

A background image showing several hands gently holding a baby, with a semi-transparent dark overlay.

RAPPORTAGE

DRIJFVEREN, OBSTAKELS EN KANSRIJKE AANKNOPINGSPUNTEN BIJ HET SIGNALEREN VAN GEZINNEN IN EEN KWETSBARE SITUATIE

ONDERZOEK ONDER KRAAMZORG EN GYNAECOLOGEN
IN NEDERLAND

D&B

Dijksterhuis & van Baaren

Nijmegen

• November 2021

COLOFON

Rapportage
November 2021

OPDRACHTGEVER:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

OPDRACHTNEMER:

Dijksterhuis & Van Baaren

Team:

Tünde van Hoek

Lotte Spijkerman

Kimberley van der Heijden

Hannah van Steenis.

Met dank aan Renate de Bie, Adja Waelput, Leonie Daalderop, Simone van der Veen, Hiske Ernst-Smelt en nog vele anderen voor hun inzet en bijdrage aan dit onderzoek.

info@dbgedrag.nl

www.dbgedrag.nl



INHOUDSOPGAVE

Klik op de paginanummering om naar de hoofdstukken te gaan.

4 SAMENVATTING

6 HOOFDSTUK 1 AANLEIDING

9 HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSVRAGEN

11 HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSOPZET

22 HOOFDSTUK 4 DATA-ANALYSE

26 HOOFDSTUK 5 RESULTATEN KRAAMZORG

- 29 Onderzoeksvraag 1 - In hoeverre signaleren kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden op dit moment zwangeren en gezinnen met kinderen tot 2 jaar in een kwetsbare situatie?
- 38 Kerninzichten Onderzoeksvraag 1
- 39 Onderzoeksvraag 2: Welke drijfveren of weerstanden hangen samen met signaleren door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden?
- 48 Kerninzichten Onderzoeksvraag 2
- 50 Onderzoeksvraag 3: Welke aanknopingspunten zijn er verder bij kraamzorgprofessionals om zwangeren in een kwetsbare situatie beter te signaleren?
- 57 Kerninzichten Onderzoeksvraag 3
- 59 Onderzoeksvraag 4: Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door kraamverzorgenden?
- 66 Kerninzichten Onderzoeksvraag 4

67 HOOFDSTUK 6 RESULTATEN GYNAECOLOGEN

- 70 Onderzoeksvraag 1: In hoeverre signaleren gynaecologen op dit moment zwangeren in een kwetsbare situatie?
- 78 Kerninzichten Onderzoeksvraag 1
- 79 Onderzoeksvraag 2: Welke drijfveren en weerstanden hangen samen met signaleren door gynaecologen?
- 85 Kerninzichten Onderzoeksvraag 2
- 86 Onderzoeksvraag 3: Welke aanknopingspunten zijn er verder bij gynaecologen om zwangeren in een kwetsbare situatie beter te signaleren?
- 95 Kerninzichten Onderzoeksvraag 3

97 HOOFDSTUK 7 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

100 HOOFSTUK 8 CONCLUSIES

- 101 Belangrijkste bevindingen - Kraamzorg
- 104 Kansrijke aanknopingspunten - Kraamzorg
- 105 Belangrijkste bevindingen - Gynaecologen
- 108 Kansrijke aanknopingspunten - Gynaecologen

109 BIJLAGEN

SAMENVATTING

De eerste 1000 dagen in het leven van een kind zijn bepalend voor diens latere fysieke en mentale gezondheid. Daarom is het belangrijk dat gezinnen in een kwetsbare situatie al vroeg worden gesignaleerd en ondersteund. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben wij onderzocht hoe kraamzorgprofessionals en gynaecologen potentiële kwetsbaarheid signaleren in deze cruciale eerste periode van het leven van een kind.

We onderzochten in hoeverre kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen op dit moment kwetsbaarheid signaleren, welke drijfveren en obstakels ze hierbij ervaren en welke andere aanknopingspunten er zijn om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid beter te signaleren. Ook onderzochten we hoe cliënten van kraamverzorgenden het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid door hun kraamverzorgende ervaren.

Uit de resultaten blijkt dat 48,5% van de kraamzorg-intakers en 67,6% van de gynaecologen in dit onderzoek geen gevalideerd signaleringsinstrument gebruikt voor het signaleren van potentiële kwetsbaarheid. Mogelijk klopt dit cijfer bij gynaecologen echter niet, omdat signaleringsinstrument R4U in veel ziekenhuissystemen zit ingebouwd, mogelijk zonder dat zij dit weten. Ook blijkt dat het per niet-medische risicofactor van kwetsbaarheid verschilt of en hoe consequent kraamzorg-intakers en gynaecologen ernaar

vragen als onderdeel van de intake van zwangeren. Vaak stellen ze liever pas vragen over niet-medische risicofactoren op indicatie of als er concrete signalen zijn.

Verder blijkt dat hoe meer kennis kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen hebben over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, des te meer van deze factoren ze in kaart brengen bij zwangeren en gezinnen. Een erg groot deel van zowel de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (92,5%) als de gynaecologen (80,8%) in dit onderzoek zegt dan ook dat ze behoefte hebben aan bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

Uit het onderzoek onder cliënten van kraamverzorgenden blijkt dat het voor cliënten belangrijk is dat ze begrijpen waarom hun kraamverzorgende vragen stelt over onderwerpen zoals financiële problemen en opleidingsniveau. Voor vrijwel alle niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we onderzochten, geldt dat als een cliënt begrijpt waarom ernaar wordt gevraagd, de kans significant kleiner is dat de cliënt het vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.

We eindigen het rapport met kansrijke aanknopingspunten voor kraamzorgprofessionals en gynaecologen om potentiële kwetsbaarheid beter te signaleren bij zwangeren en gezinnen. Deze aanknopingspunten bieden suggesties voor beleidsvorming, interventies en vervolgonderzoek.

LEESWIJZER

Voor je ligt een rapport met veel informatie. Of je al deze informatie moet lezen, hangt af van wat je doel is en hoeveel tijd je hebt.

Het belangrijkste hoofdstuk is **Hoofdstuk 8. Conclusies**. Hierin beschrijven we de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek en wat daaruit voortvloeiende aanbevelingen zijn voor kraamzorg en gynaecologen om kwetsbaarheid beter te signaleren. Als je vooral wil weten wat de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek zijn en wat je ermee kunt, volstaat het om dit hoofdstuk te lezen.

Wil je net iets meer weten? Dan loont het om daarnaast ook **Bijlage C, Bijlage D, Bijlage E** en **Bijlage F** te bekijken, waarin grafieken staan die een deel van het onderzoek goed visueel samenvatten. In **Hoofdstuk 7. Beperkingen van het onderzoek** staat bovendien beschreven welke beperkingen er zitten aan de conclusies die je kunt trekken op basis van het onderzoek.

Merk je dat je nog net wat meer cijfers wil weten? Dan kun je daarnaast ook de Kerninzichten per onderzoeksvraag lezen in **Hoofdstuk 5. Resultaten kraamzorg** en **Hoofdstuk 6. Resultaten gynaecologen**. Je herkent ze aan de geel gemarkeerde pagina's in die hoofdstukken.

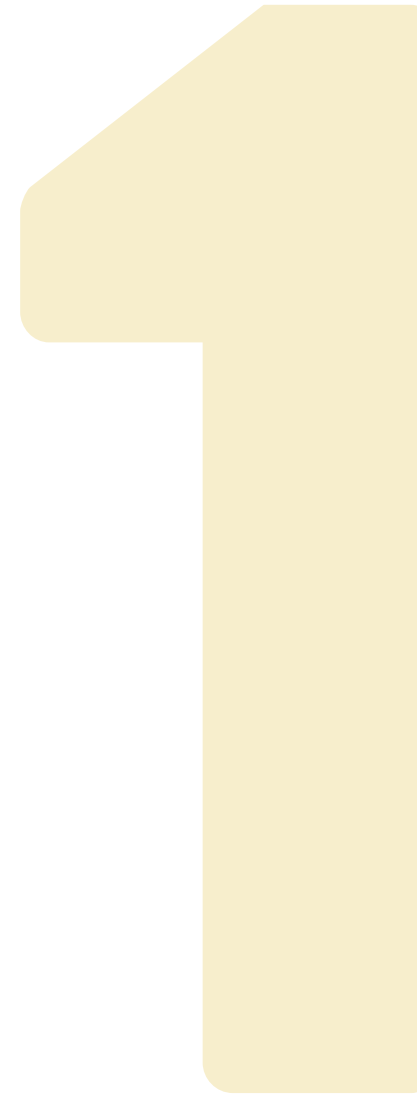
Als je al lezende merkt dat je meer wil weten over hoe dingen zijn gemeten, kun je daar alles over vinden in **Hoofdstuk 3.**

Onderzoeksopzet. Ben je een onderzoeker, en wil je de precieze analyses en bijbehorende cijfertjes (zoals p-waardes) weten? Dan kun je in **Hoofdstuk 5. Resultaten kraamzorg** en **Hoofdstuk 6. Resultaten gynaecologen** meer details vinden.

Tot slot is het handig om te weten dat we dit onderzoek eerder uitvoerden onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in Nederland. Als je daar nieuwsgierig naar bent, kun je het rapport over dit onderzoek vinden op de website van Kansrijke Start: www.kansrijkestartnl.nl

HOOFDSTUK 1

AANLEIDING



AANLEIDING

Het landelijke actieprogramma Kansrijke Start richt zich op het bieden van een optimale kans op een goede toekomst aan kinderen gedurende de eerste 1000 dagen van hun leven¹. De gezondheid voor, tijdens en na de geboorte blijkt namelijk een belangrijke voorspeller van zowel fysieke als mentale problemen op latere leeftijd. Er zijn zowel medische als niet-medische risicofactoren die een goede start op dit gebied kunnen belemmeren en een kind of gezin kwetsbaarder kunnen maken. Voorbeelden van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid zijn armoede, een ongunstige buurt, opvoeding, gezondheid en verslaving van ouders, psychosociale problemen en huiselijk geweld².

Daarom moeten met name ouders in een kwetsbare situatie passende ondersteuning krijgen, stelt de Gezondheidsraad. Voordat die ondersteuning echter kan worden gegeven, moet eerst worden gesignaleerd dat er sprake is van een kwetsbare situatie bij ouders. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor professionals die zowel preconceptioneel als in de eerste 1000 dagen van het leven van een kind in aanraking komen met het gezin. Kansrijke Start wil onderzoeken hoe deze professionals kunnen worden geholpen bij het tijdig signaleren van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie. Hiervoor hebben zij de hulp ingeschakeld van gedragspsychologen van het onderzoeksbureau Dijksterhuis & van Baaren.

DIJKSTERHUIS & VAN BAAREN

Dijksterhuis & van Baaren is een onderzoeksbureau dat zich richt op maatschappelijke vraagstukken die te maken hebben met gedragsverandering. Het is opgericht door professoren Ap Dijksterhuis en Rick van Baaren, met als doel om de kennis die in wetenschappelijk onderzoek over menselijk gedrag wordt opgedaan in te zetten voor belangrijke vraagstukken in de praktijk.

De centrale gedachte is dat je menselijk gedrag eerst moet begrijpen voordat je het kunt veranderen. Door te begrijpen waar bepaald gedrag vandaan komt, is het duidelijker waar je de oplossing moet zoeken. Ieder vraagstuk rond gedragsverandering is hierin uniek. Dat wil zeggen dat je, voordat je een tactiek verzint om gedrag te veranderen, allereerst moet onderzoeken welke drijfveren en weerstanden een rol spelen bij het huidige gedrag. Als je dat weet, kun je met een gedragsinterventie inspelen op die specifieke drijfveren en weerstanden en zo succesvol gedrag veranderen.

1. Gezondheidsraad (2018). De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's.

2. Broek, A. van den, Kleijnen, E., & Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

DOELGROEP EN DOELGEDRAG

Dit onderzoek is onderdeel van de tweede helft van het Beter Signaleren project dat wij in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitvoeren. In dit project onderzoeken we hoe professionals in de geboortezorg gezinnen in kwetsbare situaties momenteel signaleren en welke drijfveren en obstakels hierbij een rol spelen. In de eerste helft van het project onderzochten we hoe eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid signaleren. Na afronding van dat onderzoek kozen we ervoor, in overleg met het ministerie, om in de tweede helft van het project twee andere beroepsgroepen te onderzoeken: **kraamverzorgenden en kraamzorgintakers en gynaecologen.**

De reden hierachter is dat vrijwel alle (aanstaande) moeders in Nederland (98,9%) in contact komen met kraamzorg³, en er hiermee dus een groot aandeel van alle gezinnen in een kwetsbare situatie zouden kunnen worden gesignaleerd. Kraamverzorgenden krijgen daarnaast, door de aard van hun werk, een uniek kijkje achter de voordeur van een nieuw gezin. Kraamzorg-intakers zijn verantwoordelijk voor de intake van nieuwe gezinnen. Hiermee vervullen zowel kraamverzorgenden als kraamzorg-intakers een belangrijke rol als het gaat om het tijdig signaleren van

kwetsbaarheden. Gynaecologen komen voornamelijk in contact met zwangeren die (dreigende) complicaties ervaren, en zijn daarmee ook een belangrijke schakel in de geboortezorgketen. Zo krijgen we, al met al, een completer beeld van hoe kwetsbaarheid wordt gesignaleerd door verschillende professionals in de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg.



LEESSTEUNTJE:

De onderzoeksvragen en onderzoeksopzet van het huidige onderzoek komen grotendeels overeen met die van een eerder gepubliceerd onderzoeksrapport: *Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen: Onderzoek onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in Nederland.*

Het verschil met het huidige onderzoek is dat dit keer kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn onderzocht. Het onderzoeksrapport over eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen is te downloaden via de website van Kansrijke Start (www.kansrijkestart.nl).

3. KCKZ special (2020). De beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind.

HOOFDSTUK 2

ONDERZOEKSVRAGEN



ONDERZOEKSVRAGEN

We richten ons in dit onderzoek onder kraamverzorgenden, kraamzorg-intakers en gynaecologen op de volgende vier onderzoeksvragen:

ONDERZOEKSVRAAG 1

In hoeverre signaleren kraamverzorgenden, kraamzorg-intakers en gynaecologen op dit moment zwangeren of gezinnen met kinderen tot 2 jaar in een kwetsbare situatie?

ONDERZOEKSVRAAG 2

Welke drijfveren of weerstanden van kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen hangen samen met signaleren?

ONDERZOEKSVRAAG 3

Welke verdere aanknopingspunten zijn er bij kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen om zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren?

ONDERZOEKSVRAAG 4

Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door kraamverzorgenden?

Onderzoeksvraag 1 t/m 3 onderzochten we bij zowel kraamverzorgenden en -intakers als bij gynaecologen. Onderzoeksvraag 4 onderzochten we alleen bij cliënten van kraamverzorgenden.

We beschrijven eerst in **3. Onderzoeksopzet** per beroepsgroep hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd en leggen dan uit in **4. Data-analyse** hoe we de onderzoeksdata analyseerden. Hierna beantwoorden we de onderzoeksvragen apart voor de twee beroepsgroepen aan de hand van de onderzoeksresultaten in **5. Resultaten kraamverzorgenden en -intakers** en **6. Resultaten gynaecologen**. Per onderzoeksvraag sommen we steeds de belangrijkste kerninzichten op. Tot slot vatten we in **7. Conclusies** de belangrijkste inzichten samen die we uit dit onderzoek als geheel kunnen halen, en plaatsen we enkele kritische kanttekeningen bij het onderzoek.

HOOFDSTUK 3

ONDERZOEKSOPZET



ONDERZOEKSOPZET

VRAGENLIJST ONDER PROFESSIONALS

Om Onderzoeksvraag 1 t/m 3 te beantwoorden, verspreidden we in juni en juli 2021 een vragenlijst onder kraamverzorgenden en kraamzorg-intakers. Dit deden we voornamelijk via het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ), dat de oproep in hun nieuwsbrief en via hun social-mediakanalen deelde. Daarnaast verspreidden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden uit ons netwerk de vragenlijst onder hun collega's.

Daarnaast werkten we samen met onderzoekers van het Erasmus MC om Onderzoeksvraag 1 t/m 3 te beantwoorden over gynaecologen. Voor een update van eerder wetenschappelijk onderzoek naar risicoscreening van niet-medische risicofactoren uit 2013⁴, hebben we met hen samengewerkt om de vragenlijst te ontwikkelen die werd gebruikt in het eerdere onderzoek dat we uitvoerden onder eerstelijns verloskundigen[5]. Deze vragenlijst verspreidden de onderzoekers van het Erasmus MC in oktober en november 2020 onder gynaecologen, waardoor wij gebruik konden maken van de verzamelde data. Hoewel de vragenlijst die zij gebruikten grotendeels overeenkwam met de vragenlijst die wij voor kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden gebruikten, zijn sommige vragen niet gesteld aan gynaecologen. In dit hoofdstuk beschrijven we eventuele verschillen tussen de vragenlijst van gynaecologen en de vragenlijst van kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden.

Beide vragenlijsten bestonden uit grofweg drie onderdelen, ieder bedoeld om één van de drie onderzoeksvragen te beantwoorden:

Deel 1. Kwetsbaarheid signaleren. Om antwoord te geven op Onderzoeksvraag 1, stelden we vragen over hoe respondenten op dat moment kwetsbaarheid signaleerden bij hun cliënten.

Deel 2. Drijfveren en obstakels. Om antwoord te geven op Onderzoeksvraag 2, vroegen we in de vragenlijst naar een aantal gedragsfactoren waarvan we, op basis van de verkennende projectfase hiervoor, vermoedden dat die mogelijk een drijfveer of obstakel voor de professional zijn om kwetsbaarheid te signaleren.

Deel 3. Andere aanknopingspunten. Om antwoord te geven op Onderzoeksvraag 3, stelden we ook vragen aan respondenten over andere mogelijke aanknopingspunten. Zo stelden we vragen over onder andere het signaleerbeleid bij hun organisatie, hun behoefte aan bijscholing over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid en het contact met andere partners in de geboortezorgketen.

In de volgende sectie wordt per onderdeel van de vragenlijst aangegeven of de vragen bij alle professionals aan bod kwamen, of dat de vragen alleen aan kraamverzorgenden, kraamzorg-intakers, alle gynaecologen of alleen gynaecologen die intakes verzorgen werden gesteld.

4. Vos, A. A., van Voorst, S. F., Waelput, A. J. M., de Jong-Potjer, L. C., Bonsel, G. J., Steegers, E. A. P., & Denktas, S. (2015). Effectiveness of score card-based antenatal risk selection, care pathways, and multidisciplinary consultation in the Healthy Pregnancy 4 All study (HP4ALL): Study protocol for a cluster randomized controlled trial.

5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). Drijfveren, obstakels en kansrijke aanknopingspunten bij het signaleren van kwetsbare gezinnen: Onderzoek onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in Nederland. www.kansrijkestart.nl

1. KWETSBAARHEID SIGNALEREN

Kwetsbaarheid signaleren is een breed en veelzijdig begrip. Het bestaat uit veel losse onderdelen, de een concreter dan de ander, wat het lastig te meten maakt. Zo kun je het gebruik van een gevalideerd signaleringsinstrument zien als teken dat een professional kwetsbaarheid signaleert. Bij kwetsbaarheid signaleren hoort daarnaast het doorvragen in gesprekken en het oppikken van non-verbale reacties van cliënten. In dit onderzoek is gekozen voor drie manieren om signaleren te meten in de steekproef:

Meetmethode 1: De professional gebruikt een gevalideerd signaleringsinstrument

We vroegen respondenten van welk signaleringsinstrument zij gebruik maken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te signaleren. Kraamverzorgenden en -intakers konden hierbij kiezen uit:

- **TNO vroegsignaleringschecklist⁶**: een checklist met 35 stellingen, bedoeld als hulpmiddel voor kraamverzorgenden bij het signaleren van problemen bij een gezin. Ontwikkeld en gevalideerd door TNO.
- **Vragenlijst van Gezamenlijke Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ) voor kraamzorg⁷**: de bestaande GIZ-methodiek⁸ is doorontwikkeld voor de kraamzorg en wordt momenteel als pilot getest in een aantal kraamzorgorganisaties. Onderdeel

van de GIZ-methodiek is een vragenlijst die kan worden gebruikt om gebieden met potentiële kwetsbaarheid in kaart te brengen.

- Een ander signaleringsinstrument (zelf in te vullen door de respondent).

Gynaecologen die intakes verzorgen, konden kiezen uit:

- **Rotterdam Reproductive Risk Reduction (R4U)⁹**: een vragenlijst voor geboortezorg professionals om niet-medische risicofactoren en beschermende factoren in kaart te brengen die bijdragen aan potentiële kwetsbaarheid, gebaseerd op en gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek¹⁰. Ontwikkeld en gevalideerd door het Erasmus MC.
- **Mind2Care¹¹**: een vragenlijst die zwangeren zelf invullen om psychische klachten, psychosociale problemen en middelengebruik in kaart te brengen. Mind2Care is gevalideerd, en wordt momenteel beheerd door het Landelijk Kenniscentrum voor Psychiatrie en Zwangerschap (LKPZ).
- **Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA-NL)¹²**: een vragenlijst die zwangeren zelf invullen om psychosociale problemen van de moeder en opgroei-omstandigheden van het kind in kaart te brengen en daarmee het potentiële risico op kindermishandeling in te schatten. Ontwikkeld en gevalideerd door TNO.
- Een ander signaleringsinstrument (zelf in te vullen door de

6. TNO (2011). Checklist vroegsignalering in de kraamtijd. Via https://www.tno.nl/media/1018/tno-gl-h-11-05-13checklist_a41.pdf

7. Rijnders, M., Vink, R., & Bontje, M. (2021). Kraamzorg op maat: Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg. TNO. Via <http://publications.tno.nl/publication/34637842/0WQPi5/TNO-2021-kraamzorg.pdf>

8. Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid. Wat is GIZ? Via <https://www.ncj.nl/giz/wat-is-giz/>

respondent).

Als een respondent aangaf een van deze instrumenten te gebruiken, werd er gevraagd hoe vaak ze dit instrument gebruiken. De antwoordopties voor gynaecologen waren ‘zelden’, ‘bij zwangeren waarvan ik denk dat het nodig is’, ‘bij het merendeel van de zwangeren’ of ‘bij alle zwangeren/standaard’. Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden kregen dezelfde antwoordopties, alleen was ‘zwangeren’ hierbij vervangen door ‘gezinnen’.

Meetmethode 2: De professional vraagt naar specifieke risicofactoren en beschermende factoren

Er is een aantal factoren waarvan uit wetenschappelijke literatuur bekend is dat ze invloed hebben op de kwetsbaarheid en draagkracht van zwangeren of jonge gezinnen¹³. Dit zijn factoren die te maken hebben met werk en inkomen (bijvoorbeeld moeilijk aflosbare schulden of werkloosheid), sociale factoren (bijvoorbeeld sociale steun of relatieproblemen), leefstijl (bijvoorbeeld roken of drugsverslaving), opleidingsniveau, huisvestingsproblemen, etniciteit van de ouders en of de zwangerschap gewenst was. In Bijlage B staat een compleet overzicht van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we in dit onderzoek gebruikten om te onderzoeken of professionals deze factoren signaleren. Bij kraamzorg-intakers waren dit 20 factoren, en bij gynaecologen waren dit 19 factoren.

We vroegen kraamzorg-intakers en gynaecologen die intakes verzorgen over welke van deze factoren zij vragen stellen aan zwangeren/nieuwe gezinnen als onderdeel van de intake. Dit kan zowel in een vragenlijst zijn die mensen zelfstandig invullen, als in een intakegesprek. Als professionals aangaven niet standaard te vragen naar een factor, vroegen we waarom ze dit niet doen.

Meetmethode 3: De (kraamzorg) professional vertoont signaleergedrag

Om ook de gedragscomponent van het signaleren te meten, formuleerden we voor kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden 12 items. Elk item was een concreet voorbeeld van hoe je als professional kwetsbaarheid of risicofactoren kunt signaleren. Een voorbeeld van een item is “Als een zwangere/ouder tijdens een afspraak iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door”. De volledige lijst met gebruikte items is te vinden in **Bijlage C**. Gynaecologen kregen deze items niet; hun signaleergedrag is dan ook niet gemeten.

We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden om aan te geven hoe vaak deze items de afgelopen maand van toepassing waren geweest op hun werkwijze. Ze gaven antwoord aan de hand van een 5-punts Likertschaal die liep van ‘nooit’, ‘minder dan de helft van de tijd’, ‘de helft van de tijd’, ‘meer dan de helft van de tijd’

9. Kennisnet Geboortezorg. R4U. Via <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/wp-content/uploads/2020/12/R4u.pdf>

10. Vos, A. A., van Veen, M. J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2015). An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). doi: 10.5334/ijic.1512Vos, A. A., van Veen, M. J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2015). An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). doi: 10.5334/ijic.1512

11. Stichting Mind2Care. Via <https://www.mind2care.nl/en> en https://lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1363706178.pdf

12. ZonMw. ALPHA-NL: Signalering Kindermishandeling tijdens de zwangerschap. Via <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/effectief-werken-in-de-jeugdsector/alpha-nl-signalering-kindermishandeling-tijdens-de-zwangerschap/>

tot ‘*altijd*’.

We berekenden de interne consistentie van de scores op deze items voorafgaand aan de analyses met behulp van Cronbach’s alpha*. De items in dit onderzoek bleken voldoende interne consistentie te vertonen om ze samen te kunnen nemen als één construct ($\alpha = .98$). We bundelden deze items samen door de somscore van alle items te berekenen van iedere respondent. Deze somscore is een indicatie van ‘signaleergedrag’.

Hoe hoger een respondent scoort op signaleergedrag, hoe meer gedragingen hij of zij vertoont die wijzen op het signaleren van kwetsbaarheid. Als je deze scores op signaleergedrag los bekijkt, lijken ze weinig concreets te zeggen. De scores worden pas betekenisvol als je ze analyseert in relatie tot andere onderdelen van de vragenlijst. Daarom gebruiken we deze meetmethode vooral om Onderzoeksvraag 2 te beantwoorden, om te zien hoe signaleergedrag samenhangt met bepaalde drijfveren en obstakels.

2. DRIJFVEREN EN OBSTAKELS

Om Onderzoeksvraag 2 te beantwoorden, stelden we van tevoren een overzicht op met factoren waarvan we, op basis van gesprekken met professionals en literatuuronderzoek, vermoedden dat die een rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen.

