mechelen. Kluwer 2010, p. 179

1. Situering stageplaats

1.1 Het Jessa Ziekenhuis¹

Het Jessa Ziekenhuis biedt als één van de grootste Vlaamse ziekenhuizen topklinische geneeskunde en hoogkwalitatieve patiëntenzorg. Het ziekenhuis telt 988 erkende bedden, verspreid over drie campussen: campus Virga Jesse, campus Salvator in Hasselt en campus St.- Ursula in Herk-de-Stad.

De missie van het Jessa Ziekenhuis luidt als volgt: “De beste behandeling en zorg bieden met patiëntvriendelijkheid en veiligheid als centrale waarden.” Hierbij stelt men volgende doelstellingen voorop: het Jessa Ziekenhuis streeft ernaar om in een bredere regio het voorkeursziekenhuis te zijn voor patiënten en verwijzers. Daarvoor werken ze nauw samen met de eerstelijnszorg, andere ziekenhuizen, universiteiten en hogescholen. Door de krachten te bundelen kunnen de artsen en medewerkers zich sterk specialiseren.

Voortdurende kwaliteitsverbetering, innovatie en het verhogen van efficiëntie zijn belangrijke middelen om deze doelstellingen te bereiken en een koploper in de sector te zijn. Ze stimuleren wetenschappelijk onderzoek en willen universitaire diensten en expertisecentra ontwikkelen. Ze investeren daarbij in geneeskunde en verzorging naar de meest recente inzichten van de wetenschap.

Verder streven ze ernaar om de levenskwaliteit van de patiënten op fysisch en psychisch vlak in stand te houden en te bevorderen in een sfeer van medeleven en met respect voor de unieke en totale mens. Ze staan open voor iedereen, ongeacht ras, nationaliteit, levensbeschouwing, geslacht, sociale of materiële status. Daarbij hebben ze aandacht voor spirituele zingeving, pastorale zorg en morele hulpverlening. De opvang en inbreng van familie, naaste omgeving en andere zorgverleners vinden ze belangrijk. Ze zorgen voor verstaanbare informatie en verlenen zorg in een aangepaste en eigentijdse omgeving.

Verder voert het Jessa Ziekenhuis een innoverend beleid om de beste artsen en medewerkers aan te trekken en te behouden. Ze creëren een motiverend werkklimaat met ruimte voor zelfontplooiing en stimuleren de artsen en medewerkers om zich permanent bij te scholen.

¹ Vanhove k., *Informatie voor studenten, Sociale dienst, campus Virga Jesse*. Hasselt 2013. (niet-gepubliceerde brochure)

Alle artsen en medewerkers zijn evenwaardig ongeacht hun functie. In een kader van multidisciplinaire samenwerking, overleg en open communicatie verwachten zij dat alle artsen en medewerkers zich loyaal en verantwoordelijk inzetten voor hun eigen taak en de realisatie van de doelstellingen van het Jessa Ziekenhuis.

1.1.1 Subsidiëring

Het Jessa Ziekenhuis, is door de Vlaamse Gemeenschap erkend als een Algemeen Ziekenhuis. Voor deze erkenning, baseren ze zich op normen die door de federale overheid zijn bepaald. Een algemeen ziekenhuis biedt dag en nacht medische, gespecialiseerde hulp. Er is ook een specifieke dienst voor oudere mensen, de geriatrie afdeling, die vaak meerdere gezondheidsproblemen ervaren. Ook zieke kinderen en aanstaande moeders kunnen er terecht.

Deze ziekenhuizen kunnen bij de Vlaamse Gemeenschap aankloppen voor infrastructuursubsidies, via het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). Alle erkende ziekenhuizen die gebouwen oprichten, aankopen, uitbreiden, verbouwen, leasen of die uitrustingen of apparatuur aankopen komen hiervoor in aanmerking.

Naast het formuleren van de basisnormen rond de planning en erkenning van ziekenhuizen, is de federale overheid ook bevoegd voor het subsidiëren van de werkingskosten van de ziekenhuizen, zoals de lonen van de verpleegkundigen.¹

Dit budget is de laatste jaren enorm afgenomen waardoor men vanuit een creatieve insteek het "Hospilim vzw" in 2010 heeft opgericht. Dit is een structureel samenwerkingsverband tussen 9 algemene ziekenhuizen en 3 psychiatrische centra te Limburg. Op die manier bundelt men de krachten en koopt men samen allerlei materialen aan om de besparingen zo goed mogelijk door te komen. Ook Limburg Sterk Merk (LSM) ondersteunt Hospilim.

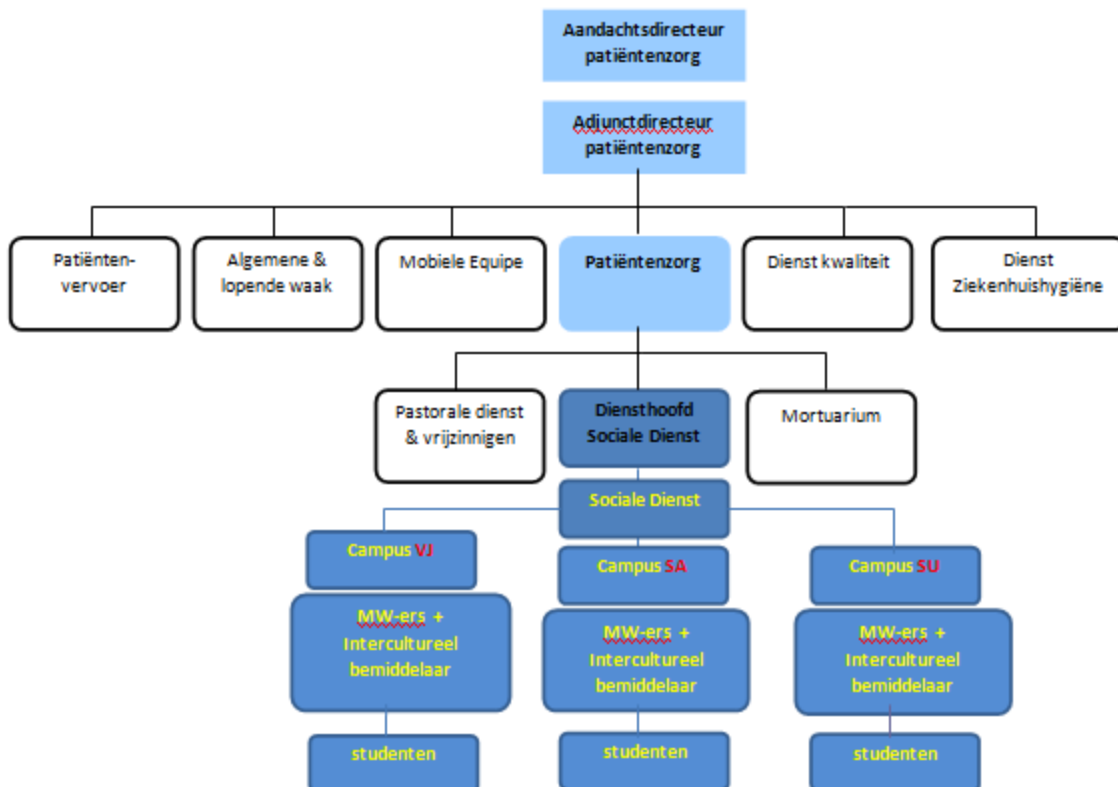
Door deze samenwerking willen de leden zich beter wapenen tegen diverse toekomstige ontwikkelingen en kan een kwalitatieve dienstverlening verzekerd worden.²

¹Vlaamse overheid, *Beleid over ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg*. Internet, 4 maart 2014.(<http://www.zorg-en-gezondheid.be>)

² Hospilim vzw, *Home*. Internet, 18 maart 2014. (www.hospilim.be)

1.1.2 Organogram Sociale Dienst Jessa Ziekenhuis

Het Jessa ziekenhuis heeft een gekantelde organisatiestructuur, dit wil zeggen dat er een brede basis is op directie & managementniveau. Hierdoor is de afstand tussen het management en de werkvloer kleiner wat op zijn beurt zorgt voor een grote betrokkenheid van artsen. Voor de verandering fungeerde ze louter als leveranciers van de ziekenhuisorganisatie, nu zijn ze medische managers, waardoor ze effectief meedenken over de beleidslijnen. Ook multidisciplinaire communicatie, samenwerking en organisatorisch overleg is sterker aanwezig wat een positief effect heeft op de patiëntenzorg.¹



¹ Grosemans A., *Van verticaal naar horizontaal, Virga jesseziekenhuis kantelt arbeidsorganisatie*, z.j. (verslag)

1.1.3 Campus Virga Jesse

Gedurende mijn stage zal ik binnen de sociale dienst van campus Virga Jesse meedraaien op de afdelingen neurologie en de zorggroep van moeder en kind.

De afdeling neurologie richt zich op de diagnostiek en behandeling van aandoeningen aan de hersenen, zenuwen, spieren en het ruggenmerg. De meest voorkomende aandoeningen zijn; een cerebrovasculair accident (CVA), dementie, epilepsie, multiple sclerose (MS), ziekte van parkinson,...

De afdeling moeder en kind richt zich voornamelijk op het deskundig begeleiden van de vrouw in de perinatale fase. Zowel voor de bevalling, tijdens de bevalling, na de bevalling als gedurende het verblijf in het ziekenhuis word je omringd door een multidisciplinair team dat de ouders bijstaat met raad en daad. Hier werkt de sociale dienst zowel via consultaties als op de afdeling: kraam, verloszalen, neonatologie en pediatrie.

1.2 De sociale dienst¹

De sociale dienst maakt deel uit van de 'dienst patiëntenbegeleiding', deze dienst ondersteunt en vult het medisch en verpleegkundig werk aan. De dienst patiëntenbegeleiding bevat ook onthaalmedewerkers, het mortuarium en de pastorale en morele dienstverlening.

Aan het hoofd van de sociale dienst, van de drie campussen, staat het diensthoofd, Jacobs Raf. Hij is bevoegd voor de dagelijkse leiding en het goede bestuur van de sociale dienst.

De medewerkers binnen de sociale dienst zijn zowel sociaal verpleegkundigen als maatschappelijk assistenten, daarom plaatsen we ze onder één gemeenschappelijke naam: "sociaal werkers". Ook zijn binnen de dienst twee intercultureel bemiddelaars. Zij fungeren als brugfiguur tussen de verschillende culturen en doen vertalingen.

¹ Vanhove k., *Informatie voor studenten, Sociale dienst, campus Virga Jesse*. Hasselt 2013. (niet-gepubliceerde brochure)

1.2.1 Doelgroep

De sociale dienst is gericht op sociale, relationele en emotionele problemen die gepaard gaan met ziekte en medische behandeling van patiënten binnen het Jessa ziekenhuis. Daarnaast is deze dienst gericht op veranderingen die door de ziekte/ ingreep ontstaan in het leven van de patiënt en zijn omgeving.

1.2.2 Doelstelling

De sociale dienst in een ziekenhuis is ingebouwd maatschappelijk werk. Dit betekent dat het maatschappelijk werk in een ziekenhuis geen primair doel is. Het doel van een acuut ziekenhuis is zieke mensen, behandelen en genezen. Het maatschappelijk werk kan deze algemene doelstelling helpen verwezenlijken.