1. Kennis

We gaven alle respondenten een lijst met signalen van veertien (kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden) of acht (alle gynaecologen) niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid en vroegen hun om aan te geven in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze daar kennis over hebben. We legden uit dat we met ‘kennis hebben’ bedoelen dat ze de kennis mondeling zouden kunnen overdragen aan een ander, bijvoorbeeld een stagiair(e). We benadrukten dat het hierbij dus niet ging over intuïtie of onderbuikgevoel. Respondenten gaven antwoord op een schaal die liep van 1 (*veel te weinig kennis*), naar 2 (*niet genoeg kennis*), 3 (*genoeg kennis*) tot 4 (*ruim voldoende kennis*). Een volledig overzicht van de risicofactoren en de zelfgerapporteerde kennis hierover is te vinden in Bijlage D.

Respondenten kregen een score van 0 voor risicofactoren waarvan ze aangaven veel te weinig of niet genoeg kennis te hebben. Ze kregen een score van 1 voor risicofactoren waarvan ze aangaven genoeg of ruim voldoende kennis te hebben. Vervolgens berekenden we voor elke respondent een totaalscore van zelfgerapporteerde kennis door te berekenen over hoeveel procent van de veertien (voor kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden) of acht (voor gynaecologen) niet-medische risicofactoren een respondent aangaf genoeg of ruim voldoende kennis te hebben. Hoe hoger dit percentage voor zelfgerapporteerde kennis is, des te hoger het aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid is waarvan de respondent aangeeft genoeg of ruim voldoende kennis

13. Vos, A. A., van Veen, M. J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2015). An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). doi: 10.5334/ijic.1512

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

te hebben.

2. Opleiding

We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (niet aan de gynaecologen) in hoeverre ze vonden dat er binnen hun opleiding voldoende aandacht is besteed aan hoe je niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid bij (aanstaande) ouders kunt signaleren. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*totaal niet*), 2 (*onvoldoende*), 3 (*voldoende*) tot 4 (*ruim voldoende*). We rekenden de scores om naar 0 (*onvoldoende of totaal niet*) of 1 (*voldoende of ruim voldoende*).

3. Werkervaring

Professionals die meer werkervaring hebben, houden zich misschien meer of minder bezig met het signaleren van kwetsbaarheid. We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden en gynaecologen dan ook in de vragenlijst hoe lang ze werkzaam zijn als kraamzorg-intaker, kraamverzorgende of gynaecoloog. Respondenten konden kiezen uit 0 tot 5 jaar, 5 tot 10 jaar, 10 tot 20 jaar, 20 tot 30 jaar of meer dan 30 jaar.

4. Gebruik van een signaleringsinstrument

We vroegen aan kraamzorg-intakers en gynaecologen die intakes verzorgen of ze een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Om precies te zijn, vroegen we aan kraamzorg-intakers of ze de vroegsignaleringschecklist van TNO of de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg gebruiken. Aan gynaecologen die intakes verzorgen, vroegen we of ze R4U, Mind2Care of ALPHA-NL

gebruiken.

5. Gebruiksgemak signaleringsinstrument

Hoe lastiger je het vindt om een bepaald signaleringsinstrument te gebruiken, des te kleiner de kans waarschijnlijk is dat je je bezighoudt met het signaleren van kwetsbaarheid. Daarom onderzochten we het gebruiksgemak van signaleringsinstrumenten door kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen die intakes verzorgen te vragen “Hoe moeilijk of makkelijk vind je het om dit signaleringsinstrument te gebruiken?”. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*erg moeilijk*), 2 (*moeilijk*), 3 (*een beetje moeilijk*), 4 (*best makkelijk*), 5 (*makkelijk*) tot 6 (*erg makkelijk*).

6. Risicoperceptie

Als je onderschat hoeveel van je cliënten zich in een kwetsbare situatie bevinden, ben je waarschijnlijk minder geneigd om te proberen kwetsbaarheid te signaleren bij je cliënten. Daarom vroegen we aan alle professionals “Van alle zwangeren/gezinnen die jij tijdens je werk ziet, bij hoeveel procent (%) denk je dat er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid? Maak een schatting”.

7. Veranderurgentie

Als je vindt dat er al genoeg aandacht wordt besteed aan niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, of dat de aanpak niet hoeft te worden verbeterd, hou je je misschien minder bezig met het signaleren van kwetsbaarheid bij cliënten. Dit noemden we ‘veranderurgentie’ in dit onderzoek. We hebben dit gemeten door middel van twee vragen. We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in hoeverre er volgens hen onder hun

collega's voldoende aandacht is voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Ze kozen hierbij uit de antwoordopties 1 (*veel te weinig aandacht*), 2 (*niet genoeg aandacht*), 3 (*voldoende aandacht*) of 4 (*ruim voldoende aandacht*). Hoe lager de score die respondenten gaven, des te meer ze vinden dat er te weinig aandacht is voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Deze vraag werd niet voorgelegd aan gynaecologen.

De andere vraag om veranderurgentie te meten, die we alle professionals (inclusief gynaecologen) stelden, was of ze vinden dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren kan worden verbeterd in de praktijk of organisatie waar ze werken, en zo ja, hoe. Respondenten konden hierbij kiezen voor de opties 'Nee, de huidige aanpak is goed', of 'Ja', waarna een aantal mogelijke verbeterpunten werd genoemd (zoals meer overlegmomenten met andere zorgverleners). We scoorden dit item door een 0 toe te kennen aan respondenten die zeiden dat de huidige aanpak goed is, en een 1 te geven aan respondenten die vonden dat de aanpak kan worden verbeterd.

8. Zelfoverschatting

Ongeacht hoe goed je je bezighoudt met het signaleren van kwetsbaarheid, het is geen exacte wetenschap, en dus zal je af en toe kwetsbare cliënten over het hoofd zien. Als je je eigen vermogen om kwetsbaarheid te signaleren erg hoog inschat, doe je misschien minder je best om kwetsbaarheid te signaleren. Daarom vroegen we kraamzorg-intakers en alle gynaecologen om te schatten bij hoeveel procent (%) van de zwangeren/gezinnen die ze zien,

ze denken kwetsbaarheid over het hoofd te zien. Hoe lager dit percentage is, des te hoger respondenten hun eigen vermogen inschatten om kwetsbaarheid te signaleren.

9. Tijd voor een intake-consult

Om kwetsbaarheid te signaleren bij je cliënten, heb je voldoende tijd tijdens consulten nodig om vragen te stellen of eventueel door te vragen bij antwoorden die een cliënt geeft. Daarom vroegen we kraamzorg-intakers en gynaecologen die intakes verzorgen hoeveel minuten ze voor een intake-consult hebben. Daarnaast vroegen we wat ze vinden van de tijd die voor een intake gepland staat. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*veel te kort*), 2 (*kort*), 3 (*precies goed*), 4 (*te lang*) tot 5 (*veel te lang*). Verder werden kraamzorg-intakers gevraagd hoe vaak een intake-consult uitloopt. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*nooit*), 2 (*minder dan de helft van de tijd*), 3 (*de helft van de tijd*), 4 (*meer dan de helft van de tijd*) tot 5 (*altijd*).

10. Verwijsmogelijkheden

Als je niet goed weet waar je kwetsbare cliënten naar door kunt verwijzen, zou de kans dat je de moeite neemt om kwetsbaarheid te signaleren bij je cliënten, kleiner kunnen zijn. Daarom wilden we weten hoe duidelijk de verwijsmogelijkheden zijn voor respondenten.

We onderzochten dit door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden de volgende vraag te stellen: "Indien jij een ouder in een kwetsbare situatie signaleert, met wie communiceer

jij dit?”. Respondenten konden hierbij meerdere opties kiezen uit ‘Verloskundige’, ‘Leidinggevende’, ‘Collega’, ‘Huisarts’, ‘Iemand anders’ of ‘Ik weet niet aan wie ik dit moet communiceren’. Bij elke aangevinkte optie vroegen we in hoeverre de respondent het gevoel heeft genoeg gelegenheid te hebben om met deze andere professional te overleggen over de gezinnen in kwetsbare situaties, of zij het gevoel hebben goed begrepen te worden tijdens een overleg, of de andere professional actie onderneemt op basis van de overlegde informatie en of er nadien ook terugkoppeling is. Ook vroegen we hoe kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden dachten dat het delen van informatie verbeterd zou kunnen worden. We legden deze vragen niet voor aan gynaecologen.

Verder legden we alle professionals (inclusief gynaecologen) de volgende vraag voor: “Stel dat er bij een van uw patiënten (of een gezin) sprake is van een van de onderstaande niet-medische risicofactoren. Bij welke van deze factoren is het voor u duidelijk naar welke partij, zorgverlener of instantie u haar kunt doorverwijzen? Dat kan bijvoorbeeld doordat er vastgestelde zorgpaden of routekaarten zijn, of doordat een collega u dat heeft verteld”. We gaven een lijst van niet-medische risicofactoren voor kwetsbaarheid en respondenten antwoordden bij elke factor met ‘ja’ of ‘nee’. Een volledig overzicht van de niet-medische risicofactoren en de duidelijkheid van de verwijsmogelijkheden volgens respondenten in dit onderzoek is te vinden in Bijlage E.

We berekenden een totaalscore van de hoeveelheid duidelijke

verwijsmogelijkheden. Respondenten kregen een score van 0 voor risicofactoren waarvan ze aangaven niet te weten waar ze deze cliënten naar door kunnen verwijzen. Ze kregen een score van 1 voor risicofactoren waarvan ze aangaven te weten waar ze cliënten naar door kunnen verwijzen. We telden deze scores bij elkaar op en rekenden dit om naar een totaalscore. Deze totaalscore geeft aan van hoeveel procent van de opgenoemde niet-medische risicofactoren respondenten weten waar ze de cliënt naar door kunnen verwijzen. Hoe hoger dit percentage, des te hoger het aantal verwijsmogelijkheden een respondent kent voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

11. Self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken

Het signaleren van kwetsbaarheid gaat deels over het durven aangaan van moeilijke gesprekken. Als je je niet vaardig voelt in het aangaan van gesprekken over gevoelige onderwerpen, is de kans waarschijnlijk kleiner dat je zulke gesprekken aangaat. Daarom formuleerden we voor kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden acht stellingen, en voor gynaecologen zes stellingen over self-efficacy in het bespreken van gevoelige onderwerpen en vroegen we alle respondenten in hoeverre ze het eens zijn met deze stellingen. Voorbeelden van deze stellingen zijn “Als een cliënt emotioneel wordt in een gesprek, voel ik me slecht op mijn gemak” of “Ik deins er niet voor terug om ook onderwerpen te bespreken met zwangeren die misschien pijnlijk zijn (bv. seksueel misbruik of psychische problemen)”. Respondenten antwoordden op een schaal van 1 (*sterk mee oneens*), 2 (*mee oneens*), 3 (*beetje mee oneens*), 4 (*beetje mee eens*), 5 (*mee eens*) tot 6 (*sterk mee eens*).

Bij de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek bleek de score op deze stellingen voldoende interne consistentie te hebben om ze samen als één construct te behandelen in de rest van de analyses ($\alpha = .80$). Daarom berekenden we voor iedere kraamverzorgende en -intaker een totaalscore door hun gemiddelde score op alle acht stellingen te berekenen. Hoe hoger de score op self-efficacy, des te minder schroom een kraamzorg professional voelt en des te vaardiger een kraamzorg professional zich voelt om gevoelige onderwerpen te bespreken. Bij de gynaecologen in dit onderzoek bleken de scores onvoldoende interne consistentie ($\alpha = .56$) te hebben om ze samen als één construct te behandelen in de rest van de analyses. Oftewel, er was teveel variatie tussen de antwoorden op de stellingen om er iets over te kunnen zeggen als geheel. Daarom lieten we self-efficacy bij de gynaecologen uit de analyse.

12. Aandacht voor sociale aspecten

Niet iedereen is in dezelfde mate geïnteresseerd in de sociale aspecten van zijn of haar werk. Professionals die minder graag aandacht besteden aan de sociale aspecten die komen kijken bij hun werk, houden zich misschien minder bezig met het signaleren van kwetsbaarheid bij hun cliënten. Daarom formuleerden we in totaal vijf stellingen die we voorlegden aan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden om te meten in hoeverre ze zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk. Voorbeelden van stellingen zijn “Ik leef erg mee met mijn cliënten, zowel bij positieve als negatieve gebeurtenissen” en “Ik hou me liever bezig met de medische kant dan de sociale kant van mijn werk”.

Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*sterk mee oneens*), 2 (*mee oneens*), 3 (*beetje mee oneens*), 4 (*beetje mee eens*), 5 (*mee eens*) tot 6 (*sterk mee eens*). Deze stellingen werden niet voorgelegd aan gynaecologen.

De scores op deze stellingen bleken voldoende interne consistentie ($\alpha = .73$) te hebben om ze samen als één construct te behandelen in de rest van de analyses. Daarom berekenden we voor iedere respondent een totaalscore door hun gemiddelde score op alle vijf stellingen te berekenen. Hoe hoger deze totaalscore op ‘aandacht voor sociale aspecten’, des te liever een respondent zich bezighoudt met de sociale aspecten van zijn of haar werk.

13. Onderbuikgevoel

In gesprekken met professionals voorafgaand aan het onderzoek kwam regelmatig het woord ‘onderbuikgevoel’ of ‘niet-pluisgevoel’ naar voren. Daarom vroegen we ons af in hoeverre een onderbuikgevoel een rol speelt bij het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (niet door gynaecologen). We legden de volgende stelling voor aan alle kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden: “Als het gaat om het signaleren van kwetsbaarheid, durf ik te vertrouwen op mijn onderbuikgevoel”. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*sterk mee oneens*), 2 (*mee oneens*), 3 (*beetje mee oneens*), 4 (*beetje mee eens*), 5 (*mee eens*) tot 6 (*sterk mee eens*). Hoe hoger respondenten scoren op ‘onderbuikgevoel’, des te meer ze vertrouwen op hun onderbuikgevoel bij het signaleren van kwetsbaarheid. Deze stelling werd niet voorgelegd aan gynaecologen.

DEEL 3. ANDERE AANKNOPINGSPUNTEN

We wilden andere aanknopingspunten onderzoeken die kunnen worden gebruikt om het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid onder professionals te verbeteren. We stelden hiervoor vragen aan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden over bijvoorbeeld het signaleerbeleid van hun organisatie, het contact dat ze hebben met andere partners uit de geboortezorgketen en hun behoefte aan bijscholing. In Hoofdstuk 5. Resultaten Kraamzorg en Hoofdstuk 6. Resultaten Gynaecologen beschrijven we welke vragen we precies stelden en wat de antwoorden hierop waren.

VRAGENLIJST ONDER CLIËNTEN

Om Onderzoeksvraag 4 te kunnen beantwoorden, verspreidden we in juni en juli 2021 een digitale vragenlijst onder (kwetsbare) cliënten van kraambureaus. Deze werden onder meer geworven door een extern panelbureau en door organisaties die in nauw contact staan met de doelgroep. De vragenlijst werd vooraf gecontroleerd door een expert van Pharos¹⁴, om er zeker van te zijn dat de vragenlijst voldoende begrijpelijk en toegankelijk was voor cliënten met lage gezondheidsvaardigheden, lage digitale vaardigheden en/of moeite met het lezen en begrijpen van taal.

Aan de hand van selectievragen aan het begin van de vragenlijst

selecteerden we vrouwen die de afgelopen 12 maanden waren bevallen en kraamzorg hadden ontvangen. Ook vroegen we of respondenten weleens in contact waren geweest met Bureau Jeugdzorg. Contact met Bureau Jeugdzorg zou op kwetsbaarheid van een respondent kunnen duiden. Door hiernaar te vragen, konden we analyseren of er een verschil is in sommige factoren (zoals vertrouwen in de kraamverzorgende) tussen cliënten die in contact zijn geweest met Jeugdzorg en cliënten die nog nooit in contact zijn geweest met Jeugdzorg.

De vragenlijst voor cliënten bestond verder uit de volgende twee onderdelen:

Deel 1. Vragen over risicofactoren

We vroegen aan respondenten of de kraamverzorgende vragen had gesteld over bepaalde risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. We vroegen daarnaast ook per factor aan respondenten of ze het vervelend vonden dat de kraamverzorgende hiernaar vroeg (*ja* of *nee*) en of ze begrepen dat de kraamverzorgende hiernaar vroeg (*ja* of *nee*).

Deel 2. Vertrouwen en transparantie

We legden de respondenten een aantal vragen voor om te onderzoeken hoe zij het contact met de kraamverzorgende ervaren, hoeveel vertrouwen ze hebben in de kraamverzorgende, of ze begrijpen wat er wordt gedaan met de antwoorden die ze geven op vragen van de kraamverzorgende (*ja* of *nee*) en of ze graag meer willen weten over wat de

14. Pharos is een landelijk expertisecentrum dat zich richt op het terugdringen van gezondheidsverschillen, onder andere door informatie beter toegankelijk te maken voor kwetsbare doelgroepen. Zie <https://www.pharos.nl/>

kraamverzorgende doet met hun antwoorden (*ja* of *nee*).
Het vertrouwen van de cliënt in de kraamverzorgende werd
gemeten aan de hand van vijf items:

1. Durfde jij met je kraamverzorgende te praten over moeilijke dingen?
2. Was je bang dat je kraamverzorgende met anderen over jou of je gezin zou praten?
3. Had je het gevoel dat je je kraamverzorgende alles kon vertellen?
4. Dacht je dat je kraamverzorgende het beste voor je kind wilde?
5. Als je iets vertelt aan je kraamverzorgende, was je dan bang dat iemand daar iets mee zou doen dat niet goed zou zijn voor jou of je kind?

Respondenten gaven antwoord op deze items op een schaal die van 1 (*ja, altijd*), 2 (*ja, meestal*), 3 (*soms wel, soms niet*), 4 (*nee, meestal niet*) tot 5 (*nee, nooit*). De interne consistentie van de scores op deze vertrouwensitems bleek voldoende ($\alpha = .67$) om ze als één construct te behandelen in de rest van de analyses.

HOOFDSTUK 4

DATA-ANALYSE



DATA-ANALYSE

In dit hoofdstuk leggen we uit welke analyses we hebben gebruikt om de verzamelde data te analyseren. In Bijlage A staat een begrippenlijst waarin statistische begrippen rondom deze analyses worden uitgelegd.

ONDERZOEKSVRAAG 1

Voor het beantwoorden van Onderzoeksvraag 1 (“In hoeverre signaleren de professionals op dit moment zwangeren of gezinnen met kinderen tot 2 jaar in een kwetsbare situatie?”), hanteerden we bij het onderzoek drie verschillende meetmethodes. Deze drie meetmethodes, beschreven in **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet**, brengen op verschillende manieren in kaart hoe kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen op dit moment kwetsbaarheid signaleren bij hun cliënten. De data-analyse die we hierbij uitvoerden, bestond voornamelijk uit het berekenen van percentages en gemiddelden. Waar nodig vulden we dit aan met analyses van de antwoorden van respondenten op open vragen.

Ook vergeleken we bij sommige items de antwoorden van kraamverzorgenden met die van kraamzorg-intakers, en de antwoorden van gynaecologen die intakes verzorgen met de antwoorden van gynaecologen die geen intakes verzorgen door middel van een univariate variantieanalyse*. Zo konden we zien of er een verschil is tussen de antwoorden die kraamverzorgenden gaven op bepaalde vragen en de antwoorden van kraamzorg-

intakers, en of er een verschil is tussen de antwoorden op bepaalde vragen van gynaecologen die intakes verzorgen en gynaecologen die geen intakes verzorgen in dit onderzoek. Zo konden we een eventueel verschil tussen de respectievelijke groepen meten.

ONDERZOEKSVRAAG 2

In Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet beschreven we hoe we de drijfveren en weerstanden operationaliseerden om Onderzoeksvraag 2 (“Welke drijfveren en weerstanden van professionals hangen samen met signaleren”) te beantwoorden. Afhankelijk van het meetniveau van de betreffende factor en de afhankelijke variabele, kozen we de meest geschikte statistische analyse.

Afhankelijke variabelen

Om Onderzoeksvraag 2 te beantwoorden en te berekenen of de factoren daadwerkelijk samenhangen met het signaleren van zwangeren in een kwetsbare situatie, keken we steeds naar de samenhang tussen elke factor (bijv. self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken) en de volgende twee afhankelijke variabelen:

1. *Vragen naar risicofactoren*

Het percentage risicofactoren van kwetsbaarheid waar respondenten standaard naar vragen als onderdeel van de intake van een zwangere. Zie Bijlage B voor een overzicht van

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

de gevraagde risicofactoren. Dit percentage standaardiseerden we per respondent door het gemiddelde eraf te trekken en te delen door de standaarddeviatie.

2. **Signaleergedrag**

De gestandaardiseerde totaalscore van respondenten op de verzameling items over signaleergedragingen. Zie Bijlage D voor een overzicht van de items. Ook hier trokken we het gemiddelde af van de score van iedere respondent en deelden we het door de standaarddeviatie. Signaleergedrag is alleen gemeten bij kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden, niet bij gynaecologen.

Gekozen statistische analyses

We kozen de meest geschikte statistische analyse steeds op basis van het aantal variabelen en het meetniveau van de variabelen. Een groot deel van de factoren analyseerden we met een multiële regressieanalyse* voor ieder van de twee bovengenoemde afhankelijke variabelen: vragen naar risicofactoren en signaleergedrag. Dit zijn de volgende factoren: kennis, het gebruiksgemak van een signaleringsinstrument, aandacht binnen de opleiding (alleen kraamzorgprofessionals), risicoperceptie, tijd voor een consult, zelfoverschatting, aantal verwijismogelijkheden, self-efficacy voor het bespreken van gevoelige onderwerpen (alleen kraamzorgprofessionals), aandacht besteden aan sociale aspecten van het werk (alleen kraamzorgprofessionals) en het onderbuikgevoel vertrouwen (alleen kraamzorgprofessionals). De scores op al deze factoren standaardiseerden we door het gemiddelde eraf te trekken en te delen door de standaarddeviatie.

Voor de factoren werkervaring, het gebruik van tenminste één gevalideerd signaleringsinstrument (ja versus nee) en een deel van veranderurgentie (aanpak in de huidige praktijk moet veranderen; ja versus nee), kozen we univariate variantieanalyses, met vragen naar risicofactoren en signaleergedrag (alleen kraamzorgprofessionals) als afhankelijke variabelen.

Ook vergeleken we bij enkele factoren of de scores van gynaecologen die intakes verzorgen significant hoger of lager waren dan die van gynaecologen die geen intakes verzorgen, en of de scores van kraamverzorgenden hoger of lager waren dan die van kraamzorg-intakers. Voor dit soort vergelijkingen gebruikten we een univariate variantieanalyse*.

ONDERZOEKSVRAAG 3

Om Onderzoeksvraag 3 (“Welke andere aanknopingspunten zijn er verder bij professionals om zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren?”) te beantwoorden, stelden we respondenten een combinatie van meerkeuzevragen en open vragen over verschillende onderwerpen. De data-analyse die we vervolgens uitvoerden, bestond grotendeels uit het berekenen van percentages en gemiddelden.

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

ONDERZOEKSVRAAG 4

Voor de beantwoording van Onderzoeksvraag 4 (“Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door kraamverzorgenden?”) legden we cliënten van kraamverzorgenden een vragenlijst voor, waarvan de opzet staat beschreven in **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet**. We analyseerden de gegevens die hieruit voortkwamen met een combinatie van descriptieve analyses (d.w.z., percentages en gemiddelden) en statistische analyses. De keuze voor de statistische analyses hing af van het meetniveau van de variabelen en de vraag die we wilden beantwoorden. Aan de hand hiervan kozen we voor een univariate variantieanalyse, multivariate variantieanalyse, regressieanalyse of een chi-squared (χ^2) test*.

GERAPPORTEERDE CIJFERS

Om het leesgemak zo groot mogelijk te houden, beperken we het rapporteren van de cijfers die bij alle statistische analyses horen. Bij alle data-analyses rapporteren we steeds ten minste de *p*-waarde van de uitgevoerde statistische test, waarbij we een significantieniveau hanteren van $\alpha < .05$. Als de test statistisch significant is, rapporteren we tevens een indicator van de effectgrootte. Indien een lezer de volledige cijfers van een bepaalde analyse nodig heeft, zoals het aantal vrijheidsgraden, de *t*-waarde of de *f*-waarde, geven we daar op verzoek graag inzicht in. Daarnaast staat in **Bijlage A** een begrippenlijst waarin statistische termen en afkortingen worden uitgelegd die in dit rapport worden gebruikt.

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

HOOFDSTUK 5

RESULTATEN KRAAMZORG



RESULTATEN KRAAMZORG

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

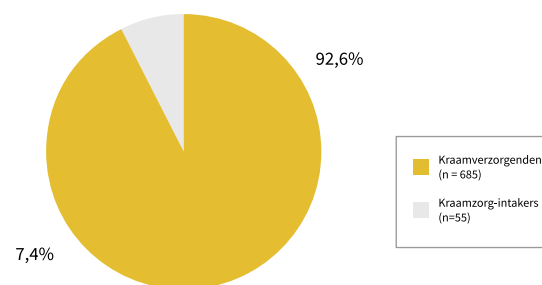
In totaal begonnen 740 kraamzorgprofessionals (685 kraamverzorgenden, 55 kraamzorg-intakers) met het invullen van de vragenlijst, waarvan er 321 de vragenlijst volledig afmaakten (293 kraamverzorgenden, 28 kraamzorg-intakers).

Dit betekent dat de steekproefgrootte-aantallen die we in de rest van dit rapport beschrijven, steeds variëren tussen 321 en 740. Dat komt doordat we bij iedere vraag alle respondenten meerekenen die die vraag hebben beantwoord. Dat doen we om de statistische power te vergroten en de impact van non-response bias te beperken. Ook worden er analyses beschreven die alleen over de kraamzorg-intakers gaan, waardoor het genoemde aantal respondenten in dat geval nog kleiner is dan elders.

Bijna alle respondenten zijn vrouwelijk (99,6%), met uitzondering van één man en twee mensen die liever niet wilden zeggen wat hun geslacht is. De gemiddelde leeftijd was 50,4 jaar (SD = 10,4). In Tabel 1 is te zien voor wat voor soort kraamzorgorganisatie de respondenten werken.

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (n = 740)

Samenstelling steekproef



Figuur 1. De steekproef kraamzorgprofessionals (N = 740) bestaat uit kraamverzorgenden (n = 685) en kraamzorg-intakers (n = 55).

In wat voor soort kraamzorgorganisatie werk je?	%	n
ZZP'er (alleen of in groepsverband)	8,8	65
Kleine kraamzorgorganisatie (max. 50 personen in dienst)	22,2	164
Middelgrote kraamzorgorganisatie (max. 200 personen in dienst)	19,3	143
Grote kraamzorgorganisatie (> 200 personen in dienst)	49,7	368
Totaal	100	740

Tabel 1. De soorten kraamzorgorganisaties waar kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (N = 740) werken.

De meeste respondenten werken met het informatiesysteem ISK / Kraam.online (51,8%), gevolgd door Atermes (18,7%) en KraamZorgCompleet (2,5%). Een op die tien respondenten (8,3%) zei dat ze met een ander informatiesysteem werken, en 18,7% van de respondenten wist niet met welk informatiesysteem hun organisatie werkt. In Tabel 2 is te zien wat de verdeling is in werkervaring onder de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek.

Hoe lang ben je werkzaam als verloskundige?	%	n
0-5 jaar	23%	170
5-10 jaar	9,30%	69
10-20 jaar	25,30%	187
20-30 jaar	22,30%	165
Langer dan 30 jaar	20,10%	149
Totaal	100	740

Tabel 2. De werkervaring van kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (N = 740).

ONDERZOEKSVRAAG 1

IN HOEVERRE SIGNALEREN KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN OP DIT MOMENT ZWANGEREN EN GEZINNEN MET KINDEREN TOT 2 JAAR IN EEN KWETSBARE SITUATIE?

Zoals beschreven in **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet**, hebben we het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden op drie verschillende manieren in kaart gebracht: het gebruik van signaleringsinstrumenten, het vragen naar specifieke risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid en het vertonen van signaleergedrag. We beantwoorden Onderzoeksvraag 1 aan de hand van deze drie meetmethodes. In **Bijlage A** staat een begrippenlijst waarin statistische termen worden uitgelegd die in dit hoofdstuk worden gebruikt.

HET GEBRUIK VAN SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

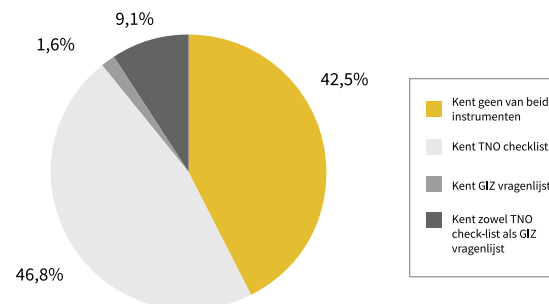
Signaleringsinstrumenten kennen

We vroegen aan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 739) of ze bekend zijn met de vroegsignaleringschecklist van TNO en de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg voor het signaleren van kwetsbaarheid bij gezinnen. Dit zijn signaleringsinstrumenten

waarvan we weten dat ze zijn gevalideerd. 57,2% (n = 423) van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek kent de checklist van TNO, en 11,0% (n = 81) kent de vragenlijst van GIZ. 41,1% (n = 304) van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek kent geen van beide signaleringsinstrumenten. Het aandeel respondenten dat geen van beide instrumenten kent, is in dit onderzoek niet groter of kleiner onder kraamzorg-intakers (23 van de 55; 41,8%) dan onder kraamverzorgenden (281 van de 684; 41,1%).

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (n = 756)

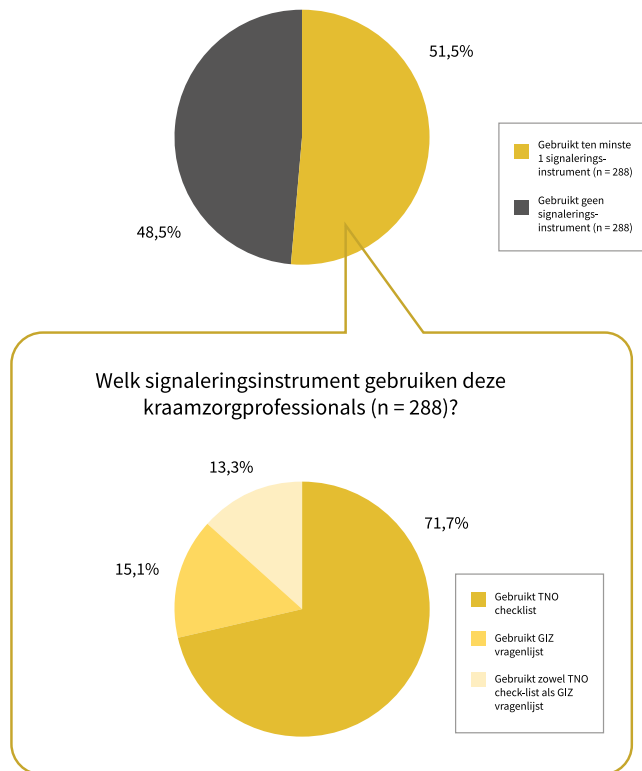
Ben je bekend met de volgende signaleringsinstrumenten voor het signaleren van kwetsbaarheid bij gezinnen?



Figuur 2. Het aantal kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 559) in dit onderzoek dat een van de twee signaleringsinstrumenten (vroegsignaleringschecklist van TNO en de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg) kent.

KRAAMZORGPROFESSIONALS (n = 559)

Aantal dat ten minste één signaleringsinstrument gebruikt



Figuur 3. Het aantal kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 559) in dit onderzoek dat wel versus geen signaleringsinstrument gebruikt voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, en de signaleringsinstrumenten die ze gebruiken.



LEESSTEUNTJE:

Het aantal kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden dat we noemen, varieert steeds van vraag tot vraag, omdat niet iedereen de vragenlijst volledig had ingevuld en we bij elke vraag alle respondenten meetellen die die vraag hebben beantwoord. Het aantal kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden dat we noemen, varieert daardoor tussen 321 en 740.

Sommige vragen zijn daarnaast alleen gesteld aan kraamzorg-intakers, en niet aan kraamverzorgenden. Hierdoor kan een n-getal soms kleiner zijn dan 321.

Signaleringsinstrumenten gebruiken

In totaal gebruikt 51,5% (n = 289) van de bevraagde kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 559) een gevalideerd signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid (zie Figuur 3). Om precies te zijn, gebruikt 50,3% (n = 281) de vroegsignaleringschecklist van TNO, 10,6% (n = 59) de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg. 9,3% (n = 52) van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek gebruikt zowel de checklist van TNO als de vragenlijst van GIZ.

Het aandeel respondenten dat geen signaleringsinstrument gebruikt (48,5%; n = 271), lijkt weliswaar iets kleiner onder

kraamzorg-intakers (15 van de 40; 37,5%) dan onder kraamverzorgenden (256 van de 519; 49,3%), maar dit verschil is volgens een chi-squared test* niet statistisch significant ($p = .149$).

Andere instrumenten die respondenten noemden die ze gebruiken, zijn onder andere 'Meldcode', eigen intuïtie, het Balansmodel van Bakker, overleg met de verloskundige of eigen leidinggevende, en een eigen/interne lijst of protocol van KCKZ¹⁵. Bij de hierna genoemde analyses tellen we alleen de checklist van TNO en de vragenlijst van GIZ mee, omdat we hiervan weten dat ze gevalideerd zijn.

In totaal zeiden 128 van de 559 (22,9%) kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek dat geen van de twee genoemde signaleringsinstrumenten beschikbaar is voor hen. Een klein deel van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (checklist TNO: 25,6%; vragenlijst GIZ: 15,6%) gaf aan dat een van de twee genoemde instrumenten wel beschikbaar was voor hen, maar dat ze die niet gebruikten. De meest genoemde reden hiervoor is dat ze dit nog nooit nodig gehad hebben in de praktijk, een gebrek aan kennis over (het gebruik van) het instrument, of dat ze het gevoel hebben dat iemand anders hier verantwoordelijk voor is.

Vroegsignaleringschecklist kraamzorg van TNO
50,3% van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek ($N = 559$) gebruikt wel eens de

vroegsignaleringschecklist kraamzorg van TNO. Het aandeel respondenten dat de TNO checklist gebruikt, lijkt iets groter onder kraamzorg-intakers (25 van de 40; 62,5%) dan onder kraamverzorgenden (256 van de 519, 49,3%), maar dat verschil is niet statistisch significant ($p = .108$).

Van de 423 kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die aangaven de vroegsignaleringschecklist kraamzorg van TNO te kennen, zei 9,0% ($n = 38$) dat deze niet beschikbaar is voor hen. 26,5% ($n = 112$) zei dat deze wel beschikbaar is, maar dat ze die niet gebruiken.

Vragenlijst GIZ voor kraamzorg

10,6% van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek ($N = 559$) gebruikt wel eens de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg. Het aandeel respondenten dat de vragenlijst van GIZ gebruikt, is ongeveer even groot onder kraamzorg-intakers (3 van de 40; 7,5%) als onder kraamverzorgenden (56 van de 519; 10,8%). Net als bij de checklist van TNO, is het overgrote merendeel (94,9%) van de gebruikers van de vragenlijst van GIZ ($n = 59$) in dit onderzoek kraamverzorgende ($n = 56$). Een op de twintig gebruikers (5,1%) van de vragenlijst van GIZ in dit onderzoek is kraamzorg-intaker ($n = 3$).

Van de 81 kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zeiden de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg te kennen, zei 19,8% dat deze niet beschikbaar is voor hen. 28,4% zei dat deze wel beschikbaar is, maar dat ze die niet gebruiken.

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

15. Zie <https://www.kckz.nl/landelijke-protocollen/>

Hoe vaak gebruiken kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden signaleringsinstrumenten?

Vroegsignaleringschecklist kraamzorg van TNO

In totaal gebruiken 281 van de 559 (50,3%) kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek de vroegsignaleringschecklist van TNO voor kraamzorg. Hiervan gebruikt het merendeel (66,7%) deze alleen bij gezinnen waarvan ze denken dat het nodig is. Een op de twintig (5,1%) gebruikers van de checklist van TNO gebruikt de vroegsignaleringschecklist standaard bij alle gezinnen.

Van de gebruikers die de TNO checklist niet standaard bij alle gezinnen gebruiken, geeft 71,2% als reden dat de TNO-checklist niet altijd relevant is. 14,2% geeft als reden dat de checklist van TNO niet geïntegreerd zit in het systeem. Verder beschreef 10,3% zelf nog enkele redenen, zoals dat de checklist niet altijd nodig is en dat ze de aandachtspunten hieruit vanuit het hoofd kunnen toepassen. Ook noemen sommige kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden dat ze te weinig tijd hebben met het gezin voor een checklist.

Vragenlijst GIZ voor kraamzorg

De vragenlijst van GIZ voor kraamzorg wordt op dit moment bij enkele kraamzorgorganisaties getest als pilot om standaard in te gaan zetten bij alle gezinnen. In totaal gebruiken 59 van de 559 (10,6%) kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek op dit moment de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg. Hiervan gebruikt het merendeel (70,4%) deze nu nog alleen bij

gezinnen waarvan ze denken dat het nodig is. Een op de tien (11,1%) gebruikers van de vragenlijst van GIZ gebruikt deze al standaard bij alle gezinnen.

De meeste gebruikers van de vragenlijst van GIZ (49,2%) die we vroegen waarom ze deze niet standaard bij alle gezinnen gebruiken, zeggen dat deze niet altijd relevant is. 18,6% geeft als reden dat de vragenlijst van GIZ niet geïntegreerd zit in het systeem. Enkele gebruikers (n = 4) zeiden desgevraagd dat ze het niet nodig vinden of dat ze vinden dat er al genoeg checklists zijn.

Hoe fijn vinden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden de signaleringsinstrumenten?

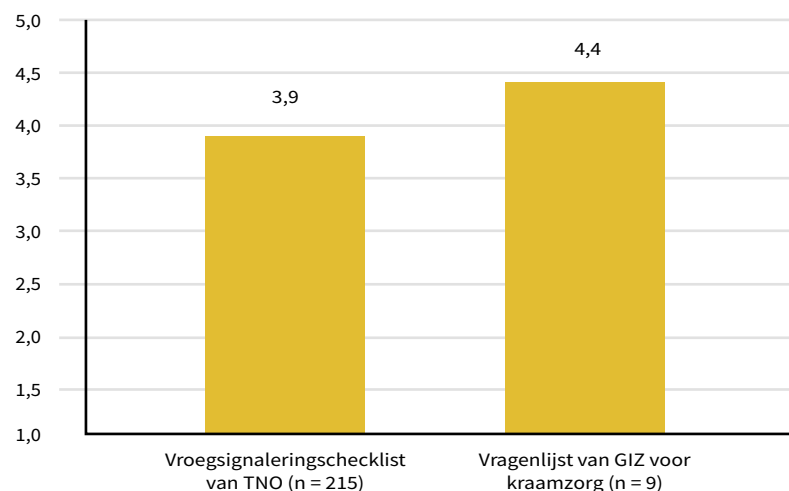
We stelden vragen aan de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden over het gebruiksgemak, de Net Promoter Score (NPS) en de integratie in het systeem van de vroegsignaleringschecklist kraamzorg van TNO en de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg. Hierbij moeten we benadrukken dat de scores van de vragenlijst van GIZ gebaseerd zijn op de antwoorden van 9 respondenten (van de 59 gebruikers), wat betekent dat ze waarschijnlijk niet representatief zijn.

Gebruiksgemak

Het gebruiksgemak werd gemeten door respondenten te vragen hoe makkelijk of moeilijk ze het vinden om het signaleringsinstrument te gebruiken. De schaal van gebruiksgemak loopt van 1 'erg moeilijk', 2 'moeilijk', 3 'een beetje moeilijk', 4 'best

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN DIE SIGNALERINGSINSTRUMENT GEBUIKEN (N = 224)

Hoe moeilijk of makkelijk vind je het signaleringsinstrument om te gebruiken?



Figuur 4. Het gebruiksgemak van beide signaleringsinstrumenten volgens de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die deze gebruiken. Antwoorden werden gegeven op een schaal van 1 (erg moeilijk) tot 6 (erg makkelijk), waarbij 4 stond voor 'best makkelijk'. Let op: de scores van de GIZ voor kraamzorg zijn slechts gebaseerd op 9 gebruikers.

makkelijk, 5 'makkelijk' tot 6 'erg makkelijk'. Zoals te zien is in Figuur 4, geven de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden gemiddeld een score van 3,9 (SD = 1,0) aan de vroegsignaleringschecklist van TNO ($n = 215$), en gemiddeld een 4,4 (SD = 1,0) aan de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg ($n = 9$).

Net Promoter Score (NPS)

We vroegen aan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden hoe groot de kans is dat ze het signaleringsinstrument zouden aanraden aan andere kraamzorgprofessionals. Hiervoor gebruikten we een schaal van 0 (*zeker niet*) tot 10 (*zeker wel*), waarbij 5 als neutraal antwoord werd gepresenteerd. De kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden gaven gemiddeld een Net Promoter score van 7,3 (SD = 2,0) aan de vroegsignaleringschecklist van TNO ($n = 215$) en gemiddeld een 7,7 (SD = 2,2) aan de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg ($n = 9$).

Integratie in het systeem

We vroegen respondenten hoe goed het signaleringsinstrument geïntegreerd is in het digitaal dossier van de organisatie. De schaal waarop respondenten antwoordden bestond uit 'totaal niet geïntegreerd' (je moet een ander systeem of webpagina gebruiken om het instrument te gebruiken), 'vrijwel niet geïntegreerd' (er staat bijv. alleen een link naar het instrument in het systeem), 'deels geïntegreerd' (een deel van het instrument is geïntegreerd, maar een deel niet, bijv. de interpretatie van de score), 'volledig geïntegreerd' (het instrument is volledig geïntegreerd in het systeem) en 'wij werken (nog) niet digitaal'.

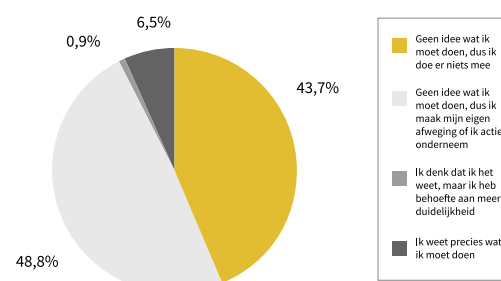
Allereerst valt op dat bijna de helft (45,0%) van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 271) zegt dat ze (nog) niet digitaal werken. Van de 120 gebruikers van de vroegsignaleringschecklist van TNO die wel digitaal werken, zeggen de meesten dat deze deels (20,8%) of volledig (43,3%) geïntegreerd zit in het systeem van hun organisatie. Een derde van de gebruikers van de vroegsignaleringschecklist van TNO zegt dat deze vrijwel niet (13,3%) of totaal niet (22,5%) is geïntegreerd in het systeem van hun organisatie.

Van de vijf GIZ-vragenlijst gebruikers die digitaal werken, zeggen er twee dat deze volledig geïntegreerd is in het systeem van hun organisatie, twee zeggen dat deze totaal niet is geïntegreerd, en één persoon zegt dat deze vrijwel niet is geïntegreerd in het systeem. Wat moet je doen met de uitslag

Tot slot vroegen we gebruikers van de vroegsignaleringschecklist van TNO ($n = 215$) en de vragenlijst van GIZ ($n = 9$) in hoeverre het duidelijk is wat ze moeten met de uitslag van het instrument. Zoals te zien is in Figuur 5, weet grofweg de helft (48,8%) van de gebruikers van de checklist van TNO precies wat ze moeten doen met de uitslag, en de andere helft (43,7%) denkt het te weten, maar heeft behoefte aan meer duidelijkheid. Hetzelfde patroon geldt voor gebruikers van de vragenlijst van GIZ; bijna de helft (44,4%) weet precies wat ze moeten doen met de uitslag, en de andere helft (55,6%) denkt het te weten, maar heeft behoefte aan meer duidelijkheid.

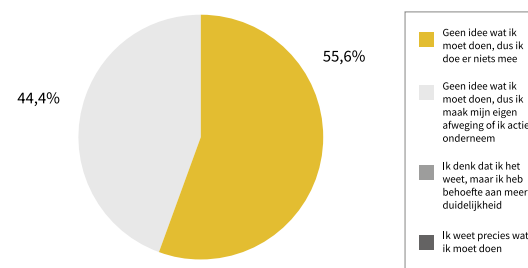
KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGERS DIE CHECKLIST VAN TNO GEBRUIKEN ($n = 215$)

In hoeverre is het duidelijk wat je moet doen met de uitslag van het instrument?



KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGERS DIE VRAGENLIJST VAN GIZ GEBRUIKEN ($n = 9$)

In hoeverre is het duidelijk wat je moet doen met de uitslag van het instrument?



Figuur 5. In hoeverre weten kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die de checklist van TNO en/of de vragenlijst van GIZ gebruiken wat ze moeten doen met de uitslag van het instrument?

VRAGEN NAAR RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN

We gaven de kraamzorg-intakers een lijst met 20 risicofactoren en beschermende factoren waarvan uit de wetenschappelijke literatuur bekend is¹⁶ dat ze invloed hebben op de kwetsbaarheid en draagkracht van aanstaande ouders. Dit kunnen zowel sociale factoren zijn als bijvoorbeeld factoren die met leefstijl te maken hebben. Kraamzorg-intakers gaven vervolgens aan over welke van die factoren ze vragen stellen aan gezinnen als onderdeel van de intake; ofwel in een vragenlijst die de (aanstaande) ouder zelf invult ofwel in een intakegesprek. Hierbij konden ze kiezen uit 'ja', 'soms wel, soms niet', 'nee' en 'nee, omdat ik het al weet via een andere zorgprofessional of van de cliënt zelf'. Respondenten die de laatstgenoemde antwoordoptie kozen, werden in de analyses en in de grafiek samengevoegd met de respondenten die 'ja' hadden geantwoord. In **Bijlage B** staat een compleet overzicht van de bevraagde risicofactoren en de antwoorden die respondenten gaven.

Voor het verder analyseren van deze gegevens (zoals voor Onderzoeksvraag 2), berekenden we ook een totaalscore van de 20 risicofactoren en beschermende factoren. Respondenten kregen per factor 0 punten als ze aangaven er niet standaard naar te vragen, 2 punten als ze zeiden er wel standaard naar te vragen (of het al te weten via een andere professional of de cliënt zelf) en 1 punt wanneer ze er soms wel en soms niet naar zeiden te vragen. De totaalscore van een respondent werd vervolgens vastgesteld

door te berekenen hoeveel procent van de maximaal te behalen punten (d.w.z., 40 punten) de respondent had.

Dat wil zeggen dat een totaalscore van 100% betekent dat een respondent zegt altijd te vragen naar alle 20 risicofactoren als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen. Een totaalscore van 0% betekent dat de respondent zegt nooit te vragen naar een van de opgenoemde factoren als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen. De gemiddelde totaalscore was 49,0% (SD = 19,9).

Naar welke factoren vragen kraamzorg-intakers het meest en minst?

In **Bijlage B** is te zien hoeveel procent van de kraamzorg-intakers in dit onderzoek (n = 33) vraagt naar bepaalde risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen. De factoren waar het meest naar gevraagd wordt, zijn de gezinssamenstelling (93,9%), roken (93,9%) en sociale steun (87,9%). Het minst wordt gevraagd naar of de zwangerschap gewenst was (6,1%), werkstress (9,1%) en moeilijk aflosbare schulden (12,1%).

Waarom vragen kraamzorg-intakers niet standaard naar bepaalde factoren?

Kraamzorg-intakers die aangaven dat ze niet standaard naar een bepaalde risicofactor of beschermende factor vragen, werden per factor gevraagd waarom ze hier niet naar vroegen. Ze kozen de belangrijkste reden uit een aantal opties en hadden de mogelijkheid om eventueel zelf een andere reden te geven.

16. Vos, A. A., van Veen, M. J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2015). An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). doi: 10.5334/ijic.1512

In Figuur 6a, b en c staat een overzicht van de drie factoren waar de minste respondenten standaard naar vragen en de genoemde redenen hiervoor. Als men kijkt naar alle redenen die kraamzorg-intakers noemen om niet te vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, wordt in 22,6% van de gevallen als belangrijkste reden genoemd dat de risicofactor geen registratie-item in het dossier van de cliënt is.

KRAAMZORG-INTAKERS DIE NIET STANDAARD BIJ ALLE GEZINNEN VRAGEN OF DE ZWANGERSCHAP GEWENST WAS (n = 29)



KRAAMZORG-INTAKERS DIE NIET STANDAARD BIJ ALLE GEZINNEN VRAGEN NAAR MOEILIJK AFLOSBAARE SCHULDEN (n = 28)



KRAAMZORG-INTAKERS DIE NIET STANDAARD BIJ ALLE GEZINNEN VRAGEN NAAR WERKSTRESS BIJ BEIDE OUDERS (n = 28)



Figuur 6a, b en c. De drie niet-medische risicofactoren waar het minst naar wordt gevraagd door kraamzorg-intakers als onderdeel van de intake van gezinnen, en de redenen die ze geven om er niet naar te vragen.

Aanvullende redenen die kraamzorg-intakers gaven om niet standaard naar bepaalde risicofactoren te vragen, zijn dat het nu geen standaard onderdeel van het intakeformulier is, ze het belangrijk vinden om eerst het vertrouwen van de cliënt te winnen, en dat ze hier alleen naar vragen als ze signalen zien, vermoedens hebben of als er een concrete aanleiding is.

SIGNALEERGEDRAG

Alle kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek gaven aan in hoeverre bepaalde gedragingen op hun werkwijze van toepassing waren geweest. Deze gedragingen hebben allemaal te maken met het signaleren van kwetsbaarheid. Een voorbeeld van een gedraging waarnaar we vroegen, is “Als een zwangere/ moeder iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door”. Voor een volledig overzicht van de gebruikte signaleergedragingen, zie **Bijlage C**. De antwoorden van respondenten werden omgerekend naar een totaalscore op het construct signaleergedrag (zie voor uitleg **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet**). Hoe hoger de score op signaleergedrag, des te meer gedragingen de kraamzorg-intaker of kraamverzorgende zegt te vertonen die horen bij het signaleren van kwetsbaarheid.

Gemiddeld scoorden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek een 44,7 op signaleergedrag ($SD = 19,2$). Er is geen significant verschil tussen het signaleergedrag van kraamzorg-intakers ($M = 43,6$, $SD = 20,0$) en kraamverzorgenden ($M = 44,8$, $SD = 19,2$, $p = .641$). Dat wil zeggen dat kraamzorg-intakers niet meer of minder gedrag vertonen dat bij kwetsbaarheid signaleren hoort dan kraamverzorgenden. Signaleergedrag-scores kunnen verder niet los worden geïnterpreteerd, maar moeten bij het beantwoorden van Onderzoeksvraag 2 worden vergeleken met de rest van de data uit de vragenlijst om er betekenis aan te kunnen geven.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 1

Gebruik van signaleringsinstrumenten

- In totaal gebruikt 48,5% van de 559 kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek geen gevalideerd signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.
- Van de respondenten die een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken, geven de meesten aan de vroegsignaleringschecklist van TNO te gebruiken (71,7%), gevolgd door de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg (15,1%), of beiden (13,3%).
- Slechts weinig kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden gebruiken de vroegsignaleringschecklist van TNO (5,1%) of de vragenlijst van GIZ (12,7%) standaard bij alle gezinnen.
- Hier moet bij worden gezegd dat geen van beide instrumenten bedoeld zijn om standaard in te zetten bij alle gezinnen. Tot op heden ontbreekt een gevalideerd signaleringsinstrument voor kraamzorg dat niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengt én standaard bij alle gezinnen kan worden gebruikt. De vragenlijst van GIZ voor kraamzorg wordt momenteel wel als pilot getest in een aantal regio's om standaard in te zetten bij alle gezinnen¹⁷.
- Bijna de helft (45,0%) van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 271) zegt dat ze (nog) niet digitaal werken rondom het gebruik van instrumenten en vragenlijsten.

Vragen naar risicofactoren van kwetsbaarheid

- Van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we opnoemden in de vragenlijst, vragen kraamzorg-intakers in dit onderzoek het minst standaard naar of de zwangerschap gewenst was (6,1%), werkstress (9,1%) en moeilijk aflosbare schulden (12,1%), als onderdeel van de intake.
- Als men kijkt naar alle redenen die kraamzorg-intakers noemen om niet te vragen naar risicofactoren, wordt in een vijfde (22,6%) van de gevallen als belangrijkste reden genoemd dat de risicofactor geen registratie item in het dossier van de cliënt is. Oftewel, het mogelijk maken om bepaalde risicofactoren in de cliëntendossiers te registreren zou ervoor kunnen zorgen dat er meer standaard naar bepaalde risicofactoren gevraagd wordt tijdens de intake.
- Een andere reden die kraamzorg-intakers vaak geven om niet te vragen naar bepaalde risicofactoren, is dat ze liever wachten tot er een concrete aanleiding is, of dat ze er alleen naar vragen bij signalen of vermoedens.