1.2.3 Missie

Maatschappelijk werk is gericht op het realiseren van een brugfunctie tussen de ziekenhuiswereld en het thuismilieu. Dit omhelst veelvuldige contacten met familie en directe omgeving enerzijds, een goede interne samenwerking binnen multidisciplinaire teams en externe diensten anderzijds.

1.2.4 Kerntaken van de sociaal werker

Contact met cliënten:

Een ziekenhuisopname kan soms erg ingrijpend zijn. Er kunnen zich problemen van allerlei aard voordoen. Tijdens de opname kan je geconfronteerd worden met psychosociale, financiële of administratieve problemen. Je kan vragen hebben in verband met het nakende ontslag of vragen over opvangmogelijkheden na het ontslag, zowel residentieel als in de thuiszorg. Als de patiënt met zulke vragen of bezorgdheden zit, kan deze steeds terecht bij de sociaal werkers.

Informatie en ontvangst:

Dit betreft het persoonlijk en per telefoon ontvangen en te woord staan van patiënten, bezoekers en medewerkers. Het gaat daarbij om een eerste professionele voorstelling van de organisatie, het verschaffen van algemene informatie, het deskundig doorverwijzen en doorverbinden van informatievragers.

Informatieverwerking en voorziening:

- Actief opsporen, inventariseren en analyseren van informatie, het verzamelen en bewerken van deze gegevens, het interpreteren van de informatie en het overzichtelijk en gebruiksvriendelijk rapporteren ervan.
- Brug vormen tussen patiënt, hun naaste omgeving en het interdisciplinaire team.
- Begeleiden van psychische, relationele en sociale moeilijkheden verbonden aan het ziek zijn.
- Verzamelen, interpreteren, registreren en rapporteren van relevante sociale gegevens om de continuïteit van de zorgverlening te kunnen waarborgen.
- Opstellen en eventueel uitvoeren van een hulpverleningsplan met specifieke aandacht voor ontslagbegeleiding.
- Informeren, adviseren en eventueel aanvragen van sociale voorzieningen en individuele praktische en financiële aangelegenheden voor patiënten.
- Coördineren en begeleiden van de vrijwilligerswerking.
- Samen met de collega's de permanente wachtdienst verzekeren voor het opvangen van crisissituaties.
- Samenwerken en communiceren met interne en externe diensten in de gezondheids- en welzijnszorg met het oog op een optimale interdisciplinaire werking.
- Professionele contacten uitbouwen en onderhouden.
- Signaleren van knelpunten in de gezondheids- en welzijnszorg aan het beleid.
- Betreft het correct ontvangen en bejegenen van patiënten en cliënten en het tot stand brengen van een goede communicatie.

1.2.5 Functiespecifieke competenties

Actief luisteren

Duidelijk maken dat belangrijke informatie opgevangen wordt door gebruik te maken van verschillende gesprekstechnieken als; doorvragen, concretiseren, parafraseren enz..

Probleemanalyse

Signaleren van problemen, herkennen van belangrijke informatie, verbanden leggen tussen gegevens. Opsporen van mogelijke oorzaken van problemen en zoeken van ter zake doende gegevens.

Flexibel gedrag

Indien zich problemen of kansen voordoen, de eigen gedragsstijl veranderen om het gestelde doel te kunnen bereiken.

Sociabiliteit

Zich zonder moeite onder andere mensen kunnen begeven. Gemakkelijk naar anderen toestappen en zich gemakkelijk in gezelschap mengen.

Creativiteit

Met oorspronkelijke oplossingen komen voor problemen die met de functie verband houden. Nieuwe werkwijzen bedenken ter vervanging van bestaande.

Stressbestendigheid

Effectief blijven presteren onder tijdsdruk, bij tegenslag, teleurstelling of tegenspel.

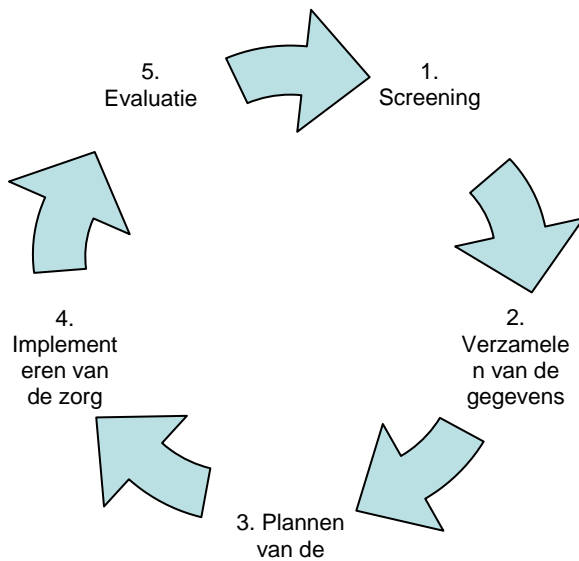
1.2.6 Werkmodel: Ontslagmanagement binnen het Jessa ziekenhuis¹

Ontslagmanagement is een hulpverleningsmethodiek, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, die door de overheid aan de Belgische ziekenhuizen wordt aangeboden sinds de jaren 90. Dit aanbod is er gekomen door de stijgende kosten van onze gezondheidszorg.

De Belgische ziekenhuizen evolueren naar centra voor acute zorgverlening met een alsmaar kortere verblijfsduur. Ook zien we de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgen, waardoor oudere mensen het ziekenhuis dienen te verlaten zodra de acute situatie is verholpen. De sociale dienst levert in samenwerking met het multidisciplinaire team dat bij de zorg van de patiënt betrokken is, veel inspanningen opdat de patiënt de overige zorgen in de thuissituatie kan ontvangen. Dit door gebruik te maken van extramurale diensten als poetshulp, thuisverpleging, maaltijden aan huis, enz..

¹Vanhove, K., (kelly.vanhove@jessazh.be). Ontslagmanagement E- mail aan Verspreet, J., (Jolien.Verspreet@STUDENT.PXL.BE), 17 maart 2014.

Dit hulpverleningsmodel wordt toegepast in verschillende fasen:



De eerste fase is het opsporing en verwijzen van de patiënten. Onder de vorm van een intakegesprek wordt door verpleegkundigen een anamnese afgenomen bij elke gehospitaliseerde patiënt. Daarbij wordt een screening gedaan of er nood is aan ontslagbegeleiding. Patiënten screenen positief als twee of meerdere risicocriteria op de anamnese aanwezig zijn. Het Jessa ziekenhuis maakt in zijn anamneseformulieren gebruik van de volgende risicocriteria: alleenwonend, thuisverpleging, gezinshulp, hygiëne: bedbad, mobiliteit: met behulp van looprek, bedlegerig, mentaal: verward, gedesoriënteerd.

In fase 2 gaat men gegevens verzamelen en de noden/ mogelijkheden beoordelen van de patiënt en zijn omgeving. Bij opname van een patiënt worden de eerste gegevens verzameld via de anamnese. Dit zijn voornamelijk sociodemografische gegevens, gegevens in verband met het fysiek en mentaal functioneren en de zorgbelasting van de centrale verzorger. Verdere gegevens worden aangevuld door de andere leden van het multidisciplinair team, indien nodig door contact met de thuisverpleegkundige, huisarts,...

De volgende fase houdt de voorbereiding van het ontslag in. Deze wordt gestart vanaf de opname. Hierbij is het belangrijk na te gaan:

- Hoe de gezondheidstoestand en de zorgverlening was voor de opname
- In welke mate de toestand tijdens de hospitalisatie kan worden hersteld, behouden of zelfs verbeterd
- In welke mate en door wie de patiënt en zijn familie moet worden voorbereid en begeleid.

Hierbij is een intense samenwerking nodig tussen de sociaal werker, de patiënt en zijn familie, alsook met de verschillende betrokken hulpverleners intra- en extramuraal. Dit voor het opstellen van een ontslagplan aangepast aan de noden en wensen van de patiënt.

Fase vier is de implementatie van het ontslagplan. Dit gebeurt in het ziekenhuis. Het doel, is het garanderen van de continuïteit zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie. Het is belangrijk dat de hulpverleners van de thuissituatie tijdig op de hoogte worden gesteld van het ontslag.

Als laatste is er de evaluatie. Indien er tijdens de opname een zorgoverleg heeft plaatsgevonden, wordt van de betrokken “overlegcoördinator thuisgezondheidszorg” verwacht dat hij/zij na verloop van tijd een evaluatie doet van de uitvoering van het ontslagplan.

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

De centrale vraag luidt: “Is preventieve zorg binnen de prenatale fase mogelijk aan de hand van de DIPSY- Zw- test?”

Om de meerwaarde van de DIPSY- Zw- test binnen het gynaecologisch onderzoek te achterhalen, moet eerst mijn centrale vraag grondig worden bestudeerd en geanalyseerd. Zo kan in het verdere verloop van het onderzoek hieromtrent een gepast antwoord verschaft worden.

Er wordt eerst kort stilgestaan bij het begrip preventie. Nadien wordt er uitgezocht waar het begrip vandaan komt en wat de meerwaarde is. Vervolgens wordt de prenatale fase onder de loep genomen. De betekenis van deze fase, de lichamelijke en hormonale veranderingen bij de moeder. Tot slot wordt de DIPSY- Zw- test toegelicht en de meerwaarde gestaafd aan de hand van eerder onderzoek.

2.1.1 Preventief gezondheidsbeleid¹

Vlaanderen voert een eigen preventief gezondheidsbeleid om gezondheidswinst op bevolkingsniveau te realiseren en zo mensen langer te laten leven en de levenskwaliteit te verhogen. Naast een preventieve gezondheidszorg kiest Vlaanderen ook voor een facettenbeleid. Facettenbeleid valt buiten het domein van de gezondheidszorg maar draagt eveneens bij tot het gezondheidsbeleid. Zo wordt maximaal gestreefd naar het bevorderen, beschermen en behouden van de gezondheid.

Gezondheidswinst realiseren dankzij preventie betekent de levensduur en de levenskwaliteit van de bevolking verhogen door de gezondheid van de bevolking te bevorderen, te beschermen of te behouden. Diverse initiatieven van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, zowel binnen de gezondheidszorg als daarbuiten (facettenbeleid) kunnen daarvoor zorgen.

¹Vlaamse overheid, *preventief gezondheidsbeleid*. Internet, 10 maart 2014. (<http://www.zorg-en-gezondheid.be>)

Preventie is in het kader van het gezondheidsbeleid meer dan het voorkomen van ziekten. Preventie omvat ook vroeg- detectie en in veel gevallen ook vroeg- interventie om erger te voorkomen.

Binnen het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen worden twee methoden toegepast:

- Gezondheidsbevordering is de preventiemethode waarbij de processen ondersteund worden, die individuen en groepen in staat stellen om de determinanten van hun gezondheid positief te beïnvloeden;
- Ziektepreventie is de preventiemethode waarbij:
 - het optreden van bepaalde ziekten wordt voorkomen door, ten eerste bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid weg te nemen of te beperken, ten tweede door beschermende factoren te versterken.
 - de gezondheidsschade door ziekten wordt beperkt of de genezingskans wordt vergroot door tijdige opsporing van ziekten of risico's.

Preventie binnen het social casework, is het voorkomen van moeilijkheden in het functioneren van mensen in de samenleving. Deze kerntaak gebeurt op verschillende niveaus, namelijk individueel, contextueel en maatschappelijk.

Op individueel niveau betekent dit, dat de maatschappelijk werker in een begeleidingsproces naast het curatief bezig zijn met de cliënt, ook aandacht besteedt aan mogelijke obstakels en hierop probeert te anticiperen.

Op contextueel niveau betekent dit dat de maatschappelijk werker aandacht heeft voor mogelijke signalen die een gezinssysteem, werkomgeving, vriendenkring uitzendt als indicatoren voor een dreigende escalatie. De maatschappelijk werker vangt deze signalen op om deze hierna constructief te hanteren in het begeleidingsproces.

Als laatste, betekent op maatschappelijk niveau, dat de maatschappelijk werker activiteiten of processen op gang zet voor een bredere groep van mensen, hulpvragers, cliënten met als doel problemen te voorkomen. Registratie van cliëntgegevens en van hulpverleningsprocessen kan hiertoe een nuttige bijdrage leveren.¹

¹ Vlaeminck H., Saelens S., *Social casework in de 21^e eeuw*. Mechelen. Kluwer 2010, p. 179

2.1.2 Prenatale Fase

Prenataal betekent voorafgaand aan de geboorte, meer specifiek, de zwangerschapsperiode tot aan de geboorte. Een zwangerschap duurt, gerekend vanaf de bevruchting, gemiddeld 266 dagen, dat zijn 38 weken of 9 maanden.

Als vrouwen merken dat ze 'over tijd' zijn, zullen ze in eerste instantie zelf een zwangerschapstest afnemen. Sommige vrouwen zullen daarna naar de huisarts of gynaecoloog gaan om te spreken over de verdere begeleiding gedurende de zwangerschap.

Bij het eerste gesprek met de huisarts of de vroedvrouw worden vragen gesteld over de gezondheidstoestand, vroegere ziekten, operaties, en ziekten in de familie. Dit om te bekijken of er zich, al dan niet, speciale problemen tijdens de zwangerschap zouden kunnen voordoen.

Wanneer een koppel tot een risicogroep van een bepaalde aandoening behoort, kan er voorgesteld worden bepaalde onderzoeken te laten doen. Een vlokentest, vruchtwaterpunctie, nekplooiemeting, .. afhankelijk van de afwijking die ze willen onderzoeken. Dit zal vooral gebeuren als er reeds erfelijke aandoeningen voorkomen in de familie en bij vrouwen die de leeftijd van 35 jaar bereikt hebben omdat de kans op afwijkingen dan statistisch hoger ligt.

Na het opnemen van de medische voorgeschiedenis zal er een lichamelijk onderzoek plaatsvinden, alsmede een inwendig onderzoek om de grootte van de baarmoeder te bepalen. Soms wordt er ook een bloed- en urine- onderzoek gedaan. Na het onderzoek geeft de arts of verloskundige adviezen betreffende voeding, gewichtstoename en lichaamsbeweging.¹

Ongeacht deze onderzoeken en mogelijke diagnoses, is zwanger zijn niet altijd rozengeur en maneschijn. Soms kan het knap lastig zijn, vooral tijdens het eerste trimester van de zwangerschap kunnen er heel wat vervelende kwaaltjes optreden. Sommige verdwijnen na drie maanden, andere houden de hele zwangerschap aan.

¹Menselijk lichaam, prenatale zorg. Internet, 10 maart 2014. (<http://www.menselijk-lichaam.com>)

Gezwellen handen en voeten, hoge bloeddruk, maagzuur, rugpijn, bandenpijn (stekende pijn onderaan de buik), spataders, aambeien, krampen in de benen, duizeligheid, vermoeidheid, gespannen borsten, misselijkheid, stemmingswisselingen,.. , het hoort er allemaal bij. De ene persoon zal hier al wat meer last van hebben dan de ander, afhankelijk van hormonale veranderingen.¹

Hormonen zijn chemische stoffen die door bepaalde klieren direct in je bloedbaan worden afgescheiden. Ze hebben een zeer specifieke uitwerking op de organen en weefsels van het lichaam. Tijdens je zwangerschap worden sommige hormonen ineens in veel grotere hoeveelheden geproduceerd, dat zorgt voor een aantal ongemakken. De belangrijkste zwangerschapshormonen zijn progesteron en oestrogeen.

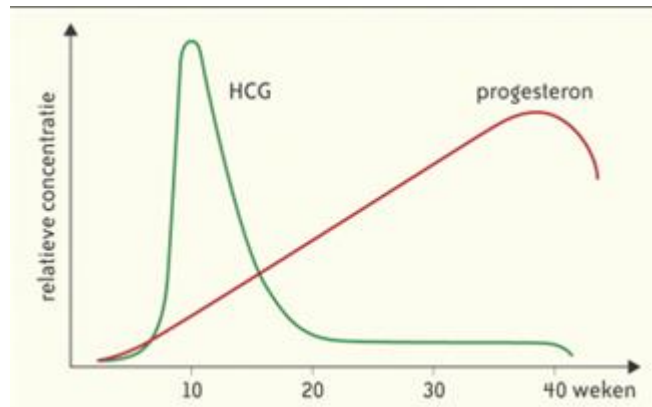
In de eerste weken van de zwangerschap wordt in de eierstokken progesteron aangemaakt. Twaalf weken na de bevruchting wordt de productie ervan door de placenta of moederkoek overgenomen. Het hormoon progesteron is verantwoordelijk voor het versoepelen van het spierweefsel, hierdoor kan onder meer de baarmoeder ongehinderd groeien en uitrekken. Ook het extra bloed dat tijdens de zwangerschap wordt aangemaakt, kan dankzij dit hormoon gemakkelijker getransporteerd worden. Verder zijn spataders, aambeien, gezwollen voeten, kriebels in de benen, kuitkrampen, vermoeidheid, misselijkheid en maagpijn aan de toename van progesteron te wijten.

Ongeveer zes dagen na de bevruchting komt ook het zwangerschapshormoon HCG (Humaan Choriongonadotrofine) vrij. Hierdoor komt het dat je al op de dag van de gemiste menstruatie kan testen of je al dan niet zwanger bent. Het HCG komt in je urine en doet het staafje van de zwangerschapstest omslaan als je zwanger bent.

De HCG concentratie zal in het begin van de meeste zwangerschappen elke 72 uur verdubbelen, om een piek te bereiken na 8 tot 12 weken. Daarna zal de concentratie van dit hormoon stilaan afnemen. (zie curve onderaan)

¹Internetpublishers BVBA, Ik ben zwanger, zwangerschapskwaaltjes. Internet, 19 maart 2014. (<http://www.ikbenzwanger.be>)

Net als progesteron wordt ook oestrogeen aanvankelijk in de eierstokken en daarna door de placenta geproduceerd. Het is dankzij het oestrogeen dat zowel de placenta als je baby groeien en ontwikkelen. Samen met progesteron is dit hormoon belangrijk voor de voorbereiding op de borstvoeding. Na de bevalling daalt de concentratie van oestrogeen en progesteron drastisch.



Oxytocine komt vrij bij het breken van de vliezen en speelt een doorslaggevende rol bij het samentrekken van de baarmoeder. Het is verantwoordelijk voor de contracties of weeën en zet zo de bevalling in gang. Moet de bevalling worden ingeleid, dan wordt een synthetische vorm van dit hormoon gebruikt.

Na de bevalling komt dan het hormoon prolactine in actie. Het stimuleert de melkklieren in de borsten. Telkens als de baby aan de tepel zuigt, wordt de productie van dit hormoon gestimuleerd. Voor het toeschieten van de melk is dan weer de oxytocine verantwoordelijk.

De verschillende hormonen zijn tijdens de zwangerschap volop in de weer om het lichaam op de ontwikkeling van de baby voor te bereiden. Deze aanpassingen brengen heel wat ongemakken met zich mee. Alle zwangere vrouwen hebben wel eens last van misselijkheid en vermoeidheid. In de meeste gevallen zou dit rond de 4^{de} maand verdwijnen doordat het lichaam zich aanpast aan de hormoonhuishouding.¹

Toch is het pas na de zwangerschap dat de grootste hormonale aanpassing volgt. De moederkoek, een vat vol hormonen valt weg en het oestrogeengehalte komt op een laag peil. Het is precies alsof je stopt met drugs, je lichaam vraagt hormonen die het niet krijgt. Voornamelijk de eerste drie à vijf dagen na de bevalling kun je hier last van hebben, daarna ebt het gevoel weg.

¹Walgraeve K. , *Het zijn de hormonen...* . Zappybaby, 7 mei 2013.

Hormonen hebben een grote invloed op de stemming of de gemoedstoestand van de vrouw. Doordat de productie van de hormonen tijdens de zwangerschap enorm toeneemt, zal de vrouw bijvoorbeeld een stuk emotioneler reageren. Uiteraard verschilt de reactie/gedragsverandering hierop, van vrouw tot vrouw.

Deze emoties en veranderingen in de emoties, zijn net zo belangrijk als de fysieke kant van de zwangerschap. Een zwangerschap is een zeer emotionele ervaring, men is onzeker en misschien zelf angstig naar de toekomst toe doordat een grote verandering en rolaanpassing zal plaatsvinden.

De meeste vrouwen kijken uit naar een zwangerschap en het moeder zijn. Maar als deze eenmaal in verwachting is, kan het gebeuren dat de gevoelens anders zijn dan eerst gedacht. Vrouwen die dachten dat ze angstig zouden zijn, kunnen zich prima op hun gemak voelen. Degenen die dachten dat ze er klaar voor waren, kunnen plotseling erg onzeker worden.

De gevoelens veranderen iedere maand die voorbijgaat en elke fase brengt zijn eigen emotionele kwesties met zich mee. De eerste maanden kan men overdonderd worden met het feit dat men zwanger is, de volgende maanden realiseert men zich dat men werkelijk een baby gaat krijgen. De laatste maanden zal er meer nagedacht worden over de lasten (en lusten) van het moederschap.

Gedurende deze 9 maanden is de vrouw extra gevoelig. Niet alleen werken haar zintuigen beter, ook zal ze minder goed haar emoties weten te verbergen. In plaats van een vervelende situatie te relativiseren, is de kans groot dat het een tranendal wordt. Soms lijkt een zwangere vrouw werkelijk overvallen te worden door haar emoties en lijken deze niet meer onder controle te zijn. De verantwoordelijke voor deze instabiele situatie is het hormoon progesteron. Deze beïnvloed gedurende de zwangerschap de catecholaminen.

Deze catecholaminen zijn een soort chemische hormonen die de emoties van de vrouw beïnvloed. Door een te hoge productie van het hormoon progesteron kan men down en huilerig worden. De hormonale veranderingen maken een zwangere vrouw bovendien moe en dus eerder geprikkeld.¹

¹ Leefwijze, Stemningswisselingen tijdens de zwangerschap. Internet, 24 maart 2014. (<http://www.leefwijze.be>)

Een zwangerschap verandert ook de relaties binnen het gezin. Bij een eerste kind, verandert de rol als individu of als partner. Eerst had men alleen verplichtingen aan zichzelf of aan een andere volwassene. Nu word men verantwoordelijk voor een volledig hulpeloze zuigeling.