17. Rijnders, M., Vink, R., & Bontje, M. (2021). Kraamzorg op maat: Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften (GIZ) in de kraamzorg. TNO. Via <http://publications.tno.nl/publication/34637842/0WQPi5/TNO-2021-kraamzorg.pdf>

ONDERZOEKSVRAAG 2:

WELKE DRIJFVEREN OF WEERSTANDEN HANGEN SAMEN MET SIGNALEREN DOOR KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN?

Voor deze onderzoeksvraag bekeken we welke gedragsfactoren een mogelijke rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden. Dat deden we door te berekenen of er een significant verband bestond tussen deze gedragsfactoren en twee vormen van kwetsbaarheid signaleren: 1) het vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid (door kraamzorg-intakers), en 2) signaleergedrag (door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden). Zie **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet** voor meer uitleg over hoe we deze variabelen en de gedragsfactoren hebben gemeten, en **Bijlage A** voor een begrippenlijst waarin statistische termen worden uitgelegd die in dit hoofdstuk worden gebruikt.

De gedragsfactoren die significant samenhangen met een van deze twee vormen van kwetsbaarheid signaleren, kun je zien als belangrijke startpunt om het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden te stimuleren. In Tabel 3 staan alle significante factoren gemarkeerd met een plusteken.



LEESSTEUNTJE:

De steekproefgrootte (N of n) die we noemen, varieert bij kraamzorgprofessionals steeds tussen 321 en 740. Dat komt doordat niet alle respondenten de hele vragenlijst invulden. We tellen bij elke vraag steeds alle respondenten mee die die desbetreffende vraag hebben beantwoord. Dat doen we om de statistische power te vergroten en de impact van non-response bias te beperken. Sommige vragen zijn ook alleen gesteld aan kraamzorg-intakers, en niet aan kraamverzorgenden. Hierdoor kan een n nog kleiner zijn dan 321.

	Vragen naar niet-medische risicofactoren	Signaleergedrag
	Kraamzorg-intakers (n = 33)	Kraamzorg-intakers en kraam-verzorgenden (N = 559)
1. Kennis	x	x
2. Opleiding	+	+
3. Werkervaring	x	x
4. Gebruik van signaleringsinstrument	x	+
5. Gebruiksgemak van signaleringsinstrument	+	x
6. Risicoperceptie	x	x
7. Veranderurgentie	x	x
8. Zelfoverschatting	x	x
9. Tijd voor een intakeconsult	x	x
10. Verwijsmogelijkheden	x	x
11. Self-efficacy gevoelige onderwerpen bespreken	x	+
12. Aandacht voor sociale aspecten	x	+
13. Onderbuikgevoel	x	x

+ Een statistisch significant positief verband ($p < .05$)
 - Een statistisch significant negatief verband ($p < .05$)
 x Geen statistisch significant verband ($p > .05$)

Tabel 3. De drijfveren en obstakels die op basis van statistische analyses al dan niet bleken samen te hangen met bepaalde vormen van kwetsbaarheid signaleren onder kraamzorgprofessionals in dit onderzoek. Een plusteken geeft aan dat er een significant positief verband is tussen de twee factoren, een minteken geeft aan dat er een significant negatief verband is tussen de twee factoren, en een kruisje betekent dat er geen significant verband tussen de twee factoren is gevonden.

1. Kennis

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die meer zelfgerapporteerde kennis hebben zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. In **Bijlage D** staat een volledig overzicht van de risicofactoren van kwetsbaarheid en de zelfgerapporteerde kennis hierover van kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek. Hoewel kraamzorg-intakers gemiddeld iets lager leken te scoren op zelfgerapporteerde kennis over alle risicofactoren bij elkaar ($M = 67,9$, $SD = 27,6$) dan kraamverzorgenden ($M = 72,1$, $SD = 25,8$), is dit verschil niet statistisch significant ($p = .295$). Een multiële regressieanalyse toont aan dat er geen significant verband is tussen de totaalscore van zelfgerapporteerde kennis over risicofactoren en het vragen naar risicofactoren door kraamzorg-intakers ($n = 19$; $p = .334$) of signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$; $p = .116$).

Dit impliceert dat kraamzorg-intakers die zeggen meer te weten over signalen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, niet meer van deze risicofactoren uitvragen bij de intake van nieuwe cliënten dan kraamzorg-intakers die zeggen minder te weten over de risicofactoren. Daarnaast vertonen de onderzochte kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden met een hogere zelfgerapporteerde kennis ook niet meer signaleergedrag dan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden met een lage zelfgerapporteerde kennis over niet-medische risicofactoren, zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten en het bespreken van signalen van kwetsbaarheid.



LEESSTEUNTJE:

Zelfgerapporteerde kennis: Respondenten gaven aan of ze het gevoel hadden dat ze genoeg kennis hebben over de signalen die horen bij bepaalde niet-medische risicofactoren. De totaalscore van zelfgerapporteerde kennis geeft aan van hoeveel procent van de genoemde risicofactoren een respondent de signalen zegt te kennen. Zie Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet voor meer uitleg.

Vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid: Dit is een score die weergeeft in hoeverre kraamzorg-intakers niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid (zie Bijlage B) in kaart brengen als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen. Zie Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet voor meer uitleg.

Signaleergedrag: Dit is een totaalscore van stellingen die kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek beoordeelden (zie Bijlage C). De stellingen gaan over gedrag dat bij kwetsbaarheid signaleren hoort, zoals doorvragen op antwoorden van ouders, of een gesprek aangaan met ouders als je het gevoel hebt dat er iets niet pluis is. Zie Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet voor meer uitleg.

2. Opleiding

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden wiens opleiding meer aandacht besteedde aan kwetsbaarheid zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja, deels. De meerderheid van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (66,9%) vindt dat er onvoldoende of totaal geen aandacht is besteed aan kwetsbaarheid in hun opleiding. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat er een sterk, significant positief verband is tussen hoezeer er volgens de kraamzorg-intakers ($n = 19$) aandacht werd besteed aan kwetsbaarheid binnen hun opleiding en het vragen naar risicofactoren ($p = .012$, $r_{\text{partieel}} = .734$).

Dit suggereert dat hoe meer aandacht een opleiding van een kraamzorg-intaker besteedt aan kwetsbaarheid, des te meer niet-medische risicofactoren de kraamzorg-intaker in kaart brengt als onderdeel van de intake. 16,1% van de variatie die er in dit onderzoek was in de mate waarin intakers naar risicofactoren vragen, kan worden verklaard door de hoeveelheid aandacht die er aan kwetsbaarheid werd besteed in hun opleiding. Dat wil zeggen dat meer aandacht voor kwetsbaarheid in de opleiding van kraamzorg-intakers mogelijk een groot verschil kan maken in het verbeteren van kwetsbaarheid signaleren door kraamzorg-intakers.

Daarnaast liet een multiële regressieanalyse zien dat er een significant negatief verband is tussen hoezeer er volgens de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$) aandacht

werd besteed aan kwetsbaarheid binnen hun opleiding en signaleergedrag ($p = .049$). Met andere woorden, hoe meer aandacht een opleiding van een kraamzorg-intaker of kraamverzorgende besteedt aan kwetsbaarheid, des te minder gedrag de professional lijkt te vertonen dat hoort bij het signaleren van kwetsbaarheid. Het is niet duidelijk waar dit door komt.

3. Werkervaring

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die meer werkervaring hebben zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Uit een univariate variantieanalyse blijkt dat kraamzorg-intakers die verschillende jaren werkervaring hebben niet naar significant meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid vragen ($p = .621$). Een univariate variantieanalyse laat daarnaast zien dat kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden met meer werkervaring niet significant meer of minder signaleergedrag vertonen ($p = .097$).

Met andere woorden, kraamzorg-intakers met meer werkervaring lijken niet meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen bij hun cliënten dan hun minder ervaren collega's. Verder vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden met meer werkervaring ook niet meer of minder gedrag dat bij signaleren hoort, zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten en het met hen bespreken van signalen van kwetsbaarheid.

4. Gebruik van een signaleringsinstrument

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die een signaleringsinstrument gebruiken zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja, deels. We telden in deze analyses alleen de signaleringsinstrumenten mee waarvan we weten dat ze gevalideerd zijn: de vroegsignaleringschecklist van TNO en de vragenlijst van GIZ. Een univariate variantieanalyse laat zien dat kraamzorg-intakers ($n = 33$) die ten minste één van deze twee signaleringsinstrumenten gebruiken ($n = 19$), niet significant meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengen bij de intake ($p = .406$) dan kraamzorg-intakers die geen of een ander instrument gebruiken ($n = 14$). Daarnaast toont een tweede univariate variantieanalyse aan dat kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die ten minste één van de twee genoemde signaleringsinstrumenten gebruiken ($n = 288$), significant meer signaleergedrag vertonen ($M = 53,6$, $SD = 4,8$) dan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die dat niet doen ($n = 271$; $M = 51,1$, $SD = 6,2$; $p < .0001$).

Oftewel, kraamzorg-intakers die de checklist van TNO of de vragenlijst van GIZ gebruiken, lijken niet meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen bij de intake dan intakers die geen instrument gebruiken. Dit kan deels komen doordat de vroegsignaleringschecklist van TNO alleen is bedoeld voor kraamverzorgenden, en niet voor intakers.

Daarnaast vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die de checklist van TNO of de vragenlijst van GIZ gebruiken, meer signaleergedrag, bijvoorbeeld door verder door te vragen op antwoorden van cliënten en signalen van kwetsbaarheid met hen te bespreken.

5. Gebruiksgemak van een signaleringsinstrument

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die een signaleringsinstrument makkelijk in gebruik vinden, zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja, deels. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat gebruiksgemak van een signaleringsinstrument sterk significant positief samenhangt met vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid door intakers ($n = 19$; $p = .002$, $r_{\text{partieel}} = .811$). Uit een tweede multiële regressieanalyse blijkt dat gebruiksgemak van een signaleringsinstrument niet significant samenhangt met signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$; $p = .883$).

Dit impliceert dat hoe makkelijker een kraamzorg-intaker het vindt om een signaleringsinstrument te gebruiken, des te meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid de intaker in kaart brengt bij cliënten. Hierbij valt op dat deze samenhang in dit onderzoek relatief groot is. Maar liefst 27,1% van de variatie die er in dit onderzoek was in de mate waarin de intakers naar risicofactoren vragen, wordt verklaard door hoe makkelijk ze het

vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken. Oftewel, het verbeteren van het gebruiksgemak van signaleringsinstrumenten kan mogelijk een significant verschil maken in het verbeteren van kwetsbaarheid signaleren door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden.

Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die een signaleringsinstrument makkelijker vinden om te gebruiken, houden zich echter niet meer bezig met gedrag dat bij kwetsbaarheid signaleren hoort.

6. Risicoperceptie

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die denken dat een groot deel van hun cliënten kwetsbaar is zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Gemiddeld genomen denken de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek dat bij 21,3% (SD = 16,3) van hun cliënten sprake is van verhoogde kwetsbaarheid. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat dit geschatte percentage kwetsbare cliënten niet samenhangt met vragen naar niet-medische risicofactoren door intakers ($n = 19$; $p = .653$) of signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$; $p = .215$).

Met andere woorden, als kraamzorg-intakers inschatten dat een groot deel van hun cliënten kwetsbaar is, brengen ze niet meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart dan wanneer

de risicoperceptie laag is. Daarnaast vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die het aandeel van kwetsbare cliënten groter inschatten niet meer signaleergedrag.

7. Veranderurgentie

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die minder urgentie voelen om te veranderen zich minder bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Iets minder dan de helft (44,2%; $n = 247$) van de bevroagde kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 559$) vindt dat er voldoende of ruim voldoende aandacht is onder kraamzorgcollega's in Nederland voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, en iets meer dan de helft (55,8%) vindt de aandacht onder collega's niet genoeg of veel te weinig. Verder vindt 36,3% ($n = 161$) van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 444$) dat er niets hoeft te worden verbeterd aan de huidige aanpak van kwetsbaarheid in hun organisatie, tegenover 63,7% die wel ruimte voor verbetering ziet.

Dit geeft aan dat de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek verdeeld zijn over de noodzaak om de huidige aanpak te verbeteren of meer aandacht aan kwetsbaarheid te besteden binnen de kraamzorg in Nederland.

Als je kijkt naar het verband tussen die urgentie en kwetsbaarheid signaleren, dan blijkt uit univariate variantieanalyse dat er geen significant verband is tussen het vragen naar niet-medische

risicofactoren van kwetsbaarheid en de mening over de hoeveelheid aandacht voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid binnen de zorgsector ($p = .926$). Daarnaast is er geen significant verband tussen het vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid en de mening over de aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie ($p = .279$).

Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die vinden dat er onvoldoende aandacht is voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, vertonen slechts marginaal significant meer signaleergedrag dan collega's die de aandacht wel voldoende vinden ($p = .063$). En tot slot vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die vinden dat de aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie kan worden verbeterd, niet significant meer signaleergedrag dan collega's die de huidige aanpak goed vinden ($p = .087$).

Dit suggereert dat kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die minder sterk de urgentie voelen om iets te veranderen aan hun huidige aanpak van het signaleren van kwetsbaarheid, zich niet minder bezighouden met signaleergedrag dan kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die een sterkere veranderurgentie voelen.

8. Zelfoverschatting

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die denken dat ze kwetsbaarheid weinig over het hoofd zien zich minder bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Gemiddeld genomen denken de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek dat ze kwetsbaarheid over het hoofd zien bij 18,0% (SD = 16,4) van hun kwetsbare cliënten. Uit twee multiële regressieanalyses blijkt dat dit percentage bij kraamzorg-intakers ($n = 19$) slechts marginaal significant negatief samenhangt met vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .057$) en signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$; $p = .578$).

Oftewel, kraamzorg-intakers in dit onderzoek die vermoeden dat ze cliënten in een kwetsbare situatie over het hoofd zien, vragen niet naar meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die vermoeden dat ze cliënten in een kwetsbare situatie over het hoofd zien, vertonen daarnaast ook niet meer of minder signaleergedrag dan de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die dat vermoeden niet hebben.

9. Tijd voor intakeconsult

Houden kraamzorg-intakers die meer tijd voor een intakeconsult hebben zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Gemiddeld hebben kraamzorg-intakers uit dit onderzoek ($n = 29$) 51,7 minuten (SD = 7,6) voor een intakeconsult. Uit twee lineaire regressieanalyses blijkt dat er geen significante samenhang is tussen de hoeveelheid minuten een kraamzorg-intaker heeft voor een intakeconsult en hoeveel niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid de intaker in kaart brengt als onderdeel van die intake ($p = .112$) of signaleergedrag ($p = .431$).

Oftewel, kraamzorg-intakers in dit onderzoek die meer tijd hebben voor een intakeconsult, lijken zich over het algemeen niet meer of minder bezig te houden met kwetsbaarheid signaleren.

10. Verwijsmogelijkheden

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die goed weten wat de verwijsmogelijkheden zijn zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Ten eerste zegt 42,9% van de bevroagde kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 333) dat ze veel te weinig of niet genoeg kennis hebben over de verwijsmogelijkheden voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Verder wisten kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek gemiddeld bij 63,8% (SD = 32,7) van de 17 genoemde, niet-medische risicofactoren waar ze cliënten met de desbetreffende risicofactor naar kunnen verwijzen.

In **Bijlage E** is een compleet overzicht te zien van de niet-medische risicofactoren waar we naar vroegen en hoeveel kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden wisten waar ze naar konden verwijzen voor die risicofactoren.

Uit twee multiële regressieanalyses blijkt dat de hoeveelheid bekende verwijsmogelijkheden niet significant samenhangt met het vragen naar risicofactoren door intakers ($n = 19$; $p = .204$) of met signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden als geheel ($N = 189$; $p = .158$).

Oftewel, als kraamzorg-intakers van meer niet-medische risicofactoren weten waar ze cliënten naar kunnen verwijzen, brengen ze niet meer van dit soort niet-medische risicofactoren in kaart. Daarnaast vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die meer weten over de verwijsmogelijkheden van risicofactoren ook niet meer signaleergedrag.

Daar moet bij worden vermeld dat over het algemeen wordt verwacht van kraamverzorgenden dat als zij signalen van risicofactoren zien, ze die met de verloskundige overleggen. Doordat de verloskundige eindverantwoordelijke is voor het kraambed, is de kraamverzorgende niet verantwoordelijk voor het verwijzen van cliënten. Gezien de soms grote werkgebieden van kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden, is het ook de vraag of het praktisch mogelijk en wenselijk is om op de hoogte te zijn van de precieze verwijsmogelijkheden in dat hele gebied.

11. Self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja, deels. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat er geen samenhang is tussen self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken en het vragen naar risicofactoren door kraamzorg-intakers ($n = 19$; $p = .571$).

Dit wil zeggen dat kraamzorg-intakers die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen met cliënten, niet meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengen bij de intake van nieuwe gezinnen.

Er is echter wel een significante positieve samenhang tussen deze self-efficacy en signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$; $p < .00001$, $r_{\text{partieel}} = .328$). Oftewel, kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen, lijken meer gedrag te vertonen dat hoort bij het signaleren van gezinnen in een kwetsbare situatie.

12. Aandacht voor sociale aspecten

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja, deels. Ten eerste valt het op dat de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek zich gemiddeld genomen erg graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk. Op een schaal van 1 tot 6 scoren ze hierop namelijk gemiddeld een 4,9 (SD = 0,6).

Uit een multiële regressieanalyse blijkt verder dat zich graag bezighouden met de sociale aspecten van het werk niet significant samenhangt met het vragen naar niet-medische risicofactoren door

intakers ($n = 19$; $p = .417$). Een tweede multiële regressieanalyse laat zien dat de voorkeur voor de sociale aspecten van het werk echter wel significant positief samenhangt met signaleergedrag door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden als geheel ($p = .005$, $r_{\text{partieel}} = .209$).

Dit suggereert dat kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk, meer gedrag vertonen dat hoort bij kwetsbaarheid signaleren.

13. Onderbuikgevoel

Houden kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die op hun onderbuikgevoel vertrouwen zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Twee multiële regressieanalyses laten zien dat intakers die meer vertrouwen op hun onderbuikgevoel niet naar significant meer niet-medische risicofactoren vragen ($p = .873$). Daarnaast vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($N = 189$) die meer op hun onderbuikgevoel vertrouwen slechts marginaal significant meer signaleergedrag ($p = .056$).

Oftewel, kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die meer durven te vertrouwen op hun onderbuikgevoel als het gaat om kwetsbaarheid signaleren bij hun cliënten, lijken zich niet significant meer of minder bezig te houden met het signaleren van kwetsbaarheid.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 2

- Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek zijn verdeeld over de noodzaak om de huidige aanpak te verbeteren of meer aandacht aan kwetsbaarheid te besteden binnen de kraamzorg in Nederland. Mogelijk verschillen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden dan ook in hoe sterk ze de urgentie voelen om iets te veranderen aan hun huidige aanpak van het signaleren van kwetsbaarheid.
- Hoe je kwetsbaarheid signaleren definieert, bepaalt welke drijfveren en obstakels daar een rol bij spelen bij kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden.
- Als je kwetsbaarheid signaleren definieert als het standaard vragen naar zoveel mogelijk niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake (**vragen naar risicofactoren**), spelen er andere factoren dan wanneer je signaleren definieert aan de hand van een verzameling gedragingen (**signaleergedrag**), zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten of het bespreken van signalen van kwetsbaarheid met cliënten.

Vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid

- Hoe meer aandacht de opleiding van een kraamzorg-intaker besteed aan kwetsbaarheid, des te meer niet-medische risicofactoren de kraamzorg-intaker in kaart brengt als onderdeel van de intake.
 - De meerderheid van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (66,9%) vindt dat er onvoldoende of totaal geen aandacht is besteed aan kwetsbaarheid in hun opleiding.
 - Hierbij valt op hoe sterk de statistische samenhang in dit onderzoek is. Dit betekent dat meer aandacht voor kwetsbaarheid in de opleiding van kraamzorg-intakers mogelijk een groot verschil kan maken in het in kaart brengen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers.
- Hoe makkelijker een kraamzorg-intaker het vindt om een signaleringsinstrument te gebruiken, des te meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid de intaker in kaart brengt bij cliënten.
 - Hierbij valt op hoe sterk de statistische samenhang in dit onderzoek is. Met andere woorden: het verbeteren van het gebruiksgemak van signaleringsinstrumenten kan mogelijk een groot verschil maken in het in kaart brengen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers.

Signaleergedrag

- Hoe meer aandacht de opleiding van een kraamzorg professional besteedt aan kwetsbaarheid, des te meer gedrag ze vertonen dat hoort bij kwetsbaarheid signaleren. Dit suggereert dat meer aandacht besteden aan kwetsbaarheid tijdens de opleiding van een kraamzorg professional een kansrijk aanknopingspunt kan zijn om gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren.
- Kraamverzorgenden en -intakers die de vroegsignaleringschecklist van TNO of de vragenlijst van GIZ gebruiken, vertonen meer gedrag dat hoort bij kwetsbaarheid signaleren, zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten en het met hen bespreken van signalen van kwetsbaarheid. Dat betekent dat kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden mogelijk kunnen worden gestimuleerd zich meer bezig te houden met kwetsbaarheid te signaleren door hen signaleringsinstrumenten te laten gebruiken.
- Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk, vertonen meer gedrag dat hoort bij kwetsbaarheid signaleren.
- Hoe vaardiger kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden zich voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen met cliënten, des te meer gedrag ze vertonen dat hoort bij kwetsbaarheid signaleren. Dit suggereert dat kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden helpen om zich vaardiger te voelen in het aangaan van moeilijke gesprekken een kansrijk aanknopingspunt kan zijn om gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren

ONDERZOEKSVRAAG 3

WELKE AANKNOPINGSPUNTEN ZIJN ER VERDER BIJ KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN OM ZWANGEREN EN GEZINNEN IN EEN KWETSBARE SITUATIE BETER TE SIGNALEREN?

Bijscholing

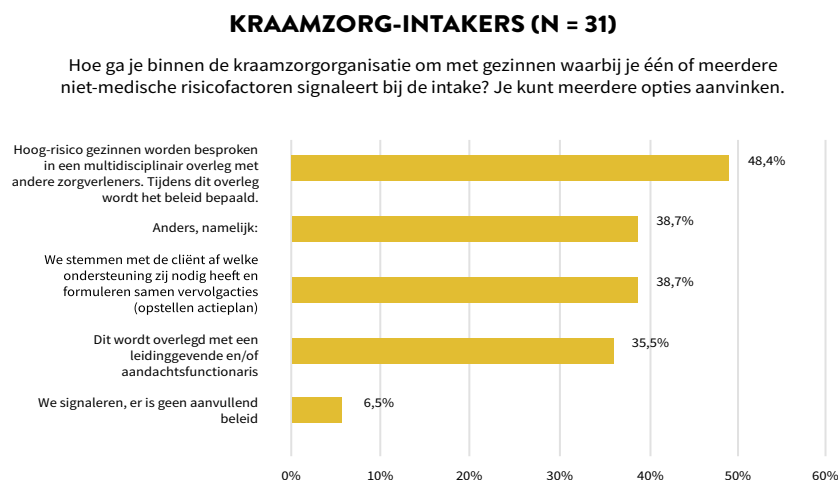
92,5% van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (N = 332) geeft aan dat ze graag bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. 68,1% van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die graag bijscholing willen, geeft aan dat accreditatie van deze bijscholing voor hen een voorwaarde is.

Veel kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die graag bijscholing willen over kwetsbaarheid, geven aan dat ze graag over 'alle aspecten' van kwetsbaarheid bijscholing zouden willen. Specifieke aspecten die andere kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden daarnaast noemen, zijn onder andere traumatische ervaringen, financiële problemen, gespreksvaardigheden, laaggeletterdheid en taalbarrières.

Signaleerbeleid

We vroegen aan kraamzorg-intakers ($n = 31$) en kraamverzorgenden ($n = 423$) wat er wordt gedaan als er een of meerdere niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij een gezin worden gesignaleerd, bij de intake of tijdens de kraamweek. Hierbij konden ze meerdere opties aanvinken en zelf nog een eigen antwoord invullen. In Figuur 7a en 7b is te zien wat de antwoorden waren.

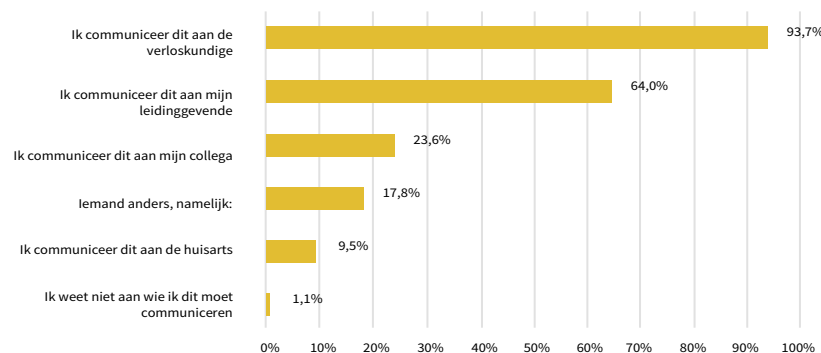
Twaalf kraamzorg-intakers (van de 31) die 'Anders, namelijk' aanvinkten, schreven onder andere dat ze contact opnemen met andere zorgverleners/ketenpartners (met name de verloskundige) als ze één of meerdere niet-medische risicofactoren signaleren bij



Figuur 7a. Signaleerbeleid en communicatie door kraamzorg-intakers in dit onderzoek rondom ouders in een kwetsbare situatie.

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (N = 444)

Indien je een ouder in een kwetsbare situatie signaleert, met wie communiceer je dit? Je kunt meerdere opties aanvinken.



Figuur 7b. Signaleerbeleid en communicatie door kraamverzorgenden in dit onderzoek rondom ouders in een kwetsbare situatie.

de intake van nieuwe gezinnen. De 66 kraamverzorgenden (van de 423) die 'Anders, namelijk' aanvinkten, zeiden onder andere dat ze (met goedkeuring van het gezin) contact opnemen met de verloskundige of, in mindere mate, JGZ.