Wanneer er een tweede, derde of vierde kind opkomt is, zijn er eveneens veranderingen in de gezinsverhoudingen naarmate de verantwoordelijkheden toenemen. Zelfs onder gunstigste omstandigheden, kan een kleintje dat in een gezin komt stress met zich meebrengen. Vandaar dat een zwangerschap ook wel een ontwikkelingscrisis wordt genoemd. Al is het krijgen van een baby zowel fantastisch als gewoon, toch kan het een overweldigende ervaring zijn. De hormonale veranderingen in je lichaam doen hier nog een schepje bovenop.

Mogelijke emotionele reacties kunnen zijn: vreugde, geluk, opwinding, depressie, onzekerheid, angst, prikkelbaarheid, kalmtte, grotere afhankelijkheid van partner of familie, trots, liefde voor de baby, gevoel van verbondenheid, verstrooidheid, verdriet over het afscheid van het leven zoals het was. Men kan ook bezorgt zijn over de financiën, leefomstandigheden, kinderopvang, veranderingen in de relatie met je partner, bevalling en de geboorte van de baby, of je wel een goede moeder zult zijn, enzovoorts, ...

Hoewel bovenstaande reacties volkomen normaal zijn, is het toch belangrijk hier goed mee om te gaan. Vooral op relationeel vlak kunnen zulke emotionele uitspattingen heel wat druk teweegbrengen. Tips die de stemmingswisselingen aangenamer kunnen maken: voldoende lichaamsbeweging, rusten wanneer het lichaam dit aangeeft, goed informeren over de gevolgen van de zwangerschap, gevoelens en gedachten delen met familie, vrienden of partner.

Vooraf goed geïnformeerd zijn, is van groot belang, dit maakt dat men op heel wat dingen voorbereid kan zijn en piekeren overbodig is. Hier luidt het gezegde: "een gewaarschuwd man is er twee waard!"

2.1.3 DIPSY- Zw

DIPSY- Zw staat voor: “detectie-instrument om psychosociaal kwetsbare zwangeren op te sporen” tijdens een routine prenatale raadpleging. Het omvat het invoeren van een handig en ‘snel’ screeningsinstrument om systematisch, psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen te detecteren die kunnen leiden tot ongunstige opgroeiomstandigheden bij het kind.

Het is een ‘snelle tool’ om psychosociaal kwetsbare risicogezinnen reeds voor de geboorte van het kind op te sporen. Deze screening gebeurt via de prenatale raadpleging bij de gynaecoloog, omdat de meeste zwangeren naar de gynaecoloog gaan voor de medische opvolging.

Doelstelling

Er zijn meer zwangeren met een psychosociaal kwetsbaar profiel. Deze risicofactoren hebben tijdens de zwangerschap invloed op een ongunstige ontwikkeling van het kind en komen vaak te laat (in de kraamperiode) aan het licht. Als tijdens de zwangerschap systematisch kan gescreend worden, kan deze problematiek vroeger worden aangepakt en de uitkomst voor het kind later positief beïnvloed worden.¹

In deze test maakt men steeds gebruik van de term ‘kwetsbare zwangeren’ of anders, ‘kansarme zwangeren’. Dit begrip heeft een heel ruime invulling voor vrouwen die extra zorgbehoeften hebben. Alle kansarme zwangeren worden aanzien als kwetsbaar, maar de term kwetsbare zwangeren omvat een ruimere groep vb mensen in armoede, laaggeschoolden, langdurig werklozen, alleenstaanden, allochtonen, sociale huurders, minder mobiele personen, gehandicapten, langdurig zieken,..²

Het DIPSY- Zw instrument vindt zijn oorsprong in de ALPHA- tool, dat staat voor ‘antenatal psychosocial health assessment’. De beoordeling van de psychosociale gezondheid van zwangere vrouwen en hun families is na grondig onderzoek in Canada tot stand gekomen. Dit doordat er een gebrek was aan een op “practice based evidence” gebaseerd hulpmiddel.

¹Vanhove, K., (kelly.vanhove@jessazh.be). *KBS_ voorstel*. E- mail aan Verspreet, J., (Jolien.Verspreet@STUDENT.PXL.BE), 8 december 2013.

²Hoogewys, A., De Grave, H., e.a., *Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: wat er is en wat er nodig is*. Brussel, 2013. (gepubliceerd rapport)

Het instrument is opgebouwd uit 15 risicofactoren die duidelijk geassocieerd zijn met ongunstige omstandigheden voor moeder en kind. Factoren als vrouwenmisbruik, kindmisbruik, depressie, enz.. zijn hier allemaal in verwerkt. Dit werd gedaan om op korte tijd voldoende informatie te verwerven van de patiënt en in te schatten of er al dan niet hulp ingeschakeld moet worden.¹

Later werd dit instrument meerdere keren op de proef gesteld door een systematisch onderzoek bij meer dan 200 proefpersonen. De interventiegroep werd onderworpen aan de ALPHA- tool, de controlegroep verkreeg de standaard zorg. Hieruit kwam verder dat door de ALPHA- test te gebruiken, problemen sneller beoordeeld werden als een dringende noodzaak aan zorg en vaker psychosociale problemen en huiselijk geweld opgespoord werden.

Cijfers:

Door de ALPHA- tool te gebruiken werden vrouwen met psychosociale risicofactoren vaker opgespoord, 36% tegenover 26% bij personen die onderworpen werden aan de standaard zorg. Ook werden vaker risicofactoren opgespoord die in het verleden hebben plaats gevonden vb. depressie werd door de ALPHA- test 10% meer ontdekt; slachtoffer of getuige kindermishandeling 17% tegenover 3% bij de gewone zorg. Hieruit kunnen we afleiden dat deze vragenlijst, in Canada althans, effectief gebleken is.²

Ook in Nederland werd het gebruik van de ALPHA- NL vragenlijst al onderworpen aan een effectiviteitstudie. Hieruit kwam verder dat het instrument in Amsterdam Noord en Zaanstad geschikt is om ongunstige opgroeisituaties tijdens de zwangerschap te signaleren. Het biedt een goed uitgangspunt voor zowel de zwangere als de verloskundige, om het gesprek over psychosociale problemen en risico's aan te gaan.

Hier zijn ze wel tot de conclusie gekomen dat naast het hanteren van het signaleringsinstrument ook kennis van de sociale kaart om een goede doorverwijzing te garanderen cruciaal is.

¹ CAROLL, J., Research effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment, Toronto, CMAJ, 2005

² MIDMER, D., BRYANTON, J., BROW, R., Assessing antenatal psychosocial health, Canada, CFP, 2004

Uit de 355 bevraagde zwangeren in Nederland, kwamen volgende resultaten verder:

- ingrijpende gebeurtenissen tijdens de zwangerschap, bij 40% van de zwangeren.
- Spanningen in het afgelopen jaar, 16%
- (ernstige) zorgen om de financiële situatie, 25%
- Zorgen om het gezins- en persoonlijke leven, 18%
- Emotionele problemen (in het verleden), 38%
- Matig tot sombere stemming tijdens de zwangerschap, 19%
- Relatieproblemen bij de eigen ouder, 23%
- Als kind niet veilig hebben gevoeld bij eigen vader (14%), moeder (8%)
- Een partner die (wel eens) drugs gebruikt, 11%
- Opvatting dat slaan hoort bij de opvoeding, 23% waarvan een derde, 'helemaal mee eens'
- Fysiek, geestelijk of seksueel geweld voor of tijdens de zwangerschap door de huidige partner, 3,1%

De 19% die matig tot sombere stemmingen tijdens de zwangerschap ervaart zal voor een deel te maken hebben met de eerder beschreven hormonale aanpassingen tijdens de zwangerschap, die deze stemmingwisselingen soms in de hand kunnen werken. Toch moet hier zeer alert mee omgesprongen worden omdat stress tijdens de zwangerschap een risicofactor inhoudt voor postnatale depressies.¹

Omdat de stageperiode te kort is om deze vragenlijst te onderwerpen aan een proefperiode, wordt de volledigheid van deze tool nagegaan aan de hand van de acht verschillende levensdomeinen (zie bijlage 2) die ons geleerd is in onze opleiding.

Een probleem komt nooit alleen, wanneer we spreken over kwetsbaren, wil dit niet zeggen dat hier noodzakelijk een probleem is maar dat hier wel meer kans toe is. Wanneer er zich dan wel een probleem voordoet, is dit vaak op meerdere levensdomeinen.

Toetsen van de acht levensgebieden:

Als eerste levensdomein is er huisvesting. Dit wordt niet bevraagd in de vragenlijst maar is meestal vooraf aan de consultatie al geweten. Wanneer men op consultatie gaat bij de huisarts of gynaecoloog wordt er steeds gevraagd naar de algemene gegevens als naam, adres, telefoonnummer,.. .

¹ Vink, R., Rijnders, M., Buitendijck, S., Vroeg erbij, vroegsignalering met de ALPHA-NL. KNOV, TVV, 2010

Het volgende levensdomein zijn de financiën. Dit punt komt in de vragenlijst aan bod en is belangrijk bij de komst van een kind. Een kind vraagt niet alleen een grote investering van tijd en energie maar brengt ook kosten met zich mee. Denk maar aan een bezoek aan de dokter, onderwijs, kleding,...

Ten derde is er het sociaal functioneren. Contact met familie en partner wordt duidelijk en meermaals bevraagd. Ook is er een vraag rond conflicthantering verwerkt in deze ALPHA vragenlijst. Dit is bedoeld als toetssteen naar het sociale vangnet in het geval er in de toekomst zich problemen zouden voordoen naar de opvang van het kind.

Het psychisch functioneren en de emoties die gepaard gaan met de komst van het kind, is een vierde levensdomein dat ook duidelijk aanwezig is in de vragenlijst.

Het volgende domein is zingeving. Dit domein komt niet heel duidelijk tot uiting bij het gebruik van deze vragenlijst. Het lichamelijk functioneren wordt ook niet bevraagd in deze lijst maar komt normaal aan bod tijdens de raadpleging zelf. Het praktisch functioneren ontbreekt ook in deze lijst en ten slotte, de dagbesteding is hier ook niet in opgenomen.

2.2 Besluit

Uit de literatuurstudie blijkt dat de DIPSY- Zw of ALPHA- vragenlijst in verschillende landen al effectief gebleken is. Door deze kansengroepen vroeg te signaleren, op te vangen en door te verwijzen, kan men spreken van preventieve zorg binnen de prenatale fase.

Wanneer deze doelgroep pas tijdens een later stadium, bvb na de geboorte van het kind geholpen wordt, zijn problemen al verder gevorderd, wat de zorg voor de zuigeling mogelijks in de weg kan staan. Psychosociale problemen die al verder gevorderd zijn, kunnen moeilijker behandeld/ verholpen worden waardoor het hele gezin en de opvoeding van het kind hieronder lijdt.