Contact met kraamzorg-intaker

De kraamzorg-intaker registreert informatie over een gezin bij de intake. Voor het goed signaleren van potentiële kwetsbaarheid, is het van belang dat de kraamzorg-intaker voldoende informatie doorgeeft aan de kraamverzorgende.

De meeste kraamverzorgenden (43,9%) in dit onderzoek ($n = 410$) geven aan dat ze voldoende informatie krijgen van de intaker over een gezin in een kwetsbare situatie, maar dat het beter kan. 36,6% van de kraamverzorgenden vindt de informatie die ze krijgen van de intaker over een gezin in een kwetsbare situatie ruim voldoende. Een op de vijf kraamverzorgenden (19,5%) vindt echter dat ze totaal geen of onvoldoende informatie krijgen van de intaker. Zij lijken behoefte te hebben aan meer informatie van de kraamzorg-intaker over gezinnen in een kwetsbare situatie.

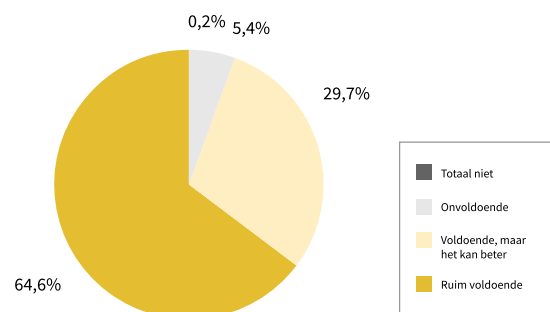
Contact met verloskundige

Het contact met de verloskundige is voor kraamverzorgenden erg belangrijk, omdat de verloskundige in principe hoofdverantwoordelijke is voor het kraambed. Veruit de meeste (93,7%) kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek ($N = 444$) geven dan ook aan dat als ze een ouder in een kwetsbare situatie signaleren, ze dit communiceren met de verloskundige. Het merendeel (64,6%) van deze kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden vindt dat er ruim voldoende gelegenheid is om met de verloskundige te overleggen over een gezin in een kwetsbare situatie. 29,7% zegt dat er voldoende gelegenheid is, maar dat het beter kan. 5,6% vindt dat er onvoldoende of totaal geen gelegenheid is om te overleggen met de verloskundige. De meesten van deze laatstgenoemde groep kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ($n = 23$) geven aan dat dit onder andere komt doordat de verloskundige te weinig tijd heeft of slecht bereikbaar is voor overleg (65,2%) en dat de procedure niet duidelijk is (52,2%).

We stelden aanvullende vragen over de communicatie met de verloskundige, waarvan de gegeven antwoorden te zien zijn in Figuur 8. Van de 19 kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die zeiden dat de informatie die ze communiceren met de verloskundige onvoldoende of totaal niet wordt begrepen, zei 63,2% dat digitale aanpassingen in het systeem zouden helpen (zie Figuur 9). Ook zei 63,2% van deze 19 kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden dat duidelijkere procedures zouden helpen. Daarnaast noemde 57,9% van hen dat meer overlegmomenten zouden helpen, en 47,4% gaf aan graag al eerder (vóór de bevalling) contact te willen hebben met de verloskundige.

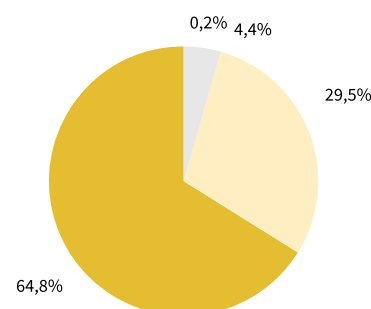
KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (N = 407)

In hoeverre heb je het gevoel dat je voldoende gelegenheid hebt om met de verloskundige te overleggen over een kwetsbare situatie?

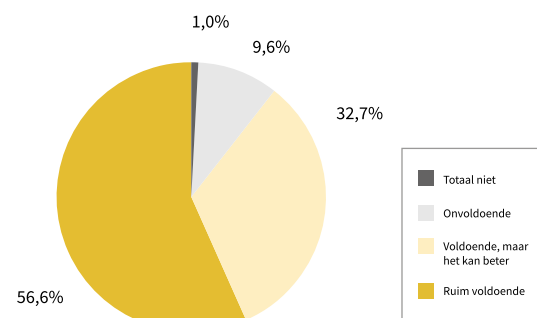


KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (N = 407)

In hoeverre heb je het gevoel dat de informatie die je communiceert goed begrepen wordt door verloskundige?

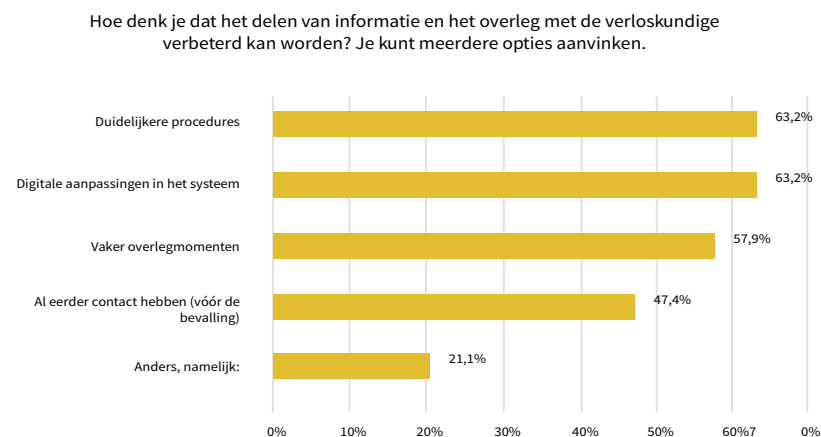


In hoeverre heb je het gevoel dat er actie ondernomen wordt door verloskundige?



Figuur 8a, b en c. Vragen die kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (N = 407) beantwoordden over het contact met de verloskundige over gezinnen in een kwetsbare situatie.

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN DIE VINDEN DAT OVERLEG MET VERLOSKUNDIGE BETER KAN (n = 19)



Figuur 9. Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die aangaven dat de informatie die zij communiceren over kwetsbaarheid niet goed wordt begrepen door de verloskundige (n = 19), vroegen we hoe dit kon worden verbeterd.

Intakevragenlijst voor risicofactoren

Kwetsbaarheid signaleren bestaat onder andere uit het in kaart brengen van aanwezige risicofactoren en beschermende factoren. Een manier om dat te doen, is door aan de hand van een gespreksmethode of gespreksprotocol vragen te stellen aan nieuwe gezinnen. Een andere manier is om nieuwe gezinnen zelf een vragenlijst in te laten vullen waarin vragen worden gesteld over risicofactoren en beschermende factoren.

Een belangrijk voordeel van een vragenlijst die gezinnen zelf invullen, is dat de kans kleiner is dat ze sociaal wenselijke antwoorden geven op vragen naar gevoelige onderwerpen dan wanneer die vragen persoonlijk door iemand worden gesteld. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt namelijk dat mensen eerder geneigd zijn om hun antwoorden op te poetsen als de vraag wordt gesteld door een interviewer dan via een vragenlijst¹⁸. Hoe sterk deze drang is om sociaal wenselijk te antwoorden op een vraag van een interviewer, is bovendien sterk afhankelijk van de manier waarop de vraag wordt gesteld en van persoonlijke eigenschappen van de interviewer¹⁸.

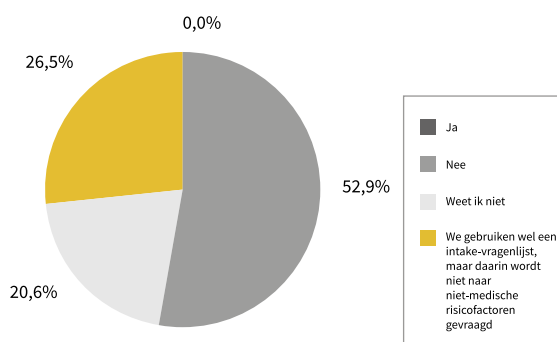
Daarom zou het goed zijn als kraamzorgorganisaties, voorafgaand aan het intakeconsult, een standaard vragenlijst zouden versturen die cliënten zelf invullen. In het intakeconsult kan de kraamzorg-intaker dan eventueel doorvragen op antwoorden die op de vragenlijst zijn gegeven. Zo worden de voordelen van vragenlijsten, als middel om te signaleren, optimaal gecombineerd met de voordelen van gesprekstechnieken als middel om te signaleren.

We vroegen kraamzorg-intakers of de organisatie waar ze werken gebruikmaakt van een standaard intake-vragenlijst die nieuwe gezinnen vooraf zelfstandig invullen (dus niet in hun bijzijn), waar ook vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in staan (zoals de financiële situatie van ouders). Zoals in Figuur 10 te zien is, gebruikt geen van de organisaties waar de 34 kraamzorg-intakers in dit onderzoek werken op dit moment een dergelijke

18. Krumpal, I. (2011). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

KRAAMZORG-INTAKERS (n = 34)

Gebruikt de kraamzorgorganisatie waar je werkt een intake-vragenlijst die gezinnen zelfstandig invullen, waar ook vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in staan?



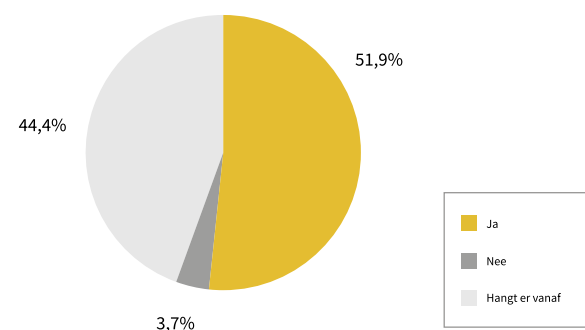
Figuur 10. Gebruiken (de organisaties van) kraamzorg-intakers een standaard vragenlijst die gezinnen zelfstandig invullen voorafgaand aan de intake met vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid?

vragenlijst. Een kwart (26,5%) zei dat er wel een vragenlijst wordt gebruikt die ouders zelf invullen, maar dat daar geen vragen in staan over dergelijke niet-medische risicofactoren.

Maar liefst 51,9% van deze kraamzorg-intakers zegt echter dat ze wel graag een dergelijke intake-vragenlijst zouden willen gebruiken (zie Figuur 11). 44,4% zegt dat het ervan afhangt of ze een dergelijke intake-vragenlijst willen gebruiken. Zo geven ze aan dat het voor hen afhangt van de inhoud van een dergelijke vragenlijst

KRAAMZORG-INTAKERS (n = 27)

Zou je een intake-vragenlijst willen gebruiken die gezinnen zelfstandig invullen, waar vragen in staan over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid?



Figuur 11. Willen kraamzorg-intakers een intake-vragenlijst gebruiken die gezinnen zelf invullen voorafgaand aan de intake om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen?

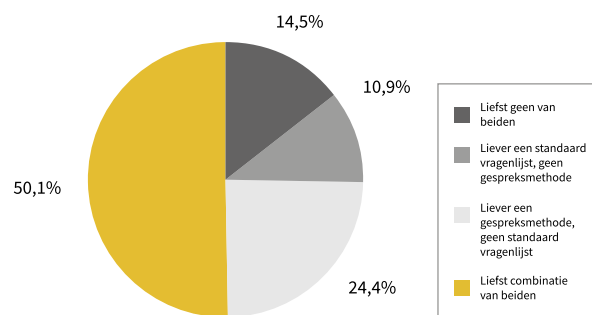
(hoe verschilt deze van de huidige vragenlijst die ze gebruiken, en hoe makkelijk is deze voor iedereen in te vullen) en de cliënt aan wie de vragenlijst wordt voorgelegd.

Standaard vragenlijst versus gespreksmethode

We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden daarnaast wat ze zelf het liefst gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen: een gespreksmethode of een standaard vragenlijst. Zoals te zien is in Figuur 12, gebruiken de meesten het liefst een combinatie van een standaard vragenlijst en

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (n = 393)

Gebruik je liever een standaard vragenlijst of een gespreksmethode om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen bij een gezin?



Figuur 12. De voorkeur die kraamzorg professionals in dit onderzoek (N = 393) voor het gebruiken van een standaard vragenlijst versus een gespreksmethode om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen.

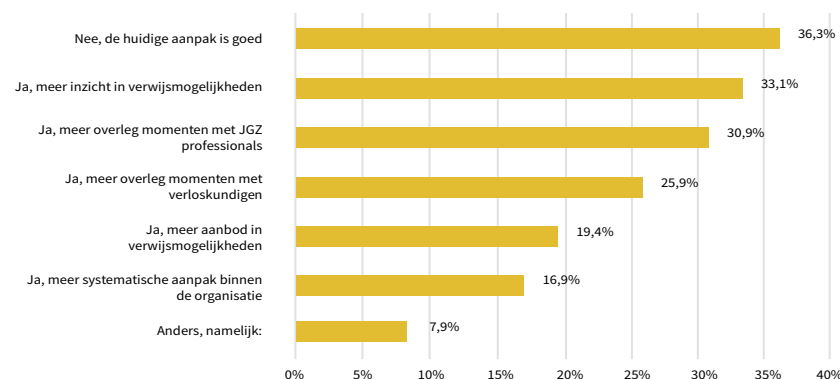
een gespreksmethode (50,1%). 10,9% van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek gebruikt het liefst alleen een standaard vragenlijst om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen bij een gezin.

Een op de drie (35,7%) bevroegde kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 381) vindt dat het gebruik van een

standaard vragenlijst altijd nut heeft om risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen, een op de drie (29,7%) kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden vindt dat het soms wel nut heeft, een op de drie (28,3%) vindt dat het meestal wel nut heeft, en een klein aantal respondenten (6,3%) zegt dat ze het nut er niet van inzien. Al met al lijken de meningen met deze cijfers enigszins verdeeld over het nut van een standaard vragenlijst voor het in kaart brengen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (N = 444)

Vind je dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren in de organisatie waar je werkt kan worden verbeterd? Zo ja, hoe? Je kunt meerdere opties aanvinken.



Figuur 13. Manieren waarop volgens kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (N = 444) in dit onderzoek hun organisatie de aanpak van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid kan verbeteren.

Wat zeggen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden verder?

We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden of zij vinden dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie kan worden verbeterd. Hieruit bleek dat 36,3% ($n = 161$) van de 444 kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden vindt dat er niets hoeft te worden verbeterd aan de huidige aanpak van kwetsbaarheid in hun organisatie, tegenover 63,7% die wel ruimte voor verbetering ziet. De kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die vinden dat de huidige aanpak kan worden verbeterd, noemen als verbeterpunten onder andere de mate van samenwerking/informatieoverdracht met ketenpartners, en de tijd die wordt gegeven voor de intake en gesprekken met de cliënt.

We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden ook wat ze tegenhoudt om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te signaleren bij een gezin. 111 van de 352 respondenten (31,5%) antwoordden dat niets hen tegenhoudt. Andere respondenten noemden mogelijke negatieve reacties/agressie vanuit het gezin of gezinnen die niet mee willen werken, de angst om niet goed te signaleren en daarmee negatieve consequenties voor het gezin te veroorzaken, en onvoldoende kennis, vaardigheden of tijd in

het gezin om goed te kunnen signaleren of het gesprek aan te gaan. Op de vraag wat eraan gedaan kan worden, antwoordden respondenten onder andere betere scholing/trainingen/informatie en meer samenwerking met ketenpartners/verloskundige/collega's als verbeteropties. Daarnaast worden een standaard vragenlijst of checklist en meer tijd voor het signaleren ook genoemd.

We vroegen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden wat ze zelf kunnen doen om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid beter te signaleren bij gezinnen. Ze noemden onder andere alerter zijn op signalen, goed observeren en luisteren naar cliënten, bijscholing volgen, meer vragen stellen en beter doorvragen.

Aan het eind van de vragenlijst vroegen we of er nog zaken waren rondom het signaleren van kwetsbaarheid waar ze in hun dagelijkse werk tegenaan lopen. Een aantal kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden noemden onder andere een taalbarrière of cultuurverschillen, dat er (te) veel verwacht wordt van de kraamverzorgende, en dat sommige ouders hulp niet willen aannemen. Ook benadrukte een aantal respondenten dat samenwerking in de keten erg belangrijk is, maar dat die samenwerking nog niet overal goed genoeg is georganiseerd.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 3

- Maar liefst 92,5% van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (N = 332) geeft aan dat ze graag bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid
- Zelf in te vullen vragenlijsten zijn minder gevoelig voor sociale wenselijkheid, blijkt uit wetenschappelijk onderzoek¹⁸. Mensen durven daardoor mogelijk eerlijker antwoord te geven op gevoelige vragen die te maken hebben met kwetsbaarheid, en het zou kraamzorg-intakers tijd kunnen besparen bij de intake.
 - Op dit moment gebruikt geen van de organisaties waar de kraamzorg-intakers (*n* = 34) in dit onderzoek werken een dergelijke, door gezinnen zelf in te vullen vragenlijst met vragen over niet-medische risicofactoren voorafgaand aan de intake.
 - De helft van de kraamzorg-intakers (51,9%) zou echter wel graag een dergelijke vragenlijst willen gebruiken. Slechts 3,7% wil een dergelijke vragenlijst niet gebruiken, en 44,4% zegt dat het vooral afhangt van de inhoud van de vragenlijst of ze het willen gebruiken.
- Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden verschillen in mening over het gebruik van standaard vragenlijsten ten opzichte van gespreksmethodes om kwetsbaarheid te signaleren. Hierbij gaat het niet om een vragenlijst die

gezinnen zelf invullen, zoals hiervoor genoemd, maar die door de professional (zowel kraamzorg-intaker als kraamverzorgende) wordt gebruikt.

- De helft van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden gebruikt liefst een combinatie van een standaard vragenlijst en een gespreksmethode om kwetsbaarheid te signaleren (50,1%), sommigen gebruiken liever een gespreksmethode (24,4%), sommigen gebruiken liever een standaard vragenlijst (10,9%), en een klein deel gebruikt liever geen van beiden (14,5%).
- Een meerderheid van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (63,7%) ziet ruimte voor verbetering van de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in hun organisatie.
 - Voorbeelden die kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden noemen om de aanpak te verbeteren, zijn meer samenwerking met en betere informatieoverdracht naar de partners in de geboorteketen, en meer tijd voor intakes en gesprekken met cliënten.
- Wanneer kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden worden gevraagd naar manieren om gezinnen in een potentieel kwetsbare situatie beter te signaleren, komt op veel plekken de behoefte aan betere, gestructureerde samenwerking met de ketenpartners (o.a. verloskundige en consultatiebureau) terug in de antwoorden.

18. Krumpal, I. (2011). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

Contact met kraamzorg-intaker

- Kraamverzorgenden lijken behoefte te hebben aan meer informatie van de kraamzorg-intaker over een gezin in een kwetsbare situatie. Een op de vijf kraamverzorgenden in dit onderzoek (19,5%) vindt namelijk dat ze totaal geen of onvoldoende informatie krijgen van de intaker. Daarnaast geeft nog eens 43,9% aan dat ze weliswaar voldoende informatie krijgen van de intaker, maar dat het beter kan.

Contact met verloskundige

- Veruit de meeste (93,7%) kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (N = 444) geven aan dat als ze een ouder in een kwetsbare situatie signaleren, ze dit communiceren met de verloskundige.
- Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek lijken over het algemeen tevreden over de gelegenheid om te overleggen met de verloskundige over een gezin in een kwetsbare situatie.
 - Het merendeel van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (64,6%) vindt dat er ruim voldoende gelegenheid is om met de verloskundige te overleggen over een gezin in een kwetsbare situatie. Een op de drie respondenten (29,7%) zegt dat er voldoende gelegenheid is, maar dat het beter kan.

ONDERZOEKSVRAAG 4

HOE VOELEN CLIËNTEN ZICH BIJ HET SIGNALEREN DOOR KRAAMVERZORGENDEN?

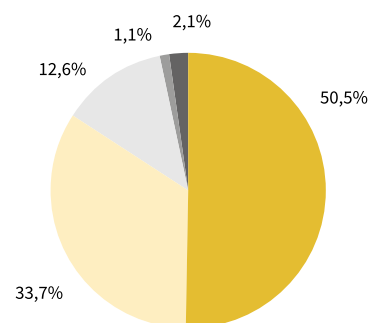
Beschrijving steekproef

In juni en juli 2021 verspreidden we een vragenlijst onder vrouwen die de afgelopen 12 maanden waren bevallen en kraamzorg hebben ontvangen. We stelden hen vragen over het contact dat ze hadden gehad met de kraamverzorgende. Voor een verdere beschrijving van de onderzoeksopzet, zie **3. Onderzoekopzet**. In totaal vulden 99 vrouwen de vragenlijst in, waarvan er 84 de vragenlijst volledig afmaakten. De gemiddelde leeftijd was 30,1 jaar (SD = 4,2).

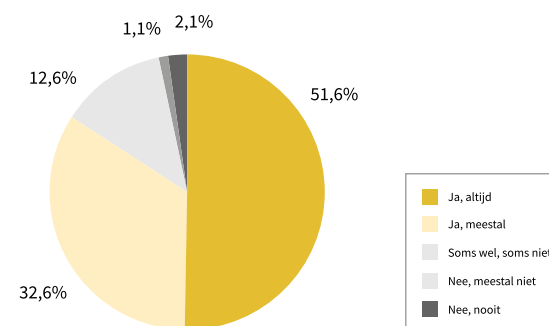
We vroegen respondenten hoe ze zich hadden gevoeld bij hun kraamverzorgende, en of hun kraamverzorgende genoeg aandacht en tijd voor ze had gehad. In Figuur 14 is te zien dat de helft van de respondenten (50,5%) aangaf zich altijd fijn te hebben gevoeld bij hun kraamverzorgende. Slechts drie respondenten (3,3%) zeiden dat ze zich meestal niet of nooit fijn voelden bij hun kraamverzorgende. Daarnaast zei ook de helft van de respondenten (51,6%) dat hun kraamverzorgende altijd genoeg aandacht en tijd voor haar had gehad. Ook hier zeiden slechts drie respondenten (3,3%) dat hun kraamverzorgende meestal niet of nooit genoeg aandacht en tijd voor haar had gehad.

CLIËNTEN VAN KRAAMZORG (n = 95)

Voelde je je fijn wanneer je sprak met de kraamverzorgende?



Had de kraamverzorgende genoeg aandacht en tijd voor jou?



Figuur 14. Hoe voelen cliënten zich bij hun kraamverzorgende?

Naar welke risicofactoren van kwetsbaarheid werden cliënten gevraagd door de kraamverzorgende?

We vroegen respondenten of de kraamverzorgende die ze het meest zagen tijdens hun kraamweek, vragen had gesteld over een aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Zo vroegen we respondenten bijvoorbeeld of ze waren gevraagd naar hun opleidingsniveau, eventuele psychische problemen en problemen in hun relatie. De antwoordopties waren 'Ja', 'Nee', of 'Weet ik niet meer'. In **Bijlage F** staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de respondenten.

De risicofactoren waar volgens respondenten het vaakst naar gevraagd werd, waren werk (62,4%), roken (52,9%), alcohol (52,9%) en stress (47,1%). De risicofactoren waar volgens cliënten het minst naar werd gevraagd, waren salaris of uitkering (21,8%), problemen met geld (25,3%), SOA's (25,9%) en nationaliteit (27,1%). Kraamverzorgenden vroegen volgens hun cliënten in dit onderzoek gemiddeld naar 37% (SD = 11,8) van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

Begrijpen cliënten waarom er naar risicofactoren wordt gevraagd?

We vroegen per risicofactor of cliënten begrepen waarom de kraamverzorgende ernaar had gevraagd. Als er niet naar een risicofactor gevraagd was, of als ze niet meer wisten of ernaar was gevraagd, vroegen we of ze het zouden begrijpen als ernaar werd gevraagd. De antwoordopties waren 'Ja, dat begrijp ik' en 'Nee, dat

begrijp ik niet'. In Tabel 4 staat een overzicht van hoeveel procent van de respondenten begreep dat er naar een risicofactor werd gevraagd. In **Bijlage F** staat dit tevens visueel weergegeven.

Gemiddeld genomen begrijpen respondenten van 72,4% (SD = 25,3) van de opgesomde niet-medische risicofactoren waarom de kraamverzorgende ernaar vroeg. De risicofactoren waarvoor de meeste respondenten begrip hadden als ernaar gevraagd werd door de kraamverzorgende, waren stress (89,7%), psychische problemen (89,3%), drugsgebruik (85,7%), alcohol (84,2%), problemen in relatie (83,7%), roken (81,6%) en vervelende seksuele ervaringen (81,8%). De risicofactoren waarvoor respondenten het minste begrip hadden als ernaar werd gevraagd, waren salaris of uitkering (59,8%), ziekte door seks (61%), religie of geloof (67,5%) en nationaliteit (69,8%).

Vinden cliënten het vervelend als er naar risicofactoren wordt gevraagd?

We vroegen per risicofactor of voormalige cliënten het vervelend vonden als de kraamverzorgende ernaar vroeg. Als er niet naar een risicofactor gevraagd was of als ze niet meer wisten of ernaar was gevraagd, vroegen we of ze het vervelend zouden vinden als ernaar werd gevraagd. De antwoordopties waren 'Ja, dat vind ik vervelend' en 'Nee, vind ik niet vervelend'. In Tabel 4 staat een overzicht van hoeveel procent van de respondenten het vervelend vond dat er naar een risicofactor werd gevraagd. In **Bijlage F** staat dit tevens visueel weergegeven.

Respondenten vonden het van gemiddeld 25,6% (SD = 27,5) van de opgenoemde risicofactoren vervelend als de kraamverzorgende ernaar vroeg. De risicofactoren waarvan de minste cliënten het vervelend vonden om vragen over te beantwoorden waren: werk (7,9%), stress (13,1%), alcohol (15,3%), roken (16,3%) en psychische problemen (19,8%). De risicofactoren die de meeste cliënten vervelend vonden om vragen over te beantwoorden waren salaris of uitkering (45,6%), problemen met geld (38,9%), vervelende seksuele ervaringen (36,9%), SOA's (31,8%) en problemen in relatie (31%).

Vinden cliënten het minder vervelend als ze begrijpen waarom er naar een risicofactor wordt gevraagd?

Allereerst berekenden we de correlatie tussen het percentage risicofactoren waarbij respondenten begrip hadden dat ernaar werd gevraagd en het percentage risicofactoren waarvan respondenten het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd. Daarna gebruikten we chi-squared (χ^2) testen* om bij elk van de risicofactoren te berekenen of begrijpen dat ernaar werd gevraagd samenhangt met het niet vervelend vinden dat ernaar werd gevraagd.