Tot slot werd de vragenlijst getoetst naar zijn volledigheid en is er ondervonden dat een aantal belangrijke levensgebieden ontbreken. Natuurlijk bouwt de consultatie niet verder op de ALPHA- lijst, maar is dit eerder een belangrijk ondersteunend middel voor deze raadpleging. Er wordt vanuit gegaan dat de vijf thema's die ontbreken in de vragenlijst gedurende de raadpleging sowieso tot uiting komen. Zo wordt het lichamelijk functioneren bevraagd bij het medisch onderzoek en komt er nog heel wat informatie naar boven tijdens het klinisch onderzoek.

Vervolgens wordt er in het praktisch schrijven een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit gebeurt door gynaecologen te bevragen in een interview. Het doel is, te weten te komen hoe zij tegenover deze vragenlijst staan en of dit instrument al dan niet gekend is.

3. Praktijk gedeelte

3.1 Inleiding

De afdeling moeder en kind van het Jessa ziekenhuis wordt regelmatig geconfronteerd met zwangere vrouwen met verschillende soorten problematieken. Doordat de sociale dienst te laat (pas na de bevalling) ingelicht werd, is het multidisciplinair team binnen de afdeling moeder en kind, op zoek gegaan naar een werkinstrument om zwangeren vroeger te detecteren. Hierdoor kwamen ze terecht bij de DIPSY- Zw of anders, de ALPHA- NL vragenlijst.

Deze vragenlijst is zoals eerder vermeld ontstaan in Canada en uiteindelijk toegepast in een aantal andere landen waaronder Nederland. Doordat in deze landen deze test als positief ervaren werd, worden er in dit gedeelte van mijn bachelorproef hierover een achttal gynaecologen geïnterviewd. Op die manier moeten de pro's en contra's van de ALPHA- test afgewogen worden om zo de haalbaarheid van het introduceren van deze test te toetsen bij de gynaecologen verbonden aan het Jessa ziekenhuis. De antwoorden op de verschillende vragen worden vervolgens opgenomen in mijn praktisch gedeelte, samen met mijn bevindingen en conclusies.

3.2 Toetsing van het theoretisch kader

Sinds 2012 is er een werkgroep “moeder en kind” opgericht. Dit multidisciplinair team bestaat uit: een gynaecologe, verpleegkundige Kind & Gezin, hoofdvroedvrouw verloszalen, orthopedagoge, hoofdvroedvrouw kraamafdeling, pediater, coördinator neonatologie en de sociaal werker van de afdeling moeder en kind.

Deze werkgroep is opgericht met het idee een instrument te introduceren om een betere opvang en ondersteuning van risicogezinnen op de kraamafdeling en de neonatale afdeling te garanderen. Om deze ondersteuning zo goed mogelijk in werk te stellen, is vroegdetectie van deze doelgroep een belangrijke meerwaarde. Op die manier kan ervoor gezorgd worden dat ouders met een geringe draagkracht na thuiskomst kunnen terugvallen op een vangnet van bestaande hulpverleningsinstanties.

Om dit project te kunnen bewerkstelligen, is het team op zoek gegaan naar een efficiënt en werkbaar instrument en zijn ze uitgekomen bij de ALPHA- tool die reeds in Nederland gebruikt werd. Hier werd de vragenlijst geïntegreerd omdat in de praktijk zwangeren met een psychosociaal kwetsbaar profiel na de bevalling niet goed opgevangen konden worden. Het kan gaan over zwangeren met relationele problemen, geweld binnen de relatie, lage socio-economische status,.. .

Volgens de begeleiding van het Amber- project, Karin Bas, van het CKG behoren niet alleen zwangeren met een psychosociaal kwetsbaar profiel tot de doelgroep van dit screeninginstrument, ook mensen in een 'normale' gezinssituatie met een hoge opleiding behoren hiertoe. Dit omdat ze evenzeer een beperkte draagkracht naar de opvoeding van het kind kunnen hebben door de combinatie carrière- en kinderwens.¹

Het CKG staat voor 'Centrum voor Kind en gezinsondersteuning'. Deze organisatie is een nauwe partner van de afdeling moeder en kind en dus ook van de sociaal werker die deze afdeling ondersteunt. Jonge gezinnen die moeilijkheden ervaren met de opvoeding van hun kind of die zich in een crisissituatie bevinden worden doorverwezen naar dit centrum.

Het verhogen van de bereikbaarheid van psychosociaal kwetsbare zwangeren is een uitdaging. Ook is er als zij reeds gedetecteerd zijn, momenteel geen geïntegreerd doorverwijs en opvolgsysteem (goede ketenzorg). Kwetsbare zwangeren worden momenteel vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Wanneer de patiënt na de screening opgevangen wordt en meteen correct doorverwezen wordt, kan de uitkomst voor het kind later positief beïnvloed worden.²

Daarom is ook dit één van de doelstellingen van de werkgroep moeder en kind. Het is belangrijk een regionaal, gestructureerd en doelgericht multidisciplinair netwerk uit te bouwen. Om op die manier kwetsbare zwangeren tijdig en vlot door te verwijzen naar zorgverleners en sociale organisaties die betrokken zijn bij de prenatale gezinsondersteuning.

¹ Vanhove, K., Mondelinge mededeling. Informeel gesprek, 18 maart 2014.

² Vanhove, K., (kelly.vanhove@jessazh.be). *KBS_ voorstel*. E- mail aan Verspreet, J., (Jolien.Verspreet@STUDENT.PXL.BE), 8 december 2013.

De werkgroep moeder en kind komt ongeveer één keer om de twee maanden samen. Bij deze vergadering nodigen ze steeds een organisatie van buitenaf uit om op die manier afspraken te maken rond een mogelijke samenwerking.

Een aantal van deze organisaties zijn:

- CAD (Centrum voor alcohol en andere drugproblemen)

Het CAD is een centrum dat ambulante ondersteuning en zorg biedt aan iedereen met een hulp- of informatievraag omtrent alcohol, medicatie, drugs en gokken.

Deze organisatie is één van de partners van het project van de werkgroep moeder en kind omdat personen met een verslavingsproblematiek ook behoren tot de doelgroep 'kwetsbare zwangeren'.

- Vzw DOMO (door ondersteuning mee opvoeden)

DOMO is een vrijwilligersorganisatie die opvoedingsondersteuning biedt aan kansarme gezinnen met kleine kinderen. Ze ondersteunen gezinnen met geen of een beperkt netwerk zodat ook deze kinderen tot 12 jaar van een volwaardige jeugd kunnen genieten. Ze werken met vrijwilligers waardoor ze deze hulpverlening gratis en laagdrempelig kunnen aanbieden.¹

- DAB (dienst ambulante begeleiding)

Deze dienst begeleidt ouders en kinderen met een risico op ontwikkelingsproblemen tijdens de voorschoolse periode. De begeleiders werken aan huis van het cliëntensysteem en bieden pedagogisch advies, steun en bekijken eventuele doorverwijsmogelijkheden. De dienst valt onder de VAPH- regelgeving waardoor het risico op ontwikkelingsproblemen wel degelijk aanwezig moet zijn. Er wordt aan de ouders een bijdrage van €5 gevraagd per huisbezoek.²

Deze dienst is zeker een meerwaarde voor de neonatale afdeling waar vaak baby's verblijven met een risico op ontwikkelingsproblemen door vroeggeboorte.

¹ Domovlaanderen, alle kinderen- ook de meest kwetsbare- hebben recht op een volwaardige jeugd. Internet, 16 april 2014. (<http://www.domovlaanderen.org/>)

² Vanhove, K., Verslag Werkgroep moeder en kind 5 september 2013, Hasselt, Jessa ziekenhuis, campus Virga Jesse, 2013. (niet gepubliceerd verslag)

- Thuislozenwerking CAW Limburg

Thuislozenwerking is een opvangcentrum bedoeld voor mensen die in nood zijn en zonder onderdak zitten. De thuislozenwerking biedt drie formules aan: als eerste is er de noodopvang, dit bevat enkel materiële hulp (bed, bad, brood) en kan pas na aanmelding via het OCMW of de politie.

Crisisopvang omvat een gecombineerd aanbod van materiële ondersteuning en intensieve psychosociale begeleiding. Elke hulpverlener kan mensen aanmelden voor de crisisopvang, maar de plaatsen zijn wel beperkt. Als laatste is er de algemene opvang, hier stromen mensen van de crisisopvang in wanneer ze geen alternatieve woonmogelijkheden vinden. Binnen de algemene opvang wordt er gewerkt aan re-integratie in de samenleving.¹

Als laatste, wordt het eerder vermelde CKG uitgebreider besproken. Het CKG, de Hummeltjes van Hasselt biedt zowel residentiële opvang als mobiele begeleiding:

Residentiële opvangmogelijkheden zijn:

- Crisisopvang in de leefgroep. Hier kan gebruik van gemaakt worden wanneer er een acute onverwachte gebeurtenis plaatsvindt waardoor er een plotse ernstige stresssituatie ontstaat en er dringend en onmiddellijk hulp nodig is om de veiligheid van het kind(eren) te waarborgen. Deze opvang is van kortdurende aard (max. 1 week) zodat ouders en/ of instanties naar een meer geschikte oplossing kunnen zoeken. De kostprijs wordt berekend op het inkomen. Deze opvang is 24/24 beschikbaar.
- Bij de boomhut is opname van kinderen tussen 0 en 12 jaar mogelijk, vaak op doorverwijzing van de jeugdrechtbank. Dit is een tijdelijke opname zodat de thuissituatie terug in evenwicht kan komen. Verblijf is mogelijk tot een maximum van 6 maanden. De dagelijkse structuur van het kind loopt gewoon verder als in de normale thuissituatie zoals naar school gaan, het uitoefenen van een sport of hobby's, huiswerk maken, enz..
- Als laatste is er het speelhuis, ook bedoeld voor opname van kinderen tussen 0 en 12 jaar. Hier kan gebruik van gemaakt worden op doorverwijzing van instanties of op vraag van de ouders zelf. Vb ouders met een huilbaby die een aantal dagen toe zijn aan rust, .. De prijs van deze opvangmogelijkheden wordt berekend op basis van het gezinsinkomen.

¹ Vanhove, K., Verslag Werkgroep moeder en kind 5 december 2013, Hasselt, Jessa ziekenhuis, campus Virga Jesse, 2013. (niet gepubliceerd verslag)

De mobiele- opvang mogelijkheden zijn:

- Zoals eerder vermeld, is men de laatste maanden ook meer alert naar mondiale gezinnen met een beperkte draagkracht. De begeleiding bestaat voornamelijk uit ondersteuning in de dagelijkse zorg van het kind, ontwikkelingsopvolging, opvoedkundige hulp en hechting. Ook word in deze werking gebruik gemaakt van de duplo methodiek. Via deze methodiek worden de rollen en interacties van het gezin visueel zichtbaar, waardoor de interactie duidelijk en bespreekbaar gemaakt wordt. De kostprijs van de ambermodule is volledig gratis door de subsidie die ze hiervoor krijgen van Kind en Gezin.
- De puzzel is het dagcentrum van het CKG. Hier kunnen ouders en kinderen vrijblijvend ondersteuning komen vragen rond opvoeding en wordt er aan netwerking gedaan. Ze kunnen zorgen voor materiële ondersteuning maar zijn ook voorzien van een wasruimte waar het kind verzorgd kan worden. De puzzel is voor ouders met kinderen tussen de 0 en 6 jaar. Ze kunnen hier terecht tegen de kostprijs van 1€ per deelname. Hier zijn een warme maaltijd voor het kind en een broodmaaltijd voor de ouder inbegrepen. Ouders kunnen hier 2 tot 3 keer per week terecht.¹

Het CKG is zeker een nauwe partner met onze kraamafdeling binnen het ziekenhuis. Door het ruime aanbod dat zich richt op de ondersteuning van gezinnen met jonge kinderen is hier in het verleden al meermaals naar doorverwezen. Ook de specifieke aandacht die er is voor de kwetsbare binnen de samenleving biedt een grote meerwaarde.