Uit het berekenen van de correlatie tussen begrip hebben voor het vragen naar risicofactoren en het vervelend vinden dat er naar risicofactoren gevraagd wordt, blijkt dat respondenten die over het algemeen vaker begrip hebben voor vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, het significant minder vaak vervelend vinden dat er vragen over worden gesteld ($r = -.362, p < .001$).

We berekenden met chi-squared testen* bij iedere niet-medische risicofactor of respondenten die begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd, het significant minder vaak vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. De resultaten hiervan staan in Tabel 4.

Hieruit blijkt dat voor vrijwel alle genoemde niet-medische risicofactoren geldt dat als cliënten begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd, de kans kleiner is dat ze het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Vragen naar psychische problemen en opleidingsniveau zijn de enige uitzonderingen; hierbij maakt het niet uit of cliënten begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd.

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

	Hoeveel procent van de respondenten vindt het vervelend dat ernaar wordt gevraagd?	Hoeveel procent van de respondenten begrijpt dat ernaar wordt gevraagd?	p	χ^2	N
Vervelende seksuele ervaringen	96,4%	39,3%	<.001	14,6*	88
Of de zwangerschap gewenst was	96,6%	20,7%	<.001	22,8*	86
Alcohol	93,3%	15,6%	<.001	17,7*	85
Stress	95,0%	15,0%	<.001	16,5*	85
Religie of geloof	89,3%	14,3%	<.001	11,5*	85
Drugsgebruik	93,5%	25,8%	<.001	10,5*	85
SOA's	72,7%	31,8%	<.001	10,5*	85
Salaris of uitkering	84,2%	36,8%	.002	9,7*	87
Roken	95,6%	20,0%	.007	7,3*	85
Nationaliteit	78,3%	26,1%	.007	7,4*	85
Geldproblemen	100,0%	40,9%	.016	5,8*	87
Relatieproblemen	92,3%	26,9%	.045	4,0*	86
Werk	94,3%	9,4%	.049	3,9*	85
Opleidingsniveau	85,7%	42,9%	.198	niet significant	90
Psychische problemen	93,9%	24,2%	.336	niet significant	85

Tabel 4. Een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar volgens cliënten naar werd gevraagd door de kraamverzorgende, of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd, of ze het begrepen dat ernaar werd gevraagd, en of dit al dan niet significant samenhang volgens chi-squared testen.

Weten cliënten wat er wordt gedaan met de informatie die ze geven?

Een kleine minderheid van de cliënten (34 van de 85; 40,0%) geeft aan dat ze denken te weten wat kraamverzorgenden doen met de antwoorden die ze geven op hun vragen, en een kleine meerderheid (51 van de 85; 60,0%) geeft aan niet te weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan.

Van de laatste groep zegt meer dan de helft (68,6%) graag meer te willen weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan, en 31,4% geeft aan niet meer te hoeven weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan.

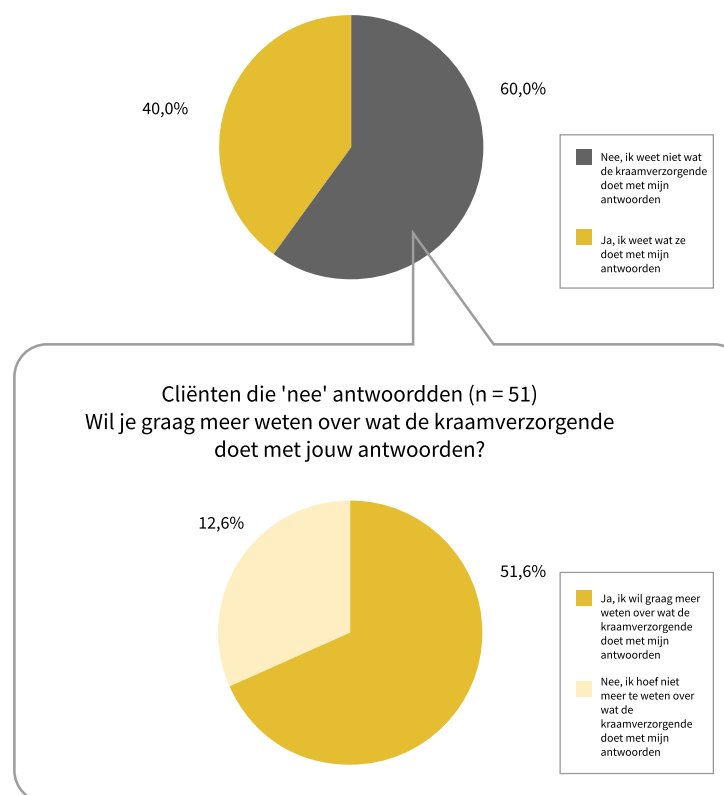
Helpt het cliënten om te weten wat er wordt gedaan met de informatie die ze geven?

We standaardiseerden scores en voerden een multivariate variantieanalyse uit om het verband te analyseren tussen transparantie (of een cliënt weet wat de kraamverzorgende doet met haar antwoorden op vragen) en algemeen begrip voor vragen over risicofactoren, of ze vragen over risicofactoren vaker vervelend vinden en vertrouwen in kraamverzorgenden.

We gebruikten een verzameling van vijf items om het vertrouwen van respondenten in kraamverzorgenden te meten. Voorbeelden van items zijn “Had je het gevoel dat je de kraamverzorgende alles kon vertellen?” en “Als je iets vertelde aan de kraamverzorgende, was je dan bang dat ze daar iets mee zou doen dat niet goed zou zijn voor jou of je kind?”. Respondenten gaven antwoord op een

CLIËNTEN VAN KRAAMZORG (n = 95)

Als de kraamverzorgende je vragen stelt over dit soort onderwerpen, weet je wat ze doet met jouw antwoorden?



Figuur 15. Weten cliënten wat er wordt gedaan met de informatie die ze aan hun kraamverzorgende geven?

5-puntsschaal, die aangaf of het item '*altijd*', '*meestal*', '*soms wel en soms niet*', '*meestal niet*' of '*nooit*' van toepassing was voor hun. Uit Cronbach's alpha* bleek dat de scores van de items voldoende interne consistentie vertonen ($\alpha = .67$) om de items samen te nemen als één construct: vertrouwen in de kraamverzorgende. Gemiddeld genomen scoren respondenten een 4,0 (SD = 0,7) op een schaal van 1 tot 5 op vertrouwen in de kraamverzorgende.

Een multivariate variantieanalyse laat zien dat het uitmaakt of een cliënt weet wat de kraamverzorgende doet met haar antwoord op vragen voor het vertrouwen ($p = .026$, $\eta_p^2 = .107$). Om precies te zijn, blijkt uit verdere univariate variantieanalyses dat respondenten die weten wat de kraamverzorgende met hun antwoorden doet, van meer niet-medische risicofactoren begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd ($p = .003$, $\eta_p^2 = .101$).

Verder blijkt dat respondenten die weten wat er wordt gedaan met de antwoorden die ze kraamverzorgenden geven, het over het algemeen niet minder vervelend vinden als er naar bepaalde niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid wordt gevraagd ($p = .556$) en ze laten ook geen verschil in vertrouwen zien in kraamverzorgenden ($p = .660$).

Met andere woorden, cliënten die weten wat er met hun antwoorden op vragen van de kraamverzorgende gedaan wordt, lijken beter te begrijpen waarom de kraamverzorgende vraagt naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Cliënten die weten wat er wordt gedaan met hun antwoorden, vinden het echter niet minder vervelend als de kraamverzorgende ernaar vraagt en hebben ook niet significant meer vertrouwen in de kraamverzorgende.

Ervaren cliënten die kraamverzorgenden meer vertrouwen het signaleren anders?

Uit een lineaire regressieanalyse blijkt dat er een significant negatief verband is tussen vertrouwen in de kraamverzorgende en het vervelend vinden dat er naar risicofactoren wordt gevraagd ($p = .011$, $r_{\text{partieel}} = -.267$). Uit een tweede regressieanalyse blijkt dat er geen significant verband is tussen vertrouwen in de kraamverzorgende en begrijpen waarom er naar risicofactoren van kwetsbaarheid wordt gevraagd ($p = .453$, $r_{\text{partieel}} = .080$).

Met andere woorden, cliënten die meer vertrouwen hebben in de kraamverzorgende, vinden het van minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid vervelend als ernaar gevraagd wordt. Dit onderstreept dat het goed is om te investeren in de vertrouwensband die cliënten voelen met hun kraamverzorgende.

* Zie Begrippenlijst in Bijlage A voor uitleg over statistische begrippen.

Verschillen cliënten die in contact zijn geweest met Jeugdzorg van cliënten die niet in contact zijn geweest met Jeugdzorg in hoe ze het contact met kraamzorg ervaren?

In de vragenlijst vroegen we respondenten of ze weleens in contact zijn geweest met Jeugdzorg. Uit een multivariate variantieanalyse blijkt dat de 18 respondenten die weleens in contact zijn geweest met Jeugdzorg ($M = 41,1$, $SD = 40,7$) het bij significant meer risicofactoren vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd dan de 66 respondenten die niet in contact zijn geweest met Jeugdzorg ($M = 21,1$, $SD = 21,2$; $p = .006$). Er is slechts een marginaal significante negatieve samenhang tussen het vertrouwen in de kraamverzorgende en respondenten die in contact zijn geweest met Jeugdzorg ($M = 3,8$, $SD = 0,6$) en respondenten die niet in contact zijn geweest met Jeugdzorg ($M = 4,2$, $SD = 0,7$; $p = .071$). Er is geen verschil tussen contact met Jeugdzorg of niet en het begrijpen van vragen naar risicofactoren ($p = .481$).

Met andere woorden, dit suggereert dat cliënten die weleens in contact zijn geweest met Jeugdzorg het mogelijk van meer niet-medische risicofactoren vervelend vinden als de kraamverzorgende ernaar vraagt. Deze cliënten begrijpen het echter gemiddeld even goed dat de kraamverzorgende ernaar vraagt als cliënten die nog nooit in contact zijn geweest met Jeugdzorg. Ook hebben deze cliënten gemiddeld evenveel vertrouwen in de kraamverzorgende als cliënten die nog nooit in contact zijn geweest met Jeugdzorg.

Uit een chi-squared test blijkt daarnaast dat respondenten die in contact zijn geweest met Jeugdzorg niet verschillen in de mate waarin ze begrijpen wat de kraamverzorgende met hun antwoorden op de vragen doet van respondenten die niet in contact zijn geweest met Jeugdzorg ($\chi^2 = 1.103$, $p = .294$). Verder verschillen respondenten die in contact zijn geweest met Jeugdzorg ook niet van respondenten die niet in contact zijn geweest met Jeugdzorg in de mate waarin ze graag meer zouden weten over wat de kraamverzorgende met hun antwoorden op de vragen doet ($\chi^2 = 0.002$, $p = .969$).

Oftewel, cliënten in dit onderzoek die weleens in contact zijn geweest met Jeugdzorg ($n = 18$), weten gemiddeld even goed wat de kraamverzorgende doet met de informatie die ze delen als cliënten die nog nooit in contact zijn geweest met Jeugdzorg. Bovendien hebben deze cliënten gemiddeld niet meer behoefte om te weten wat de kraamverzorgende doet met de gedeelde informatie dan cliënten die nog nooit in contact zijn geweest met Jeugdzorg.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 4

- Voor bijna alle niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar we naar vroegen, geldt dat als cliënten begrijpen waarom hun kraamverzorgende ernaar vraagt, de kans significant kleiner is dat ze het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd.
 - Oftewel, om het signaleren van potentiële kwetsbaarheid prettiger te maken voor cliënten, helpt het mogelijk om hen duidelijk te maken waarom er vragen worden gesteld over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.
 - De enige uitzondering geldt bij vragen over psychische problemen en opleidingsniveau. Hierbij maakt het niet uit of cliënten begrijpen dat ernaar wordt gevraagd.
- Er lijkt behoefte onder cliënten van kraamverzorgenden aan meer transparantie over wat er met hun antwoorden op vragen van de kraamzorg professional wordt gedaan.
 - Een kleine meerderheid (60%) geeft aan niet te weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan. De helft van deze groep (50%) geeft aan wel graag meer te willen weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan, en de andere helft (50%) geeft aan niet meer te hoeven weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan.
- Cliënten die weten wat hun kraamverzorgende doet met hun antwoorden op vragen, begrijpen gemiddeld beter waarom er naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid wordt gevraagd door hun kraamverzorgende.
 - Oftewel, om het signaleren van potentiële kwetsbaarheid prettiger te maken voor cliënten, helpt het mogelijk om cliënten uit te leggen wat er wordt gedaan met de informatie die ze delen met hun kraamverzorgende.
- Cliënten die meer vertrouwen hebben in hun kraamverzorgende, vinden het van minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid vervelend dat ernaar gevraagd wordt door hun kraamverzorgende. Dit onderstreept dat het goed is om te investeren in de vertrouwensband die cliënten voelen met hun kraamverzorgende.

HOOFDSTUK 6

RESULTATEN

GYNAECOLOGEN



RESULTATEN GYNAECOLOGEN

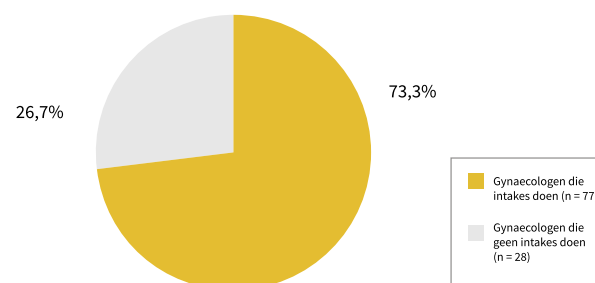
BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

In totaal begonnen 116 gynaecologen die werkzaam zijn in het ziekenhuis met het invullen van de vragenlijst, waarvan er 93 de vragenlijst volledig afmaakten. Dit betekent dat de steekproefgrootte-aantallen die we in de rest van dit rapport beschrijven, variëren tussen 71 en 116. Dat komt doordat we bij iedere vraag alle respondenten meerekenen die die vraag hebben beantwoord. Dat doen we om de statistische power te vergroten en de impact van non-response bias te beperken. Ook worden er soms analyses beschreven die alleen over de gynaecologen gaan die intakes afnemen (zie Figuur 16), waardoor het genoemde aantal respondenten nog kleiner is.

Het merendeel van de respondenten (82,8%) was vrouwelijk, en de gemiddelde leeftijd was 47,7 jaar (SD = 8,1). In Tabel 5 is te zien dat het merendeel van de respondenten in een perifeer opleidingsziekenhuis werkt (53,4%), gevolgd door een perifeer niet-opleidingsziekenhuis (32,8%) en een academisch ziekenhuis (12,9%). 0,9% gaf geen antwoord op deze vraag. 60,3% van de respondenten gaf aan het aandachtsgebied perinatologie te hebben en 39,7% gaf aan een ander aandachtsgebied te hebben.

GYNAECOLOGEN (n = 105)

Samenstelling steekproef



Figuur 16. De steekproef gynaecologen (N = 105) bestaat uit gynaecologen die weleens intakes afnemen (n = 77) en gynaecologen die nooit intakes afnemen (n = 28).

In wat voor soort ziekenhuis werk je?	%	n
Perifeer opleidingsziekenhuis	53,4%	62
Perifeer niet-opleidingsziekenhuis	32,8%	38
Academisch ziekenhuis	12,9%	15
Totaal	100	115

Tabel 5. De soorten ziekenhuizen waar gynaecologen in dit onderzoek (N = 115) werken.

De hoeveelheden werkervaring verschillen in deze steekproef, zoals te zien is in Tabel 6. Het grootste deel van de respondenten heeft 10 – 20 jaar werkervaring als gynaecoloog (34,5%), gevolgd door 5 – 10 jaar werkervaring (25,0%), 0 – 5 jaar werkervaring (20,7%), 20 – 30 jaar (19,0%) en meer dan 30 jaar werkervaring (0,9%).

Gynaecologen die intakes doen

In totaal verzorgt 73,3% van de gynaecologen in dit onderzoek wel eens een intake op de poli (n = 77). Het merendeel van deze gynaecologen (81,8%) is vrouw en de gemiddelde leeftijd was 47,3 (SD = 8,3). Van de respondenten die weleens een intake verzorgen, werkt 55,3% in een perifeer opleidingsziekenhuis, 30,3% in een perifeer niet-opleidingsziekenhuis, en 14,5% in een academisch ziekenhuis. Verder gaf 70,1% van deze respondenten aan het aandachtsgebied perinatologie te hebben, en 29,9% zei een ander aandachtsgebied te hebben.

Het grootste deel van de gynaecologen die weleens intakes afnemen op de poli, heeft 10 – 20 jaar werkervaring als gynaecoloog (35,1%), gevolgd door 5 – 10 jaar werkervaring (24,7%), 0 – 5 jaar werkervaring (22,1%), 20 – 30 jaar (16,9%) en meer dan 30 jaar werkervaring (1,3%).



LEESSTEUNTJE:

Het aantal gynaecologen dat we noemen varieert steeds van vraag tot vraag, omdat niet iedereen de vragenlijst volledig had ingevuld en we bij elke vraag alle gynaecologen meetellen die die vraag hebben beantwoord. Het aantal gynaecologen dat we noemen, varieert daardoor tussen 71 en 116.

Hoe lang ben je al werkzaam als gynaecoloog?	%	n
0-5 jaar	20,70%	24
5-10 jaar	25,00%	29
10-20 jaar	34,50%	40
20-30 jaar	19,00%	22
Langer dan 30 jaar	0,90%	1
Totaal	100	116

Tabel 6. De werkervaring van gynaecologen in dit onderzoek (N = 116).

ONDERZOEKSVRAAG 1

IN HOEVERRE SIGNALEREN GYNAECOLOGEN OP DIT MOMENT ZWANGEREN IN EEN KWETSBARE SITUATIE?

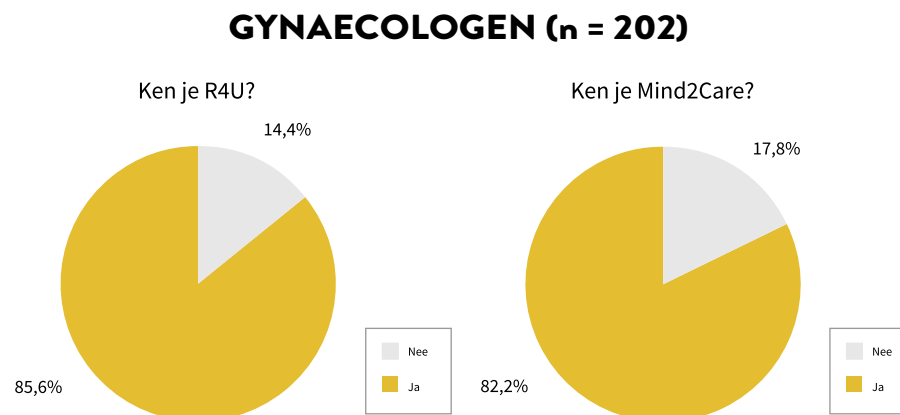
Zoals beschreven in **Hoofdstuk 3. Onderzoekopzet**, hebben we het signaleren van kwetsbaarheid door gynaecologen op twee verschillende manieren in kaart gebracht: het gebruik van signaleringsinstrumenten, en het vragen naar specifieke risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. We beantwoorden Onderzoeksvraag 1 dan ook aan de hand van deze twee meetmethodes. In **Bijlage A** staat een begrippenlijst waarin statistische termen worden uitgelegd die in dit hoofdstuk worden gebruikt.

HET GEBRUIK VAN SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

Signaleringsinstrumenten kennen

Om allereerst een idee te krijgen van de bekendheid van de gevalideerde signaleringsinstrumenten, vroegen we aan gynaecologen die weleens een intake verzorgen ($n = 62$) of ze bekend zijn met een van de volgende instrumenten: R4U, Mind2Care, ALPHA-NL of een ander instrument. R4U en Mind2Care genieten beiden de grootste bekendheid (zie Figuur 17): 61,3%

van de respondenten kent R4U en 61,3% kent Mind2Care. Verder kent 12,9% van de respondenten ALPHA-NL. Ook zegt 14,5% van de respondenten een signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren te kennen dat er niet tussen stond zoals ICHOM, een aangepaste R4U die in HiX is geïntegreerd of een zelf ontwikkelde SMK. Navraag leert dat R4U geïntegreerd is in ziekenhuissystemen, zonder dat erbij staat dat het de R4U betreft. Dat betekent dat een deel van de respondenten mogelijk R4U wel gebruikt, maar de naam niet kent.



Figuur 17. Het aantal gynaecologen in dit onderzoek ($N = 73$) dat een van de drie gevalideerde signaleringsinstrumenten (R4U, Mind2Care of ALPHA-NL) kent.

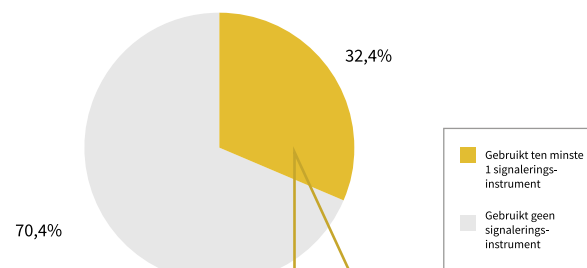
Signaleringsinstrumenten gebruiken

Van de 71 gynaecologen in dit onderzoek die weleens intakes afnemen, gebruikt 32,4% minimaal één gevalideerd signaleringsinstrument (zie Figuur 18). Daarbij tellen we alleen R4U, Mind2Care en ALPHA-NL mee, omdat we van deze signaleringsinstrumenten weten dat ze gevalideerd zijn en niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid signaleren. Verder gaven 35 gynaecologen die intakes afnemen (49,3%) aan dat geen van de drie genoemde signaleringsinstrumenten beschikbaar is voor hen. Opvallend is dat van deze laatstgenoemde groep ($n = 23$) bijna alle respondenten (95,7%) zeiden dat ze wel zouden overwegen een signaleringsinstrument te gebruiken als er een beschikbaar was. De respondent die aangaf geen signaleringsinstrument te gebruiken als het beschikbaar zou zijn, noemde als reden dat ze verwacht dergelijke informatie in een gesprek boven tafel te krijgen. Over het algemeen lijken gynaecologen dus positief te staan tegenover het willen gebruiken van een signaleringsinstrument.

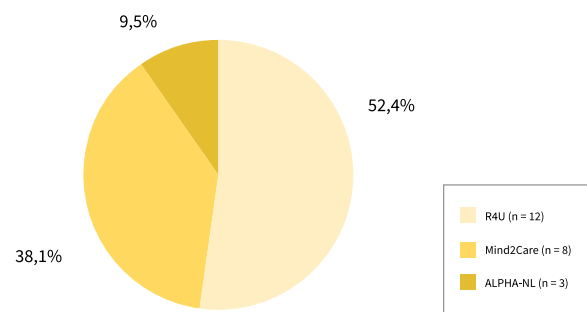
Een klein deel van de respondenten (21,1%) gaf aan dat een van de drie genoemde instrumenten wel beschikbaar is voor hen, maar dat ze die niet gebruiken. Veelgenoemde redenen hiervoor zijn dat het signaleringsinstrument slecht geïntegreerd is in het systeem ($n = 5$), dat men zich er nooit in heeft verdiept ($n = 3$), en dat men al een ander signaleringsinstrument gebruikt ($n = 3$).

GYNAECOLOGEN ($n = 73$)

Aantal dat ten minste één signaleringsinstrument gebruikt



Welk signaleringsinstrument gebruiken deze gynaecologen ($n = 288$)?



Figuur 18. Het aantal gynaecologen in dit onderzoek ($N = 73$) dat wel versus geen gevalideerd signaleringsinstrument gebruikt, en welke ze gebruiken (R4U, Mind2Care of ALPHA-NL).

R4U

12 van de 71 gynaecologen in dit onderzoek (16,9%) gebruikt R4U. Het merendeel van de respondenten (64,8%) zei dat R4U volgens hen niet beschikbaar is in het ziekenhuis waar ze werken. Zoals eerder genoemd, kan dit komen doordat R4U in veel ziekenhuissystemen zit geïntegreerd, zonder dat erbij staat dat het de R4U betreft. Mogelijk gebruikt een deel van de gynaecologen dan ook R4U zonder de naam te kennen.

Verder gaf 8,5% van de respondenten ($n = 6$) aan dat R4U weliswaar beschikbaar is voor hen, maar dat ze het instrument niet gebruiken. De meest genoemde redenen hiervoor is dat men zich er nooit in heeft verdiept ($n = 2$), dat het slecht geïntegreerd is in het systeem dat men gebruikt ($n = 2$).

Mind2Care

8 van de 71 de gynaecologen in dit onderzoek (11,3%) gebruikt Mind2Care. Ook hier gaf het merendeel van de respondenten (67,6%) aan dat Mind2Care niet beschikbaar is in het ziekenhuis waar ze werken. Verder zei 15,5% dat Mind2Care wel beschikbaar is, maar dat ze het niet gebruiken. De meest genoemde reden voor het niet gebruiken van Mind2Care is dat het slecht geïntegreerd is in het systeem dat men gebruikt ($n = 3$) of dat de intake deels door iemand anders wordt gedaan (bijv. eerstelijns of door klinisch verloskundige) ($n = 3$).

ALPHA-NL

4,2% van de gynaecologen in dit onderzoek zegt dat ze ALPHA-NL gebruiken. Driekwart van de gynaecologen die intakes afnemen (76,1%) zegt dat ALPHA-NL niet beschikbaar is. Eén respondent zegt dat ALPHA-NL weliswaar beschikbaar is, maar het niet te gebruiken omdat hij/zij zich er nooit in heeft verdiept.

Hoe vaak gebruiken gynaecologen signaleringsinstrumenten?

R4U

In totaal gaven 12 respondenten aan dat ze R4U gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten neemt ongeveer de helft (54,5%) R4U standaard af bij alle zwangeren, 18,2% neemt R4U af bij het merendeel van de zwangeren, 18,2% neemt R4U af bij zwangeren waarvan ze denken dat het nodig is en 9,0% geeft aan zelden het signaleringsinstrument te gebruiken. De respondenten die R4U niet standaard afnemen bij alle zwangeren noemen hoofdzakelijk als reden dat dat gedaan wordt door iemand anders (bijv. 1e lijn).

Mind2Care

Van de 8 respondenten die aangaven dat ze Mind2Care gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen, zeggen 5 respondenten deze vragenlijst standaard bij alle zwangeren af te nemen. 2 respondenten zeggen Mind2Care bij het merendeel van de zwangeren af te nemen, en 1 respondent geeft aan de vragenlijst af te nemen bij zwangeren waarvan hij/zij

denkt dat het nodig is. Van de respondenten die Mind2Care niet standaard afnemen bij alle zwangeren, noemt een respondent vooral als reden dat zwangeren hem zelf vergeten in te vullen.