Sinds kort is er ook een proefperiode lopende rond het implementeren van de ALPHA test binnen de consultatie van de gynaecoloog in de 24^{ste} week van de zwangerschap. Dr. Ann Buyens, de gynaecoloog die betrokken is bij de werkgroep moeder en kind werkt hieraan mee. Zij laat systematisch alle patiënten die verwacht worden op een consultatie in de 24^{ste} week van de zwangerschap deze vragenlijst in de wachtkamer invullen. Deze wordt in de consultatie kort overlopen om op die manier patiënten vroegtijdig door te verwijzen indien hier verontruste situaties/ zaken uit blijken.

De oprichting van de werkgroep moeder en kind is dan ook een zeer mooi initiatief. De kennis die hier gedeeld wordt vanuit ieders expertise, kan zeker een meerwaarde bieden.

¹ Vanhove, K., Verslag Werkgroep moeder en kind 21 januari 2014, Hasselt, Jessa ziekenhuis, campus Virga Jesse, 2014. (niet gepubliceerd verslag)

De samenwerking wordt hier steeds duidelijk besproken om zo in de toekomst een goede ketenzorg te kunnen bewerkstelligen. Hierdoor zullen ouders en hun jonge kinderen op een efficiënte en doeltreffende manier verder geholpen worden.

Doordat tijdens elke vergadering een organisatie van buitenaf zich komt voorstellen, wordt de sociale kaart van deze werkgroep steeds meer uitgebreid en kan er zorg op maat van de hulpvrager of patiënt geboden worden. In bijlage drie kan je de sociale kaart die in de werkgroep moeder en kind opgesteld werd, terugvinden.

3.3 Onderzoeksmethode

In dit deel wordt onderzocht of de ALPHA- test al gekend is onder de gynaecologen. Of ze er al gebruik van maken en indien ze dit screeningsinstrument nog niet kennen, bereid zijn hier in de toekomst mee te werken.

In het Jessa ziekenhuis zijn 16 gynaecologen tewerkgesteld. Al deze gynaecologen werden zowel per mail als telefonisch gecontacteerd. De eerste acht gynaecologen waarmee een afspraak gemaakt kon worden, zijn geïnterviewd.

Vooraf zijn een aantal vragen opgesteld die fungeerde als een soort richtlijn bij het interview zelf. In het begin van het gesprek is steeds gevraagd of het gesprek opgenomen en hun naam vermeld mocht worden in mijn bachelorproef.

De acht geïnterviewde gynaecologen verbonden aan het Jessa ziekenhuis zijn: Prof. dr. Verguts, dr. Jadoul, dr. Buyens, dr. Schreurs, dr. Veldman, dr. Muyltermans, dr. Wisanto en dr. Duvivier.

Omdat er gebruik gemaakt wordt van een interview, gaat het hier om een kwalitatief onderzoek. De antwoorden en bevindingen van deze interviews kan u terugvinden in het volgende deel.

3.4 Onderzoek

In een periode van drie weken, zijn er acht gynaecologen geïnterviewd. Eerst werden deze gemaïld, nadien werden ze telefonisch gecontacteerd. De mail en vragenlijst kan u terugvinden in de bijlage (bijlage 4).

Op de vraag; 'wat vindt u zo boeiend aan deze job of wat maakt dat u dit zo graag doet?' Waren *“de afwisseling van consultaties, operaties en bevallingen, het patiëntencontact, het proces dat je van in het begin tot het einde kan opvolgen en zelf in handen hebt”*, de meest voorkomende antwoorden. Andere antwoorden waren, *“de ontwikkelingen die zich afspeelt, je leert steeds dingen bij, de wetenschappelijke achtergrond en het feit dat je met vrouwen werkt.”*

De wekelijkse caseload ligt voor alle acht gynaecologen tussen de 80 tot 140. Het bevat zowel consultaties als operaties en bevallingen.

Het verloop van de consultatie binnen de 24^{ste} week van de zwangerschap is bij de meeste gynaecologen een standaard consultatie. De toestand en ervaringen/ klachten van de voorbije weken wordt bevraagd, er wordt een bloedonderzoek en een urinecontrole gedaan. De grootte van de baarmoeder, de bloeddruk en het gewicht wordt gecontroleerd. Er wordt geluisterd naar het hartje van de baby. Op het einde van de consultatie wordt de glucose challenge test of suikertest uitgelegd.

Bij de vraag 'bent u alert naar mogelijk psychosociale problematieken van de patiënt', antwoorden de meeste gynaecologen dat ze dit probeerden te zijn. Dit wordt bevraagd in het begin van elke consultatie met de zin: "hoe gaat het met u?". Wanneer de patiënt hier op een negatieve manier op reageert, gaan de acht geïnterviewde gynaecologen hier allemaal verder op in.

Drie gynaecologen zijn vooral in het begin van de zwangerschap het meest alert naar psychosociale problemen. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat dan de voorgeschiedenis bevraagd wordt en dat op die moment de vrouw met de meeste angsten zit over de gezondheid van de baby. Één dokter zegt hier voornamelijk in het begin en op het einde van de zwangerschap alert naar te zijn. De andere vier gynaecologen proberen hier elk patiëntencontact aandachtig naar te zijn.

Indien ze een probleem opmerken, gaan ze zoals eerder vermeld hier verder op door en proberen ze dit bespreekbaar te maken. Wanneer de problemen van die aard zijn dat ze hier zelf geen vat op krijgen, verwijzen ze door. De meest voorkomende instanties waar naar doorverwezen wordt zijn, de psycholoog, de psychiater en de sociale dienst binnen het Jessa ziekenhuis of de huisdokter.

Van de acht gynaecologen zijn er drie die de ALPHA- tool kennen. De andere vijf, hebben nog nooit van deze vragenlijst gehoord. De drie gynaecologen die het kennen, kennen het van de werkgroep moeder en kind. Eén van deze drie is momenteel bezig aan de proefperiode. Gezien de korte duur van deze periode kon de dokter me niets vertellen over de effectiviteit van deze test.

Deze dokter heeft de vragenlijst op de volgende manier geïntegreerd in de consultatie:

“Wanneer de patiënt zich aanmeld bij de balie, krijgt deze wanneer men zich in de 24^{ste} week van de zwangerschap bevindt, de vragenlijst mee. Dan is het de bedoeling dat ze die vragenlijst in de wachtzaal invullen. Wanneer ze bij mij terecht kunnen overloop ik aan het begin van de consultatie zeer snel de vragenlijst wanneer ik zie dat er veel vieren en vijven ingevuld zijn, ga ik hier niet verder op in. Als er een aantal eenen en tweeën aangeduid zijn blijf ik hier iets langer bij stilstaan en verwijst ik door indien nodig.”

Op deze manier vraagt dit bij een gebalanceerd koppel vijf minuten aandacht van de dokter gedurende de consultatie. Wanneer er bij een koppel wel een aantal aandachtspunten tot uiting komen, ongeacht het levensdomein kan de investering van tijd beperkt worden door gebruik te maken van een geïntegreerd doorverwijssysteem.

Het is belangrijk een regionaal, gestructureerd en doelgericht multidisciplinair partnerschapnetwerk uit te bouwen. Zo kunnen kwetsbare zwangeren op een vlotte manier doorverwezen worden naar de juiste zorgverleners en sociale organisaties. Het netwerk verbonden aan de afdeling moeder en kind is door de werkgroep van de afdeling opgenomen in een sociale kaart, deze kan je terugvinden in de bijlage.

De andere twee gynaecologen die de ALPHA- vragenlijst kennen maken geen gebruik van deze tool omdat ze vonden dat deze eerst onderworpen moest worden aan een proefperiode. Eén gynaecoloog van deze twee zou nadat de proefperiode zijn effect bewezen had, deze vragenlijst zeker willen introduceren in het gynaecologisch onderzoek. De andere gynaecoloog staat hier meer kritisch tegenover en zou sowieso een aantal wijzigingen aan de vragenlijst willen doorvoeren.

De reden dat ze deze vragenlijst zou veranderen is omdat ze deze vragenlijst zeer bedreigend vindt. Ze denkt dat deze vragenlijst in zeer slechte aarde gaat vallen bij allochtonen.

Bij de andere vijf gynaecologen die de vragenlijst niet kennen waren de meningen verdeeld. Drie gynaecologen zouden in de toekomst zeker wel gebruik willen maken van de vragenlijst om de volgende redenen:

- *“Het is wel interessant. Het kost voor de gynaecoloog zelf niet zoveel tijd. Het geeft een beter zicht op de zwangerschap zelf en er worden meerdere zaken bespreekbaar gesteld.”*
- *“Het lijkt me de moeite waard om op die manier een effectief probleem op te sporen. Op deze manier bevraag je problematieken op een meer actieve manier. Indirect is niet altijd makkelijk om achter een probleem te komen en op deze manier gaan we er dan toch specifiek op in wat het voor de patiënt laagdrempeliger maakt om hier eventueel in een volgende consultatie vrij over te spreken.”*
- *“Ik vind het een goede manier om deze zaken bespreekbaar te maken en hier systematisch gebruik van te maken.”*

De overige twee gynaecologen staan meer kritisch tegenover de vragenlijst. Één van hen zou nooit op systematische wijze gebruik willen maken van deze tool. Deze vindt de vragenlijst niet voor iedereen geschikt. Deze gynaecoloog zou deze test eerder selectief toepassen bij personen die naar zijn gevoel hier echt behoefte naar hebben.

De laatste gynaecoloog zou in de toekomst ook eerder op selectieve wijze gebruik willen maken van de ALPHA-test. Tenzij dat een patiënt signalen geeft en zelf niet goed weet wat er is of dit moeilijk kan vertellen. De reden hiervoor is, omdat het volgens deze persoon juist iets te ver van de verloskundige opvolging staat.

“Ik zou deze vragenlijst enkel voorleggen aan mensen die hier zelf een signaal geven of hulp vragen. Het is een zeer ingrijpende en verregaande oplossing van preventie, het gaat heel ver in de persoonlijkheid van de patiënt. Ik zou de lijst eerder vrijblijvend meegeven met het boekje van Kind en Gezin dat ik bij de eerste consultatie meegeef en daarbij zou ik zetten, wat wens je verder te bespreken.

Er zijn natuurlijk zaken als rookgedrag, alcohol- en druggebruik, belangrijk om te weten tijdens de zwangerschap maar daar wordt sowieso achter gevraagd in de consultatie. De andere levensdomeinen kunnen naar mijn mening enkel bespreekbaar gesteld worden wanneer de patiënt hierin de toestemming geeft.”

Dit zijn alle meningen die tijdens de interviews werden verkregen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat van de acht geïnterviewde gynaecologen, drie deze ALPHA- test kennen. Één gynaecoloog is momenteel bezig aan een proefperiode.

Drie van de acht gynaecologen staan twijfelachtig tegenover het gebruik van deze vragenlijst. Één gynaecoloog zou de vragenlijst eerder aanpassen zodat deze minder bedreigend zou overkomen. De overige twee dokters zouden eerder op selectieve wijze gebruik maken van deze vragenlijst.

3.5 Besluit

Binnen mijn praktisch gedeelte heb ik de werking en samenstelling van de werkgroep moeder en kind uitgelegd. Deze introduceert en impliceert de voorturende ontwikkeling binnen de afdeling en brengt dit over naar de verschillende betrokkenen binnen deze werkgroep. Verder zet deze werkgroep zich ook in voor de preventieve hulpverlening.

Omdat preventieve hulpverlening bij de zwangere vrouw moeilijk of niet mogelijk is via de sociaal werker, willen ze voor het introduceren van de ALPHA- vragenlijst beroep doen op de gynaecologen. Omdat zij de zwangere vrouw wel in een zeer vroege periode binnen de zwangerschap zien, is een betere opvolging mogelijk. Doordat de gynaecoloog, de doelgroep op een vlotte en goede manier kan doorverwijzen, worden de kansen/ opgroeiomstandigheden van het kind verbeterd.

Denk maar aan generatiearmoede, een kind met druggebruikende ouders, ouders met emotionele of psychische problemen, een kind met een ouder die er alleen voor staat, partnergeweld,... Deze problemen zouden allemaal opgevolgd kunnen worden, waardoor het kind op een normale manier grootgebracht kan worden binnen een draagkrachtig gezin.

“Want zoals de hechtingstheorie van de Britse psychiater John Bowlby het stelt, hebben kinderen een aangeboren neiging om zich te hechten aan de belangrijkste volwassene in hun omgeving, hoe goed of slecht die volwassene ook met hen omgaat. Kinderen die vanaf de geboorte in weeshuizen en kindertehuizen opgroeien, zonder de beschikbaarheid van een specifieke opvoeder als gehechtheidspersoon, lopen een verhoogd risico op ernstige groei- en ontwikkelingsstoornissen op allerlei terreinen zoals de motoriek, de cognitie en de sociaal –emotionele ontwikkeling.”¹

¹ Van IJzendoorn, R., Bakermans M., *gehechtheid en trauma*. Leiden. HOGREFE 2010, p.11

Een veilige hechting wordt dus niet bepaald door de leefomstandigheden waarin het kind opgroeit, wel door de omgang die plaatsvindt tussen de opvoeder en het kind. Hieruit kan ik afleiden dat een uithuisplaatsing van het kind niet steeds de beste oplossing is. Daarom is het beter om ouders in moeilijke omstandigheden, ongeacht op welk levensdomein dit probleem zich situeert, deze op een preventieve wijze op te vangen, verder te helpen en op te volgen.

Natuurlijk zijn vrouwen in de zwangerschap al wat meer gevoelig en emotioneel door de vele hormonale veranderingen tijdens deze periode. Daarom is het belangrijk de expertise van de gynaecoloog hier in werking te stellen zodat deze vooraf duidelijk kan afwegen of een doorverwijzing al dan niet noodzakelijk geacht wordt.

Wanneer er doorverwezen wordt naar de sociale dienst, kan de sociaal werker de nodige stappen nemen en de nodige hulp/ zorg implementeren. De opvolging kan ook verder voorzien worden door de sociaal werker.

Uit de interviews die werden afgenomen blijkt dat minstens vijf van de acht gynaecologen in de toekomst mee wil werken aan het implementeren van preventieve hulpverlening binnen het gynaecologisch onderzoek. Meer specifiek door op systematische wijze gebruik te maken van de ALPHA- vragenlijst. De andere drie gynaecologen zijn niet helemaal overtuigd of zijn eerder terughoudend. Toeval of niet, het gaat hier juist om de drie oudste geïnterviewde gynaecologen die meer kritisch tegenover de vragenlijst staan.

Één van deze drie gynaecologen zou deze vragenlijst eventueel wel na een aantal aanpassingen van de vragen willen gebruiken. Nu vond deze de vragenlijst te bedreigend overkomen. Een andere gynaecoloog zou liever gebruik willen maken van deze vragenlijst wanneer het invullen hiervan meer vrijblijvend is voor de patiënt. Deze stelt dat wanneer mensen problemen niet tot uiting brengen of niet willen bespreken dat we ze hier ook niet kunnen toe dwingen.

De laatste van de drie gynaecologen is ook van mening dat we geen problemen moeten gaan zoeken. Wanneer de patiënt dit bespreekbaar wil stellen kunnen we hier pas ingrijpen.

Daarom is mijn aanbeveling om eerst de resultaten van de testperiode af te wachten en om nadien afhankelijk van deze resultaten, hier een eenduidig standpunt over in te nemen tussen alle gynaecologen verbonden aan het Jessa ziekenhuis. Er kunnen eventueel ook

nog een aantal aanpassingen gebeuren aan de vragenlijst waardoor deze minder bedreigend zal overkomen bij de patiënt.

Het antwoord op de vraag, of “het introduceren van deze ALPHA- tool binnen het gynaecologisch onderzoek mogelijk is”, is ja. Het antwoord op de onderzoeksvraag: “hoe staan gynaecologen verbonden aan het Jessa Ziekenhuis, tegenover het introduceren van de ALPHA- tool binnen het gynaecologisch onderzoek?” is, hier zijn de meningen verdeeld. Wanneer hier geen eenduidig standpunt tussen de gynaecologen over kan ingenomen worden, nadat ze hierover samen gezeten hebben, raad ik aan, aan de slag te gaan met de gynaecologen die hier wel voor openstaan.

Al is het maar één kind dat geholpen wordt door de afname van deze vragenlijst, dat is al veel waard. Deze ALPHA- tool kan ook mensen aan het denken zetten waardoor ze achteraf toch de nodige hulp en ondersteuning gaan zoeken. Het is ook een meerwaarde wanneer een consultatie bij de dokter zich niet puur richt op het medische maar ook meer alert is naar het menselijke aspect.

Door de drukte waarin we vandaag de dag leven, vergeten we wel eens te praten over dingen die ons dwarszitten. Zo kropt men zaken op wat de hele situatie zeker niet bevordert. Wanneer men uiteindelijk dan toch hulp wil, kan men vaak al spreken van een kluwen van problemen. Dit maakt dat het ‘herstellingsproces’ meer tijd en inspanning zal vragen van de hulpvrager.

Om dit tegen te gaan, biedt men steeds vaker preventieve hulpverlening aan. Op die manier wil men de chaos waarin men na lange tijd in beland vermijden en het probleem zo snel mogelijk verhelpen. Wanneer dit gaat over de doelgroep ‘zwangere’, is het belangrijk de situatie of ondersteuning te garanderen nog voor de baby geboren wordt, zodat de jonge zuigeling in normale omstandigheden groot kan worden.

Deze vragenlijst is een goed werkinstrument. Niet alleen omdat het zijn nut in heel wat andere landen al bewezen heeft maar ook omdat het belangrijk is, elk opgroeiend kind de kansen te geven die het verdient!

4. Kritische kijk

4.1 kritische kijk op stageplaats

De 14 weken stage op de sociale dienst van het Jessa ziekenhuis, is een ontzettend leerrijke periode geweest. Ik kreeg de kans om methodieken en gesprekstechnieken die we doorheen de opleiding geleerd hadden, hier werkelijk tot uiting te brengen. Natuurlijk ben ik nog steeds op zoek naar mijn eigen professionele houding en werkwijze, toch is deze al voor een groot deel gevormd doorheen de stage. Hiervoor wil ik al mijn collega's bedanken op de dienst maar in het bijzonder, Raf Jacobs, Isabelle Beunckens en Kelly Vanhove, dat ze mij deze kans hebben gegeven.

Buiten dat ik het een zeer leerrijke stage vond, was deze stage ook een zeer fijne periode. Dat maakte het wat moeilijker om hier een kritische blik op te werpen. De laatste weken ben ik hier extra alert naar geweest en ben ik tot de volgende bevindingen gekomen:

Naar mijn mening zijn de sociaal werkers onmisbaar binnen het ziekenhuis. Ik bedoel niet enkel op de afdelingen oncologie, PAAZ of de intensieve diensten maar binnen elke afdeling van het ziekenhuis. Niet elke afdeling doet even frequent beroep op de sociaal werker, toch is deze in heel wat afdelingen al goed ingeburgerd. Hierover mijn eerste bedenking. Ondanks het feit dat er heel wat beroep gedaan wordt op onze dienst, bestaat hier geen wettelijke normering over in de organisatiestructuur zoals die er wel is voor het verplegend personeel.

Dit is niet meteen een probleem wanneer elke sociaal werker, zijn job goed blijft doen en zich op één of andere manier onmisbaar maakt. Toch bestaat hierdoor het risico dat men van de ene op de andere dag ontslagen kan worden.

Een ander gegeven dat me bezighoudt is de invulling van ons professioneel handelen. Bij de opleiding wordt meegegeven dat het heel belangrijk is je houding, functioneren en aanpak te vormen en af te stemmen naar je eigen waarden en normen. Dat is iets waar je in deze organisatie naar mijn mening minder de kans toe hebt. Omdat de sociale dienst een ondersteunende rol heeft binnen het ziekenhuis, werken wij in functie van de dokters die er op zelfstandige basis tewerkgesteld zijn. Zo moeten wij aan de vraag van de dokters voldoen en deze volbrengen, ongeacht de eigen waarden, normen en inzichten.

Natuurlijk worden keuzes vaak gemaakt in samenspraak met het team, de familie of de patiënt toch zijn die keuzes niet altijd het beste volgens de eigen expertise. Dan heb je twee mogelijkheden, ofwel probeer je dit bespreekbaar te maken in het team, anders probeer je hier op de best mogelijke manier mee om te gaan.

Dit zijn de twee belangrijkste zaken die me de laatste weken zijn opgevallen. Er zijn ook heel wat positieve dingen verbonden aan het werken in een ziekenhuis. Je komt steeds met een zeer afwisselende doelgroep in contact: jong, oud, man of vrouw, lage sociale klasse maar ook gegoede burgers. Het werken in een multidisciplinair team is ook steeds heel leerrijk, omdat je zo ook heel wat kan bijleren van andere vakgebieden.

Ik ben zeer blij dat ik de kans gekregen heb om binnen deze organisatie stage te mogen lopen en zal heel wat kennis meenemen naar mijn volgende werkervaring(en).

4.2 Kritische kijk op mijn onderzoek

Toen ik het eerste kennismakingsgesprek had met mijn stagementor Kelly, vroeg ik eveneens ideeën voor de uitwerking van mijn eindwerk. Daarbij stelde ze meteen voor iets te doen met de ALPHA- test die reeds geïntroduceerd was in meerdere landen. Voor mij was dit een heel nieuw begrip maar omdat ik zelf niet wist wat te kiezen, heb ik hiermee ingestemd.

De weken die daarop volgde ben ik op onderzoek uitgegaan en heb ik heel wat Engelstalige artikels kunnen terugvinden over de 'ALPHA- tool'.