ALPHA-NL

Van de 2 respondenten die aangaven ALPHA-NL te gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen, geeft de ene persoon aan dit bij alle zwangeren standaard af te nemen, en de andere dit bij het merendeel van de zwangeren te doen. Laatstgenoemde respondent zegt ALPHA-NL niet standaard af te nemen bij alle zwangeren wegens tijdgebrek.

Welke andere instrumenten worden gebruikt?

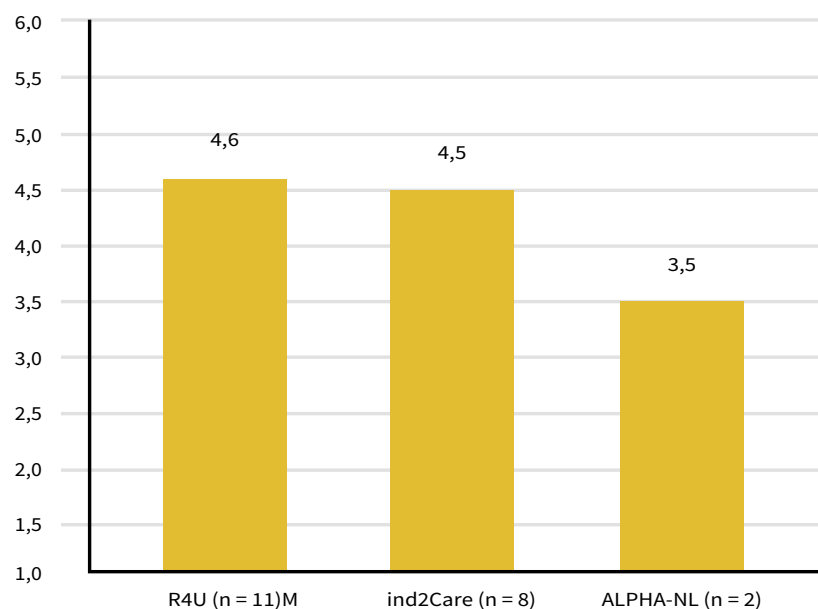
Naast R4U, Mind2Care en ALPHA-NL, geeft een aantal respondenten aan andere instrumenten te gebruiken om risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Zo noemen respondenten bijvoorbeeld de vragenlijst anamnese obs-dossier HiX, zelf opgestelde vragenlijsten, Neuro4Profiel, de vragenlijst kwetsbare zwangeren in HiX, vragen R4U ingebouwd in intakeformulier van VSV, Neuro4 neurotransmittertest (psychosociaal functioneren), een eigen protocol, de vragenlijst van Vroeg Erbij, een vragenlijst ingebouwd in EPIC en een zelf ontwikkelde SMK.

Hoe fijn vinden gynaecologen de signaleringsinstrumenten?

Respondenten die minstens één signaleringsinstrument gebruiken ($n = 21$) kozen er één van om de hierna genoemde vragen over te beantwoorden.

GYNAECOLOGEN DIE EEN SIGNALERINGS-INSTRUMENT GEBRUIKEN ($n = 21$)

Hoe moeilijk of makkelijk vind je het signaleringsinstrument om te gebruiken?



Figuur 19. Het gebruiksgemak van signaleringsinstrumenten R4U, Mind2Care en ALPHA-NL volgens de gynaecologen die deze gebruiken.

Gebruiksgemak

Het gebruiksgemak werd gemeten door gynaecologen in dit onderzoek te vragen hoe makkelijk of moeilijk ze het vinden om het signaleringsinstrument te gebruiken. De schaal liep van 1 'erg moeilijk', 2 'moeilijk', 3 'een beetje moeilijk', 4 'best makkelijk', 5 'makkelijk' tot 6 'erg makkelijk'. Zoals te zien is in Figuur 19, werd het gebruiksgemak van R4U het hoogst beoordeeld ($M = 4,6$, $SD = 1,0$). Mind2Care werd bijna even hoog beoordeeld ($M = 4,5$, $SD = 1,3$), gevolgd door de ALPHA-NL ($M = 3,5$, $SD = 0,7$).

Integratie in het systeem

We vroegen respondenten ($n = 21$) in hoeverre het signaleringsinstrument dat ze gebruiken is geïntegreerd in het informatiesysteem van het ziekenhuis. Van de respondenten die aangaven R4U te gebruiken ($n = 11$) zeiden de meesten dat deze deels (27,0%) of volledig geïntegreerd in het systeem (36,0%). Een derde van de gebruikers gaf aan dat R4U vrijwel niet (9%) of totaal niet geïntegreerd (27,0%) is in het systeem van het ziekenhuis. Zoals eerder besproken is R4U inderdaad geïntegreerd in veel ziekenhuissystemen, zonder dat erbij staat dat het de R4U betreft. Dat betekent dat een deel van de respondenten mogelijk R4U gebruikt, en het dus wel geïntegreerd is in het systeem van het ziekenhuis, zonder de naam te kennen.

Respondenten die aangaven Mind2Care te gebruiken ($n = 8$) gaf een kwart van de respondenten ($n = 25\%$) aan dat het

signaleringsinstrument deels geïntegreerd is in het systeem. Verder gaf een overgrote meerderheid aan dat Mind2Care vrijwel niet (13%) of totaal niet (63%) geïntegreerd is in het systeem van het ziekenhuis.

De twee respondenten die ALPHA-NL gebruiken geven beide aan dat deze totaal niet geïntegreerd is in het systeem van het ziekenhuis.

Weten gynaecologen wat te doen met de uitslag van het signaleringsinstrument?

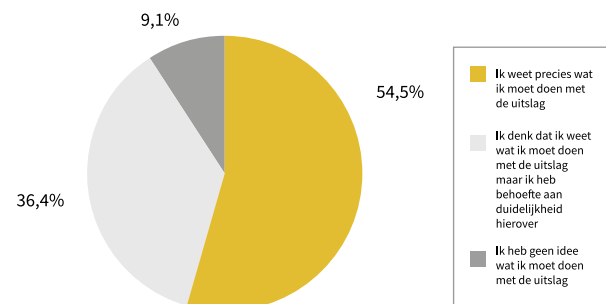
Ongeveer de helft (54,5%) van de R4U-gebruikers ($n = 11$) weet precies wat ze met de uitslag ervan moeten doen (zie Figuur 20). 36,4% van de R4U-gebruikers zegt dat ze denken te weten wat er gedaan moet worden met de uitslag, maar heeft behoefte aan meer duidelijkheid, en 9,1% geeft aan geen idee te hebben wat te doen met de uitslag maar dat hij/zij een eigen afweging maakt.

Een meerderheid (62,5%) van de respondenten die Mind2Care gebruikt ($n = 8$), weet precies wat hij/zij moet doen met de uitslag. 37,5% van de Mind2Care-gebruikers zegt dat ze denken te weten wat er met de uitslag moet worden gedaan, maar heeft behoefte aan meer duidelijkheid hierover.

De twee respondenten die ALPHA-NL gebruiken, vinden het helemaal duidelijk wat ze met de uitslag van ALPHA-NL moeten doen.

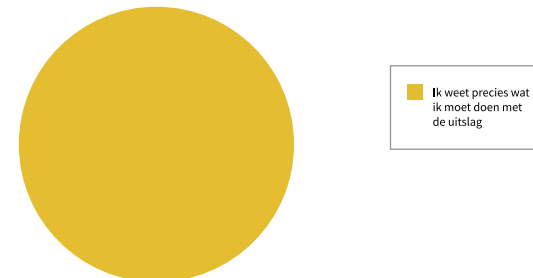
GYNAECOLOGEN DIE R4U GEBRUIKEN (n = 11)

In hoeverre heeft u het gevoel dat u weet wat u moet doen met de uitslag van het signaleringsinstrument dat u gebruikt?



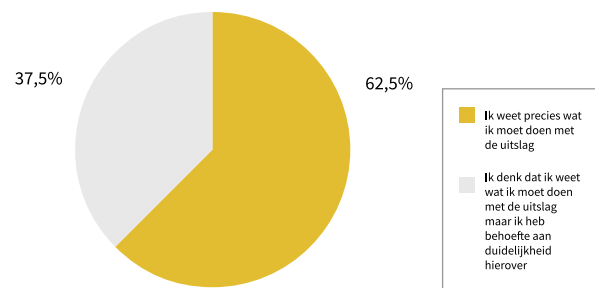
GYNAECOLOGEN DIE ALPHA-NL GEBRUIKEN (n = 2)

In hoeverre heeft u het gevoel dat u weet wat u moet doen met de uitslag van het signaleringsinstrument dat u gebruikt?



GYNAECOLOGEN DIE MIND2CARE GEBRUIKEN (n = 8)

In hoeverre heeft u het gevoel dat u weet wat u moet doen met de uitslag van het signaleringsinstrument dat u gebruikt?



Figuur 20a, b en c. In hoeverre weten gynaecologen die R4U, Mind2Care en ALPHA-NL gebruiken wat ze moeten doen met de uitslag van het instrument?

Vragen naar risicofactoren en beschermende factoren

We gaven gynaecologen die intakes verzorgen een lijst met 19 risicofactoren en beschermende factoren waarvan uit de wetenschappelijke literatuur bekend is dat ze invloed hebben op de kwetsbaarheid en draagkracht van aanstaande ouders¹⁹. Dit kunnen zowel sociale factoren zijn als, bijvoorbeeld, factoren die met leefstijl te maken hebben. Per factor gaven respondenten aan ('ja' of 'nee') of ze hier standaard bij alle zwangeren naar vroegen als onderdeel van de intake; ofwel in een vragenlijst die

19. Vos, A. A., van Veen, M. J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2015). An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). doi: 10.5334/ijic.1512

de zwangere zelf invult ofwel in een intakegesprek. We vroegen respondenten om 'nee' te kiezen als ze niet altijd naar een bepaalde risicofactor vragen. Een compleet overzicht van de risicofactoren en de antwoorden die hierop zijn gegeven, is te vinden in **Bijlage B**.

Voor het verder analyseren van deze gegevens (zoals voor Onderzoeksvraag 2), berekenden we een totaalscore van de 19 risicofactoren en beschermende factoren. De totaalscore is het percentage van de opgenoemde risicofactoren en beschermende factoren waar een respondent naar vraagt. Respondenten kregen per factor 0 punten als ze aangaven er niet standaard naar te vragen, 1 punt als ze zeiden er wel standaard naar te vragen. De totaalscore werd vervolgens berekend door te berekenen hoeveel procent van de maximaal te behalen punten (d.w.z., 19 punten) een respondent had.

Een totaalscore van 100 wil zeggen dat een respondent vragen stelt over alle 19 risicofactoren die werden opgenoemd aan alle zwangeren als onderdeel van de intake. Een totaalscore van 0 betekent dat de respondent niet (altijd) naar een van de opgenoemde factoren vraagt als onderdeel van de intake van zwangeren. De gemiddelde totaalscore van respondenten in dit onderzoek was 70,2% (SD = 20,0).

Naar welke factoren vragen gynaecologen het meest en minst?

In **Bijlage B** is te zien hoeveel procent van de gynaecologen die intakes verzorgen ($n = 74$) vraagt naar bepaalde risicofactoren en

beschermende factoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake van zwangeren. Alle gynaecologen in dit onderzoek die intakes verzorgen (100,0%) vragen zwangeren standaard naar roken en alcoholgebruik als onderdeel van de intake. Andere veelgevraagde factoren zijn drugsgebruik (98,6%), gezinssituatie (98,6%) en werkloosheid (91,8%). Het minst wordt gevraagd naar gezonde voeding (33,3%), inkomen (41,9%), staand werk (44,6%) en moeilijk aflosbare schulden (44,6%).

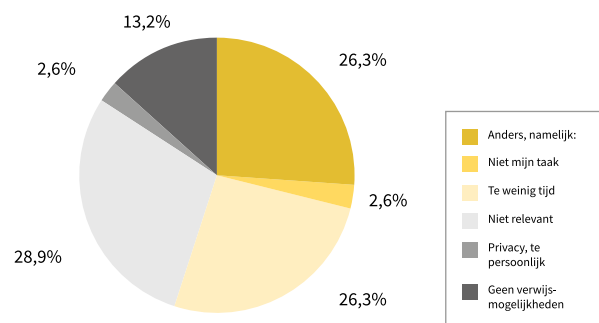
Waarom vragen gynaecologen niet standaard naar bepaalde factoren?

Respondenten die aangaven dat ze niet standaard naar een bepaalde risicofactor of beschermende factor vroegen, werd gevraagd waarom ze dit niet deden. Ze werden gevraagd om de belangrijkste reden te kiezen uit een aantal opties en ze hadden de mogelijkheid om eventueel zelf een andere reden te beschrijven. In Figuur 21 staat een overzicht van de vier factoren waar de minste respondenten standaard naar vragen en de genoemde redenen hiervoor; gezonde voeding, inkomen, staand werk en moeilijk aflosbare schulden.

De meest genoemde reden voor het niet standaard vragen naar een risicofactor is dat men hiernaar vraagt op indicatie (20,0%), dat men zich niet bewust is van deze risicofactor (14,3%), of dat men wel naar de algemenere situatie vraagt en niet specifiek naar die risicofactor (men vraagt bijvoorbeeld naar werk, niet naar werkloosheid; 9,8%).

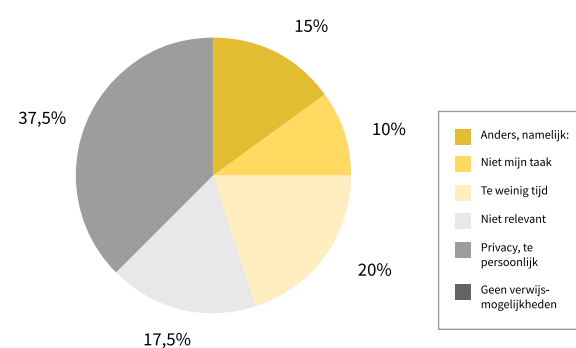
**GYNAECOLOGEN DIE BIJ INTAKE NIET
STANDAARD BIJ ALLE VROUWEN VRAGEN
NAAR STAAND WERK (n = 38)**

Waarom vraagt u hier niet standaard naar?



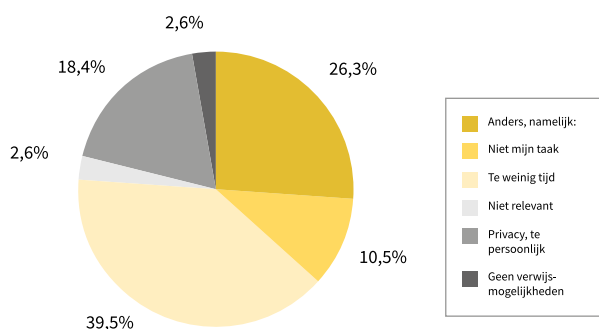
**GYNAECOLOGEN DIE BIJ INTAKE NIET
STANDAARD BIJ ALLE VROUWEN VRAGEN
NAAR INKOMEN (n = 40)**

Waarom vraagt u hier niet standaard naar?



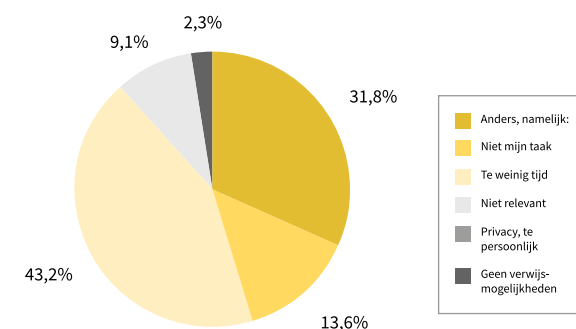
**GYNAECOLOGEN DIE BIJ INTAKE NIET STANDAARD
BIJ ALLE VROUWEN VRAGEN NAAR MOEILIK
AFLOSBAAR SCHULDEN (n = 38)**

Waarom vraagt u hier niet standaard naar?



**GYNAECOLOGEN DIE BIJ INTAKE NIET
STANDAARD BIJ ALLE VROUWEN VRAGEN
NAAR GEZONDE VOEDING (n = 44)**

Waarom vraagt u hier niet standaard naar?



Figuur 21a, b en c en d.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 1

Gebruik van signaleringsinstrumenten

- In totaal gebruikt 32,4% van de gynaecologen in dit onderzoek die intakes afnemen ($n = 71$) minimaal één gevalideerd signaleringsinstrument om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen.
- Van de respondenten die aangeven een signaleringsinstrument te gebruiken geeft 52,4% aan R4U te gebruiken, gevolgd door de Mind2Care (38,1%) en ALPHA-NL (9,5%).

Vragen naar risicofactoren

- Van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we opnoemden in de vragenlijst vragen gynaecologen die intakes afnemen standaard naar roken en alcoholgebruik als onderdeel van de intake. Andere veelgevraagde risicofactoren van kwetsbaarheid zijn drugsgebruik (98,6%), gezinssituatie (98,6%) en werkloosheid (91,8%).
- Gynaecologen vragen zwangeren het minst standaard naar gezonde voeding (33,3%), inkomen (41,9%), staand werk (44,6%) en moeilijk aflosbare schulden (44,6%), als onderdeel van de intake.

- Als redenen voor het niet standaard vragen naar bepaalde risicofactoren van kwetsbaarheid wordt onder andere genoemd dat men het vaak vraagt op indicatie, dat men zich niet bewust is van deze risicofactor, of dat men wel naar de algemenere situatie vraagt en niet specifiek naar die risicofactor (men vraagt bijvoorbeeld naar werk, niet naar werkloosheid).

ONDERZOEKSVRAAG 2

WELKE DRIJFVEREN EN WEERSTANDEN HANGEN SAMEN MET SIGNALEREN DOOR GYNAECOLOGEN?

Voor deze onderzoeksvraag bekeken we welke gedragsfactoren een mogelijke rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid door gynaecologen die intakes zorgen. Dat deden we door te berekenen of er een significant verband bestond tussen deze gedragsfactoren en het vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Zie **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet** voor meer uitleg over hoe we deze variabelen en de gedragsfactoren hebben gemeten. Daarnaast staat in Bijlage A een begrippenlijst waarin statistische termen worden uitgelegd die in dit hoofdstuk worden gebruikt.

De gedragsfactoren die significant samenhangen met een van deze twee vormen van het signaleren van kwetsbaarheid, kun je zien als belangrijke startpunt om het signaleren van kwetsbaarheid door gynaecologen te stimuleren. In Tabel 7 staan alle significante factoren gemarkeerd met een plusteken.



LEESSTEUNTJE:

De steekproefgrootte (N of n) die we noemen, varieert steeds tussen 71 en 116. Dat komt doordat niet alle respondenten de hele vragenlijst invulden. We tellen bij elke vraag steeds alle respondenten mee die die desbetreffende vraag hebben beantwoord. Dat doen we om de statistische power te vergroten en de impact van non-response bias te beperken. Sommige vragen zijn ook alleen gesteld aan respondenten die intakes afnemen.

Vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid: Dit is het percentage niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid (zie Bijlage B) waar gynaecologen in dit onderzoek die intakes afnemen naar vragen als onderdeel van de intake van zwangeren. Zie Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet voor meer uitleg.

1. Kennis

Houden gynaecologen die meer zelfgerapporteerde kennis hebben zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja. Een volledig overzicht van de risicofactoren van kwetsbaarheid en de zelfgerapporteerde kennis hierover van alle gynaecologen in dit onderzoek is te vinden in **Bijlage D**. Er is geen significant verschil in de totaalscore van zelfgerapporteerde kennis door gynaecologen die intakes verzorgen (60,6%, SD = 30,1) versus gynaecologen die geen intakes verzorgen (56,5%, SD = 29,5; $p = .549$). Oftewel, gynaecologen die intakes verzorgen ($n = 67$) schatten hun kennis over risicofactoren niet hoger of lager in dan gynaecologen die geen intakes doen ($n = 27$). Een multiële regressieanalyse laat daarnaast zien dat er een significant positief verband is tussen zelfgerapporteerde kennis over risicofactoren en het vragen naar risicofactoren ($p = .003$, $r_{\text{partieel}} = .606$).

Met andere woorden, gynaecologen die voor hun gevoel meer kennis hebben over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, vragen naar meer van deze risicofactoren.

	Vragen naar niet-medische risicofactoren Gynaecologen die intakes doen ($n = 77$)
1. Kennis	+
2. Werkervaring	+
3. Gebruik van signaleringsinstrument	x
4. Gebruiksgemak van signaleringsinstrument	x
5. Risicoperceptie	-
6. Veranderurgentie	x
7. Zelfoverschatting	x
8. Tijd voor een intakeconsult	x
9. Verwijsmogelijkheden	x

 Een statistisch significant positief verband ($p < .05$)

 Een statistisch significant negatief verband ($p < .05$)

 Geen statistisch significant verband ($p > .05$)

Tabel 7. De drijfveren en obstakels die op basis van statistische analyses al dan niet bleken samen te hangen met bepaalde vormen van kwetsbaarheid signaleren onder gynaecologen in dit onderzoek. Een plusteken geeft aan dat er een significant positief verband is tussen de twee factoren, een minteken geeft aan dat er een significant negatief verband is tussen de twee factoren, en een kruisje betekent dat er geen significant verband tussen de twee factoren is gevonden.

2. Werkervaring

Houden gynaecologen die meer werkervaring hebben zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Ja, deels. Bij gynaecologen die intakes verzorgen hebben we gekeken of er een verschil is tussen het aantal jaren werkervaring dat ze hebben en het vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Een univariate variantieanalyse laat zien dat er een significant verschil is ($p = .046$, $\eta_p^2 = .054$) tussen respondenten met meer ($M = 80,7\%$, $SD = 14,8$) en minder ($M = 68,2\%$, $SD = 20,4$) werkervaring en het vragen naar risicofactoren. Met andere woorden, gynaecologen die meer werkervaring hebben, lijken naar meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te vragen dan gynaecologen met minder werkervaring. Meer gedetailleerde Scheffé post hoc tests onthullen echter dat alleen respondenten die tussen de 0 en 5 jaar werkervaring hebben naar significant minder naar risicofactoren vragen ($M = 59,9\%$, $SD = 22,3$) dan respondenten die tussen de 20 en 30 jaar werkervaring hebben ($M = 82,8\%$, $SD = 13,5$; $p = .033$). De verschillen tussen de andere groepen werkervaring zijn niet significant.

Oftewel, gynaecologen die tussen de 0 en 5 jaar werkervaring hebben, lijken naar significant minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te vragen dan gynaecologen die tussen de 20 en 30 jaar werkervaring hebben. Gynaecologen met andere hoeveelheden werkervaring lijken niet van elkaar te verschillen.



LEESSTEUNTJE:

Zelfgerapporteerde kennis: Gynaecologen gaven aan of ze het gevoel hadden dat ze genoeg kennis hebben over de signalen die horen bij bepaalde niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. De totaalscore van zelfgerapporteerde kennis geeft aan van hoeveel procent van de genoemde risicofactoren een respondent de signalen zegt te kennen. Zie Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet voor meer uitleg.

3. Gebruik van een signaleringsinstrument

Houden gynaecologen die een signaleringsinstrument gebruiken zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. In totaal gebruikt 29,6% van de gynaecologen die intakes doen, minimaal één gevalideerd signaleringsinstrument. Een univariate variantieanalyse laat zien dat respondenten die een signaleringsinstrument gebruiken ($n = 21$) niet significant meer of minder vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid dan respondenten die geen signaleringsinstrument gebruiken ($n = 52$; $p = .536$).

Dit impliceert dat gynaecologen in dit onderzoek die intakes doen en een signaleringsinstrument gebruiken, niet meer of minder niet-medische risicofactoren in kaart brengen dan gynaecologen die intakes doen en geen signaleringsinstrument gebruiken. Dit

kan echter mogelijk ook komen doordat R4U in veel systemen zit ingebouwd zonder dat gynaecologen dit weten, waardoor ze in werkelijkheid wel degelijk een signaleringsinstrument gebruiken. Dat zou betekenen dat een deel van de gynaecologen in dit onderzoek onterecht is aangemerkt als iemand die geen signaleringsinstrument gebruikt.

4. Gebruiksgemak van signaleringsinstrument

Houden gynaecologen die een signaleringsinstrument makkelijk te gebruiken vinden zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat er geen verband is tussen het gebruiksgemak van signaleringsinstrumenten en het vragen naar niet-medische risicofactoren als onderdeel van de intake ($p = .978$). Dat wil zeggen dat gynaecologen die intakes doen en een signaleringsinstrument makkelijker te gebruiken vinden, niet naar meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid vragen.

5. Risicoperceptie

Houden gynaecologen die denken dat een groot deel van hun cliënten kwetsbaar is zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee, juist minder. Gemiddeld genomen denken de gynaecologen in dit onderzoek dat bij 16,6% (SD = 10,6) van de zwangeren die ze zien sprake is van verhoogde kwetsbaarheid. Een univariate variantieanalyse laat zien dat er een significant verschil is in het geschatte aandeel cliënten met verhoogde kwetsbaarheid

tussen gynaecologen die intakes verzorgen (18,0%, SD = 11,7) en gynaecologen die geen intakes verzorgen (13%, SD = 6,0; $p = .034$, $\eta_p^2 = .043$).

Dat betekent dat gynaecologen in dit onderzoek die intakes doen, het aandeel cliënten met een verhoogde kwetsbaarheid significant hoger inschatten in dan gynaecologen die geen intakes doen. Uit een multiële regressieanalyse blijkt daarnaast dat er een significante negatieve samenhang is tussen het geschatte aandeel kwetsbare cliënten en het vragen naar niet-medische risicofactoren ($p < .001$, $r_{\text{partieel}} = -.659$).

Met andere woorden, respondenten die naar meer niet-medische risicofactoren vragen, schatten het aandeel cliënten met een verhoogde kwetsbaarheid lager in. Het is niet duidelijk waar dit door komt.

6. Veranderurgentie

Houden gynaecologen die minder urgentie voelen om te veranderen zich minder bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Van de 95 gynaecologen die we vroegen of de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie kan worden verbeterd, zei 69,7% dat de huidige aanpak kan worden verbeterd. De meest genoemde behoefte voor verbetering van de huidige aanpak is om een meer systematische aanpak binnen het ziekenhuis te hebben (39,4%), meer inzichten in verwijsmogelijkheden (15,2%), meer overlegmomenten (14,1%), meer aanbod in verwijsmogelijkheden (10,1%) of een andere

verbetering (20,0%). Voorbeelden van andere verbeteringen die respondenten noemden waren: een protocol met routekaarten, een beter screeningsinstrument en een psychiater aan het team toevoegen.