In eerste instantie wou ik de efficiëntie van de ALPHA- test onderzoeken. Om zo, de beweringen die ik in de verschillende artikels terugvond te staven met eigen voorbeelden van mijn onderzoek. Door de beperkte tijd kon ik dit echter niet verwezenlijken. Voor dit effectief te kunnen onderzoeken, zou al heel lange tijd gebruik gemaakt moeten worden van deze vragenlijst.

Een tweede idee was zwangere vrouwen bevragen en te peilen naar hun mening over deze vragenlijst, nadat ze deze ingevuld hadden. Ook dit was door de korte tijdspanne die ik had niet mogelijk. Uiteindelijk heb ik mijn onderzoek dan meer gericht op de personen die het probleem zouden moeten signaleren, dat zijn de gynaecologen.

Pas wanneer de gynaecologen vinden dat er een probleem is bij een patiënt, kan deze doorverwezen worden naar de sociale dienst. Dus het hele hulpverleningsproces staat of valt met de bijdrage van de verschillende gynaecologen. Dat maakt deze hulpverlening zo kwetsbaar, want de sociale dienst is afhankelijk van andere instanties. Daarom is het belangrijk de gynaecologen te informeren over het belang van een goede doorverwijzing.

Ik heb acht van de 16 gynaecologen binnen het Jessa Ziekenhuis geïnterviewd. Deze zijn bij toeval geselecteerd. Ik heb al de 16 gynaecologen gecontacteerd, de eerste acht waarmee ik een afspraak kon maken heb ik geïnterviewd.

Als ik mijn onderzoek opnieuw zou mogen doen, weet ik niet of ik het anders zou aanpakken. De acht gynaecologen die ik geïnterviewd heb, gaven elk hun mening. Deze heb ik duidelijk opgenomen in mijn onderzoek en hieruit heb ik kunnen afleiden dat de meerderheid het introduceren van deze ALPHA- test een goed initiatief vindt.

5. Algemeen besluit

Ik ben in mijn eindwerk vertrokken vanuit de centrale vraag “Is preventieve zorg binnen de prenatale fase mogelijk aan de hand van de DIPSY- Zw- test?”. Deze vraag heb ik proberen te kaderen binnen het theoretisch gedeelte waarin ik al deze begrippen uitgebreid bespreek.

Hieruit kon ik concluderen dat de DIPSY- Zw test zeker een goed instrument is dat preventief ingezet kan worden in de prenatale fase. Het heeft als doel mogelijke problemen nog voor de geboorte van het kind bespreekbaar te maken. Zo wil men trachten de opvoedingsomstandigheden van het jonge kind zo comfortabel mogelijk te laten verlopen eventueel met de nodige ondersteuning.

In mijn praktisch deel heb ik eerst toegelicht waarom het introduceren van de ALPHA- test zo belangrijk is binnen het ziekenhuis. Nadien heb ik getracht te achterhalen of het introduceren van de ALPHA- vragenlijst mogelijk is binnen het gynaecologisch onderzoek bij gynaecologen verbonden aan het Jessa Ziekenhuis. Hieruit kwamen verschillende meningen tot uiting. Een aantal gynaecologen waren meteen enthousiast, anderen stonden hier meer kritisch tegenover.

Over het algemeen kan ik besluiten dat de eerste stappen in de goede richting al gezet zijn. De werkgroep moeder en kind staat als multidisciplinair team zeer sterk en probeert noodzakelijke verandering binnen de verschillende afdelingen te implementeren. De proefperiode rond de ALPHA- test is ook lopende. De volgende stap zou kunnen zijn, de verschillende gynaecologen verbonden aan het Jessa Ziekenhuis te overtuigen over het belang van het signaleren van deze doelgroep.

6. Bibliografie

6.1 Bronnen van het internet

- Domovlaanderen, alle kinderen- ook de meest kwetsbare- hebben recht op een volwaardige jeugd. Internet, 16 april 2014. (<http://www.domovlaanderen.org/>)
- Hospilim vzw, Home. Internet, 18 maart 2014. (www.hospilim.be)
- Internetpublishers BVBA, Ik ben zwanger, zwangerschapskwaaltjes. Internet, 19 maart 2014. (<http://www.ikbenzwanger.be>)
- Leefwijze, Stemmingwisselingen tijdens de zwangerschap. Internet, 24 maart 2014. (<http://www.leefwijze.be>)
- Menselijk lichaam, prenatale zorg. Internet, 10 maart 2014. (<http://www.menselijk-lichaam.com>)
- Vlaamse overheid, Beleid over ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg. Internet, 4 maart 2014. (<http://www.zorg-en-gezondheid.be>)
- Vlaamse overheid, preventief gezondheidsbeleid. Internet, 10 maart 2014. (<http://www.zorg-en-gezondheid.be>)

6.2 Geschreven bronnen

- CAROLL, J., Research effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assesment, Toronto, CMAJ, 2005
- Grosemans A., Van verticaal naar horizontaal, Virga jesseziekenhuis kantelt arbeidsorganisatie, z.j. (verslag)
- Hoogewys, A., De Grave, H., e.a., Perinatale ondersteuning van kansarme gezinnen: wat er is en wat er nodig is. Brussel, 2013. (gepubliceerd rapport)
- MIDMER, D., BRYANTON, J., BROW, R., Assessing antenatal psychosocial health, Canada, CFP, 2004
- Vlaeminck H., Saelens S., Social casework in de 21^e eeuw. Mechelen. Kluwer 2010, p. 179
- Vanhove k., Informatie voor studenten, Sociale dienst, campus Virga Jesse. Hasselt 2013. (niet-gepubliceerde brochure)
- Vanhove, K., (kelly.vanhove@jessazh.be). Ontslagmanagement E- mail aan Verspreet, J., (Jolien.Verspreet@STUDENT.PXL.BE), 17 maart 2014.
- Vanhove, K., (kelly.vanhove@jessazh.be). KBS_ voorstel. E- mail aan Verspreet, J., (Jolien.Verspreet@STUDENT.PXL.BE), 8 december 2013.

- Vanhove, K., Verslag Werkgroep moeder en kind 5 september 2013, Hasselt, Jessa ziekenhuis, campus Virga Jesse, 2013. (niet gepubliceerd verslag)
- Vanhove, K., Verslag Werkgroep moeder en kind 21 januari 2014, Hasselt, Jessa ziekenhuis, campus Virga Jesse, 2014. (niet gepubliceerd verslag)
- Van IJzendoorn, R., Bakermans M., *gehechtheid en trauma*. Leiden. HOGREFE 2010, p.11

- Vink, R., Rijnders, M., Buitendijck, S., Vroeg erbij, vroegsignalering met de ALPHA-NL. KNOV, TVV, 2010
- Walgraeve K. , Het zijn de hormonen... . Zappybaby, 7 mei 2013.

6.3 Mondelinge bronnen

- Vanhove, K., Mondelinge mededeling. Informeel gesprek, 18 maart 2014.

7. Samenvatting: BASISINFORMATIE EINDWERK

VOORNAAM : Jolien

NAAM: Verspreet

KLAS : 3MAW

DEPARTEMENT : PXL Social Work

ACADEMIEJAAR : 2013-2014

TREFWOORD : Kwetsbare zwangeren

TITEL : Is preventieve zorg binnen de prenatale fase mogelijk aan de hand van de DIPSY- ZW- test?

SAMENVATTING :

Steeds meer zwangeren hebben een psychosociaal kwetsbaar profiel. Deze risicofactoren hebben reeds tijdens de zwangerschap invloed op een ongunstige ontwikkeling van het kind. Deze factoren komen vaak te laat in de kraamperiode aan het licht. Daarom is het belangrijk bij te dragen tot het welzijn van jonge gezinnen door preventieve dienstverlening aan te bieden in de prenatale fase.

Gedurende mijn stage heb ik binnen de sociale dienst van campus Virga Jesse meegedraaid op de afdelingen neurologie en moeder en kind.

De afdeling neurologie richt zich op de diagnostiek en behandeling van aandoeningen aan de hersenen, zenuwen, spieren en het ruggenmerg. De meest voorkomende aandoeningen zijn; een cerebrovasculair accident (CVA), dementie, epilepsie, multiple sclerose (MS), ziekte van parkinson,..

De afdeling moeder en kind richt zich voornamelijk op het deskundig begeleiden van de vrouw in de perinatale fase. Zowel voor de bevalling, tijdens de bevalling, na de bevalling als gedurende het verblijf in het ziekenhuis word je omringd door een multidisciplinair team dat de ouders bijstaat met raad en daad. Hier werkt de sociale dienst zowel via consultaties als op de afdeling: kraam, verloszalen, neonatologie en pediatrie.

Het eindwerk heeft betrekking op deze laatste afdeling en bestaat uit drie grote delen. In het eerste deel, het theoretisch kader bespreek ik het begrip preventie, de prenatale fase en de DIPSY- Zw- test. Preventie is in het kader van het gezondheidsbeleid meer dan het voorkomen van ziekten. Preventie omvat ook vroeg- detectie en in veel gevallen ook vroeg- interventie om erger te voorkomen.

De DIPSY- ZW- test is een detectie-instrument om psychosociaal kwetsbare zwangeren op te sporen tijdens een routine prenatale raadpleging. Het omvat het invoeren van een handig en 'snel' screeningsinstrument om systematisch, psychosociale risicofactoren bij zwangere vrouwen te detecteren die kunnen leiden tot ongunstige opgroeiomstandigheden bij het kind.

In het tweede gedeelte van mijn eindwerk, heb ik eerst het theoretische kader getoetst. Hierin heb ik me toegespitst op de werkgroep moeder en kind die zich frequent bezighoudt met de ontwikkelingen in het zorglandschap van het jonge kind. Deze werkgroep is met het idee gekomen om een detectie- instrument te introduceren om kwetsbare ouders vroeg in de zwangerschap te detecteren. Hierdoor zijn ze uitgekomen bij de ALPHA- tool, de engelstalige versie van de DIPSY-ZW- test.

Voor het hanteren van de DIPSY- ZW- test moeten we beroep doen op personen die de zwangere vrouw in een vroege periode van de zwangerschap zien, de gynaecologen. Daarom heb ik ervoor gekozen om in het onderzoeksgedeelte van het praktische kader gynaecologen te interviewen.

Ik heb de pro's en contra's van het introduceren van de ALPHA- test in het gynaecologisch- onderzoek bevestigd bij verschillende gynaecologen verbonden aan het Jessa ziekenhuis via een interview. Hierin kwamen heel wat verschillende meningen naar boven. De meerderheid van de bevestigde gynaecologen zou in de toekomst gebruik willen maken van dit screeningsinstrument omdat dit een betere opvolging van de zwangerschap mogelijk maakt. De overige gynaecologen staan hier meer kritisch tegenover en zouden niet systematisch gebruik maken van deze vragenlijst.

Mijn aanbeveling is om eerst te bekijken of er onder de gynaecologen verbonden aan het Jessa ziekenhuis een éénduidig standpunt kan ingenomen worden in verband met deze vragenlijst. Als dit niet zo is, raad ik aan, aan de slag te gaan met de gynaecologen die hier wel gebruik van willen maken.

Tot slot heb ik mijn kritische kijk en algemeen besluit verwoord.