Als je kijkt naar het verband tussen veranderurgentie en kwetsbaarheid signaleren, dan blijkt uit een univariate variantieanalyse dat er slecht een marginaal significante negatieve samenhang is tussen het vragen naar risicofactoren en respondenten die graag een betere aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie zouden willen zien (73,1%, SD = 16,9) en respondenten die tevreden zijn met de huidige aanpak (63,9%, SD = 20,8).

Dit suggereert dat gynaecologen die tevreden zijn met de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie, niet meer of minder vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid dan gynaecologen die vinden dat de aanpak kan worden verbeterd

7. Zelfoverschatting

Houden gynaecologen die denken dat ze kwetsbaarheid weinig over het hoofd zien zich minder bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Gemiddeld genomen denken de gynaecologen in dit onderzoek dat ze kwetsbaarheid over het hoofd zien bij 13,1% (SD = 11,4) van de zwangeren in een kwetsbare situatie. Er is geen significant verschil tussen het geschatte percentage door

gynaecologen die intakes verzorgen en gynaecologen die geen intakes verzorgen ($p = .828$). Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat dit percentage slechts marginaal significant samenhangt met vragen naar meer risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .061$, $r_{\text{partieel}} = .406$).

Dit betekent dat de samenhang tussen het geschatte percentage kwetsbaarheid dat men over het hoofd ziet en vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid niet duidelijk genoeg is om significant te zijn.

8. Tijd voor intakeconsult

Houden gynaecologen die meer tijd voor een intakeconsult hebben zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Gynaecologen in dit onderzoek die intakes verzorgen ($n = 77$) geven aan dat een intake gemiddeld 27,6 minuten (SD = 9,9) duurt. Het merendeel (57,1%) van deze respondenten vindt de tijd voor de intake precies goed. 37,7% vindt de tijd voor de intake echter te kort, en 5,2% van de respondenten vindt de tijd voor de intake veel te kort.

Er is een aantal manieren waarop de intake plaatsvindt in ziekenhuizen. Een kwart van de respondenten die intakes verzorgen (26,7%) gaf aan dat bij de intake de nieuwe zwangere gezien wordt door een arts of klinisch-verloskundige, afhankelijk van het spreekuurrooster. Een vijfde van de respondenten (18,8%) zei dat bij een intake de nieuwe zwangere eerst door een klinisch verloskundige wordt gezien en daarna door een arts, en 16,2% van

de respondenten gaf aan dat bij een intake de nieuwe zwangere alleen door een arts wordt gezien. 8,6% van de respondenten zei dat bij de intake de nieuwe zwangere alleen door een verpleegkundige wordt gezien, en daarna alsnog door een arts.

Verder gaf 4,8% van de respondenten aan dat de nieuwe zwangere alleen door een klinisch verloskundige wordt gezien bij de intake. 22,9% van de respondenten zei dat de intake op een andere manier plaatsvindt, bijvoorbeeld door een klinisch verloskundige met supervisie van een arts, alleen door een intake arts, of alleen door een eerstelijns verloskundige.

Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat er geen significante samenhang is tussen hoeveel minuten een gynaecoloog heeft voor een intakeconsult en hoeveel risicofactoren diegene in kaart brengt als onderdeel van die intake ($p = .654$).

Dit wil zeggen dat gynaecologen die meer tijd hebben voor een intakeconsult niet meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengen.

9. Verwijsmogelijkheden

Houden gynaecologen die goed weten wat de verwijsmogelijkheden zijn zich meer bezig met kwetsbaarheid signaleren?

Nee. Van de 17 niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we in de vragenlijst opsomden, wisten de gynaecologen in dit onderzoek gemiddeld van 76,6% waar ze cliënten naar door kunnen verwijzen. Er is geen significant verschil tussen het percentage bekende verwijsmogelijkheden door gynaecologen die intakes verzorgen (76,0%, SD = 17,5) en gynaecologen die geen intakes verzorgen (77,9%, SD = 25,9; $p = .677$). In **Bijlage E** is een compleet overzicht te zien van de niet-medische risicofactoren waar we naar vroegen en hoeveel respondenten wisten waar ze naar konden doorverwijzen voor die risicofactoren.

Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat het percentage van bekende verwijsmogelijkheden niet significant samenhangt met het vragen naar niet-medische risicofactoren ($p = .978$).

Oftewel, gynaecologen in dit onderzoek die beter op de hoogte zijn van verwijsmogelijkheden vragen niet naar meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 2

- Gynaecologen die voor hun gevoel meer kennis over signalen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid hebben, lijken naar meer van deze risicofactoren te vragen als onderdeel van de intake.
- Gynaecologen die meer werkervaring hebben, lijken in dit onderzoek naar meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te vragen dan gynaecologen met minder werkervaring.
 - Om precies te zijn, vragen gynaecologen die tussen de 0 en 5 jaar werkervaring hebben naar significant minder risicofactoren dan gynaecologen die tussen de 20 en 30 jaar werkervaring hebben.
- Het wel of niet gebruiken van een signaleringsinstrument als onderdeel van een intake heeft geen invloed op het in kaart brengen van meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.
 - Dit kan echter mogelijk worden verklaard doordat er in veel ziekenhuissystemen een signaleringsinstrument zit geïntegreerd (zoals R4U), zonder dat respondenten dat weten.
- 69,7% van de gynaecologen in dit onderzoek vindt dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in hun organisatie kan worden verbeterd. De meest genoemde behoefte voor verbetering van de huidige aanpak is een meer systematische aanpak binnen het ziekenhuis (39,4%).
- Gynaecologen in dit onderzoek die intakes doen, denken dat er bij meer cliënten sprake is van verhoogde kwetsbaarheid dan gynaecologen die geen intakes doen.
 - Een opmerkelijke bevinding is echter dat een hogere inschatting van het aantal cliënten met een verhoogde kwetsbaarheid samenhangt met het minder vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid tijdens een intake.
- Gemiddeld weten gynaecologen in dit onderzoek van 76,6% van de opgesomde niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar ze een zwangere naar moeten verwijzen (zie **Bijlage E**).

ONDERZOEKSVRAAG 3

WELKE AANKNOPINGSPUNTEN ZIJN ER VERDER BIJ GYNAECOLOGEN OM ZWANGEREN EN GEZINNEN IN EEN KWETSBARE SITUATIE BETER TE SIGNALEREN?

Voor deze onderzoeksvraag bekeken we welke andere factoren een mogelijke rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid door gynaecologen die intakes verzorgen.

Bijscholing

We vroegen gynaecologen (N = 94) in dit onderzoek of zij bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. Een overgrote meerderheid (80,8%) gaf aan graag bijscholing over dit onderwerp te willen. Verder geeft 48,9% van de respondenten die graag bijscholing willen aan dit graag te willen doen mits de bijscholing geaccrediteerd wordt.

Signaleerbeleid

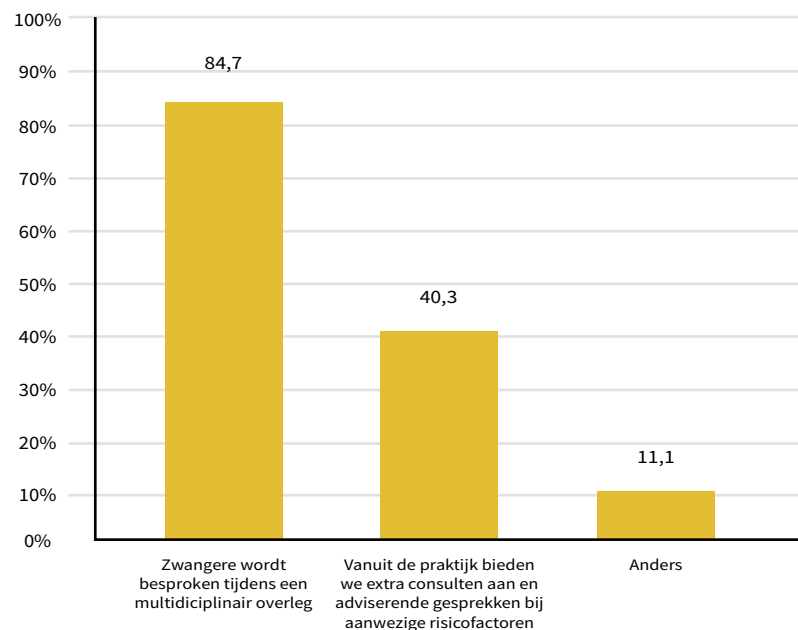
Allereerst vroegen we de 99 gynaecologen in dit onderzoek door wie het beleid voor een zwangere normaal gesproken wordt vastgesteld. In totaal zeiden 43 respondenten (43,4%) dat dit wordt vastgesteld tijdens een multidisciplinair overleg van zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis. Verder gaven 29 respondenten

(29,3%) aan dat dit wordt vastgesteld middels overleg met collega's met dezelfde functie. 27 respondenten (27,3%) zeiden dat dit wordt vastgesteld tijdens een multidisciplinair overleg van zorgverleners binnen het ziekenhuis. Verder zeiden 26 respondenten (26,3%) dat het beleid wordt vastgesteld door de persoon die de intake doet.

We vroegen gynaecologen die intakes doen ($n = 72$) naar het signaleerbeleid van het ziekenhuis waar ze werken wanneer er een of meerdere niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid zijn gesignaleerd bij een zwangere. Veruit de meeste respondenten (84,7%; zie Figuur 22) gaven aan dat hoog-risico zwangeren worden besproken in een multidisciplinair overleg met andere zorgverleners. 29 respondenten (40,3%) zeiden dat er vanuit het ziekenhuis extra consulten/adviserende gesprekken worden aangeboden. 8 respondenten (11,1%) gaven aan een ander signaleerbeleid te hebben. Voorbeelden van ander signaleerbeleid dat werd genoemd, zijn het contacteren van verloskundige/huisarts of specialist, het hebben van een zorgpad voor alle niet-medische problemen, consulten met medisch maatschappelijk werk, multidisciplinair overleg POP (Psychiatrie, Obstetrie (verloskunde) en Pediatrie (kindergeneeskunde)) en protocol begeleiding kwetsbare zwangeren.

GYNAECOLOGEN DIE INTAKES DOEN (n = 72)

Hoe gaat u om met zwangeren waarbij je een of meerdere niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid signaleert tijdens de intake? U kunt meerdere opties selecteren.



Figuur 22. Signaleerbeleid volgens gynaecologen die intakes afnemen rondom ouders in een kwetsbare situatie.

Contact met kraamzorg

We vroegen gynaecologen (N = 97) in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze genoeg gelegenheid hebben om te overleggen met de kraamzorg over een zwangere of een gezin in een kwetsbare

situatie. In totaal zei 42,0% van de respondenten dat ze voldoende gelegenheid hebben voor overleg met de kraamzorg, maar dat dit nog wel beter kan. 36,2% zei ruim voldoende gelegenheid te hebben voor overleg met de kraamzorg. Verder zei 13,0% onvoldoende gelegenheid te hebben voor overleg met de kraamzorg en 8,7% zei totaal geen gelegenheid te hebben voor overleg met de kraamzorg. De meest genoemde redenen die respondenten gaven voor het gebrek aan gelegenheid voor overleg met de kraamzorg, waren dat de procedure niet duidelijk is (80,0%), of dat er te weinig tijd is (26,7%).

We vroegen respondenten ook in hoeverre ze het gevoel hebben dat de informatie die ze delen over zwangeren of gezinnen in een kwetsbare situatie goed terechtkomt bij de kraamzorg. Een deel van de respondenten (41,9%) zei voldoende het gevoel te hebben dat de informatie die gedeeld wordt met kraamzorg goed terechtkomt, maar dat het beter kan. Meer dan een derde (39,2%) zei ruim voldoende het gevoel te hebben dat gedeelde informatie goed terechtkomt bij de kraamzorg. Verder zei 10,8% niet te weten of de gedeelde informatie goed terechtkomt, en 8,1% zei onvoldoende het gevoel te hebben dat gedeelde informatie goed terechtkomt bij de kraamzorg.

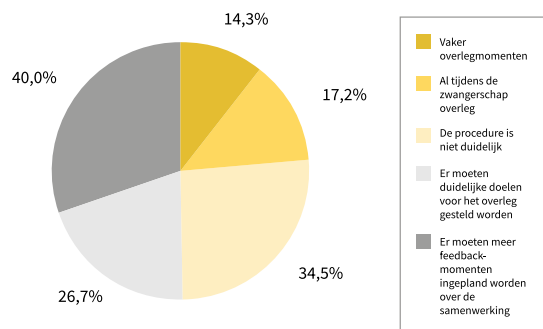
Verder vroegen we gynaecologen ook in hoeverre ze het gevoel hebben dat er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met de kraamzorg over zwangeren of gezinnen in een kwetsbare situatie. Van deze respondenten gaf 41,3% aan ruim voldoende het gevoel te hebben dat er echt iets wordt gedaan met de informatie

die ze delen met de kraamzorg. Een kwart van de respondenten (26,7%) zei voldoende het gevoel te hebben dat er iets met de gedeelde informatie gedaan wordt, maar dat het beter kan. Een derde van de respondenten (32,0%) gaf echter aan dat ze niet weten of er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen.

In Figuur 23a is te zien op welke manieren respondenten denken dat de informatieoverdracht met de kraamzorg kan worden verbeterd. Hier is te zien dat er vooral behoefte is aan meer feedbackmomenten over de samenwerking, duidelijke procedures en duidelijke doelen voor het overleg.

GYNAECOLOGEN DIE VINDEN DAT CONTACT MET KRAAMZORG BETER KAN (n = 30)

Hoe kan het overleg met de kraamzorg beter?



Figuur 23a. Manieren waarop volgens gynaecologen (N = 444) in dit onderzoek het contact met kraamzorg, consultatiebureaus en eerstelijns verloskundigen kan worden verbeterd.

Contact met consultatiebureau

We vroegen gynaecologen in dit onderzoek (N = 97) in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze genoeg gelegenheid hebben om te overleggen met het consultatiebureau over een zwangere of een gezin in een kwetsbare situatie. Ruim een derde van de respondenten (34,3%) zei dat ze voldoende gelegenheid hebben voor overleg met het consultatiebureau, maar dat dit nog wel beter kan. Een vergelijkbaar aantal respondenten (32,8%) zei ruim voldoende gelegenheid te hebben voor overleg met het consultatiebureau.

Een ander deel van de respondenten (28,4%) zei echter onvoldoende gelegenheid te hebben voor overleg met het consultatiebureau, en 3,5% zei totaal geen gelegenheid te hebben om te overleggen met het consultatiebureau. De meest genoemde redenen die respondenten gaven voor het gebrek aan gelegenheid voor overleg met het consultatiebureau waren dat de procedure niet duidelijk is (60,9%), of dat er te weinig tijd is (39,1%).

We vroegen gynaecologen in dit onderzoek ook in hoeverre ze het gevoel hebben dat de informatie die ze delen over zwangeren of gezinnen in een kwetsbare situatie goed terecht komt bij het consultatiebureau. Ruim een derde van de respondenten (33,8%) zei voldoende het gevoel te hebben dat de gedeelde informatie goed terecht komt bij het consultatiebureau, maar dat het beter kan. Een vergelijkbaar percentage respondenten (29,6%) gaf aan ruim voldoende het gevoel te hebben dat de informatie die ze delen met het consultatiebureau goed terecht komt. Verder gaf 23,9% van

de respondenten aan niet te weten of de informatie die ze delen met het consultatiebureau goed terechtkomt, en 12,7% gaf aan onvoldoende het gevoel te hebben dat de gedeelde informatie goed terechtkomt.

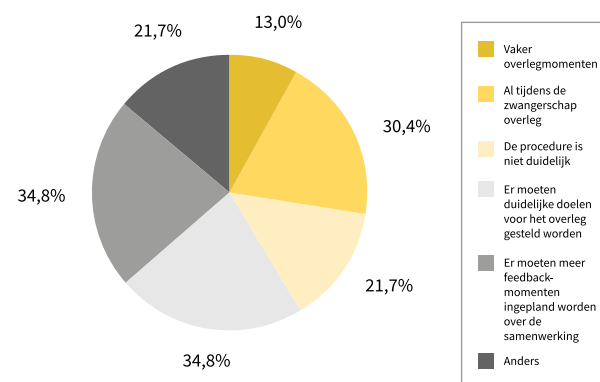
Verder vroegen we ook in hoeverre respondenten het gevoel hebben dat er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met het consultatiebureau over gezinnen in een kwetsbare situatie. Een groot deel van de respondenten (44,4%) gaf aan niet te weten of er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met het consultatiebureau. Ruim een derde van de respondenten (34,7%) gaf aan ruim voldoende het gevoel te hebben dat er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met het consultatiebureau. 15,3% gaf aan voldoende het gevoel te hebben dat er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met het consultatiebureau, maar dat het beter kan. Verder gaf 5,6% van de respondenten aan onvoldoende het gevoel te hebben dat er iets wordt gedaan met de informatie die ze delen met het consultatiebureau.

In Figuur 23b is te zien wat de meest genoemde manieren zijn waarop respondenten denken dat de informatieoverdracht met het consultatiebureau kan worden verbeterd. Hier is te zien dat er voornamelijk een behoefte is aan meer feedbackmomenten over de samenwerking, duidelijke doelen voor het overleg en overleg al tijdens de zwangerschap. Respondenten die aangaven andere manieren te hebben om de informatieoverdracht met het consultatiebureau te verbeteren gaven als reden dat er geen vast aanspreekpunt is ($n = 2$), informatieoverdracht beter zou gaan

als het consultatiebureau ook bij het multidisciplinair overleg aanwezig zou zijn ($n = 1$), dat het lastig is om te overleggen met iedereen (bijv. eerstelijns, kraamzorg, consultatiebureau etc.; $n = 1$), en dat er geen overleg is met het consultatiebureau ($n = 1$).

GYNAECOLOGEN DIE VINDEN DAT CONTACT MET CONSULTATIEBUREAU BETER KAN ($n = 93$)

Hoe kan het overleg met het consultatiebureau beter?



Figuur 23b. Manieren waarop volgens gynaecologen ($N = 444$) in dit onderzoek het contact met kraamzorg, consultatiebureaus en eerstelijns verloskundigen kan worden verbeterd.

Contact met eerstelijns verloskundigen

We vroegen gynaecologen in dit onderzoek (N = 95) in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze genoeg gelegenheid hebben om te overleggen met eerstelijns verloskundigen over een zwangere of een gezin in een kwetsbare situatie.

De overgrote meerderheid van de gynaecologen in dit onderzoek (84,1%) zei dat ze ruim voldoende gelegenheid hebben om te overleggen met eerstelijns verloskundigen over zwangere vrouwen of gezinnen in een kwetsbare situatie. Een klein deel van de gynaecologen (15,9%) zei voldoende gelegenheid te hebben voor overleg met eerstelijns verloskundigen, maar dat dit wel beter kan. Gynaecologen in dit onderzoek lijken dus over het algemeen tevreden te zijn met de gelegenheid voor overleg met eerstelijns verloskundigen.

Verder vroegen we ook in hoeverre respondenten het gevoel hebben dat de informatie die ze delen over zwangeren in een kwetsbare situatie goed terechtkomt bij de eerstelijns verloskundigen. De overgrote meerderheid (75,9%) zei ruim voldoende het gevoel te hebben dat hun informatie goed terechtkomt. Een vijfde van de respondenten (19,3%) zei dat ze voldoende gevoel hebben dat de informatie die ze delen met eerstelijns verloskundigen goed terechtkomt, maar dat het beter kan. Een klein percentage (3,6%) weet niet of de informatie die

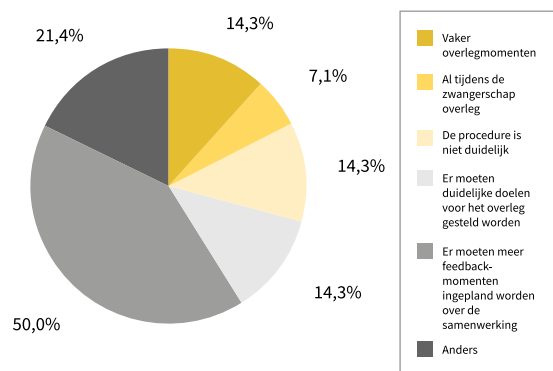
ze delen met de eerstelijns verloskundigen goed terechtkomt en 1,2% heeft onvoldoende het gevoel te hebben dat hun informatie goed terechtkomt. De meeste gynaecologen in dit onderzoek lijken dan ook het gevoel te hebben dat de informatie die ze delen met eerstelijns verloskundigen over zwangere in een kwetsbare situatie goed terechtkomt.

Verder vroegen we ook in hoeverre respondenten het gevoel hebben dat er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met eerstelijns verloskundigen over zwangeren in een kwetsbare situatie. De grote meerderheid (77,6%) zei ruim voldoende het gevoel te hebben dat er echt iets wordt gedaan met de informatie die ze delen met de eerstelijns verloskundige. Verder zei 18,8% van de respondenten voldoende het gevoel te hebben dat er iets gedaan wordt met de gedeelde informatie, maar dat het beter kan. Verder zei een klein percentage van de respondenten (3,5%) dat ze niet weten of er iets gedaan wordt met de gedeelde informatie.

In Figuur 23c zijn de manieren waarop respondenten denken dat de informatieoverdracht met de eerstelijns verloskundige kan worden verbeterd. Hier is te zien dat er voornamelijk een behoefte is naar vaker overleg, duidelijke procedures en duidelijke doelen voor het overleg. Respondenten die andere manieren noemden om de informatie overdracht met eerstelijns verloskundigen te verbeteren gaven vooral aan dat er meer tijd nodig was voor overleg.

GYNAECOLOGEN DIE VINDEN DAT CONTACT MET EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN BETER KAN (n = 14)

Hoe kan het overleg met de eerstelijns verloskundigen beter?



Figuur 23c. Manieren waarop volgens gynaecologen (N = 444) in dit onderzoek het contact met kraamzorg, consultatiebureaus en eerstelijns verloskundigen kan worden verbeterd.

Ondersteuning en interventies

We vroegen gynaecologen (n = 101) of ze wel eens een zwangere in een kwetsbare situatie verwijzen naar een interventie of ondersteunend programma voor (kwetsbare) zwangeren (zie Tabel 8). In totaal zeiden 52 respondenten (51,5%) wel eens een zwangeren door te verwijzen naar een dergelijk programma na het signaleren van niet-medische risicofactoren van

kwetsbaarheid. Van de respondenten die dat niet doen, zeiden 35 respondenten (34,7%) dat deze verwijzingen lopen via medisch maatschappelijk werk en 7 respondenten (6,9%) gaven aan dat deze verwijzingen lopen via een klinisch verloskundige. Verder zeiden 7 respondenten (6,9%) dat deze verwijzingen lopen via een eerstelijns verloskundige en 2 respondenten (2%) zeiden dat deze verwijzingen lopen via een intake verpleegkundige. Er waren ook 16 respondenten (16,2%) die aangaven dat deze verwijzingen bijvoorbeeld lopen via een multidisciplinair overleg of POP Poli.

In Tabel 8 is te zien naar wat voor soort interventies of ondersteunende programma's men vaak verwijst. Hierin is te zien dat de helft van de respondenten aanbeeft mensen door te verwijzen naar een prenataal huisbezoek door JGZ of Stevig Ouderschap. Voorbeelden van andere interventies die veelvuldig genoemd werden zijn de Stoppen met roken poli, medisch maatschappelijk werk en wijkteams.

Preconceptiezorg

Preconceptiezorg kan een belangrijke rol spelen bij het tijdig in beeld krijgen van vrouwen in een potentieel kwetsbare situatie. We vroegen gynaecologen (N = 93) daarom of er preconceptiezorg wordt aangeboden vanuit het ziekenhuis waar ze werken. Het overgrote deel van de respondenten (87,1%) gaf aan dat er inderdaad een preconceptiezorg wordt aangeboden in hun ziekenhuis. De respondenten die zeiden dat er geen preconceptiezorg werd aangeboden, zeiden dat dit alleen op aanvraag gebeurt.

Verder vroegen we gynaecologen ($n = 81$) ook hoe het ziekenhuis waar ze werkzaam zijn aanstaande ouders werft voor een preconceceptieconsult. Een groot deel van de respondenten (66,7%) zei dat het ziekenhuis zelf niet werft, maar alleen preconceceptieconsulten aanbiedt op aanvraag van aanstaande ouders. Verder zei een groot deel (61,7%) dat de optie voor een preconceceptieconsult wordt besproken tijdens de nacontrole. Een klein deel van de respondenten gaf aan de mogelijkheid van een preconceceptieconsult te bespreken tijdens de anticonceptieconsulten (18,5%), of dat de werving plaatsvindt middels een oproep (3,7%). Ook gaf een kwart van de respondenten (23,5%) aan op een andere manier aanstaande ouders te werven voor een preconceceptieconsult (23,5%).

Voorbeelden die ze noemen, zijn werving via 'www.zwangerwijzer.nl' of dat men niet weet hoe het ziekenhuis aanstaande ouders werft omdat men zelf geen preconceceptieconsulten doet. Daarnaast vroegen we gynaecologen in dit onderzoek wat een preconceceptieconsult bij hen precies inhoudt. Het merendeel zei dat het consult vooral is bedoeld om een plan te maken om risico's bij een toekomstige zwangerschap aan te pakken (81,5%), of toekomstige risico's in kaart te brengen (80,2%). Verder gaf een meerderheid (53,1%) aan dat de inhoud van een preconceceptieconsult vaak afhangt van de vragen van de aanstaande ouders. Een klein percentage (4,9%) gaf aan op een andere manier inhoud te geven aan het preconceceptieconsult door bijvoorbeeld het consult als medische preconceceptie gesprek te gebruiken.

	Hoeveel procent van de gynaecologen die intakes doen ($n = 54$) verwijst cliënten weleens door naar deze interventie of dit ondersteuningsprogramma?	n
Prenataal huisbezoek door JGZ	63,0%	34
Stevig Ouderschap	50,0%	27
Voorzorg	42,6%	23
Nu Niet Zwanger	35,2%	19
Prenataal consult	35,2%	19
Andere interventies of ondersteuningsprogramma's	33,3%	18
Een mentormoeder-programma (zoals MeMoSa of Moeders van Rotterdam)	7,4%	4
PreSPARK	0,0%	0

Tabel 8 Aantal gynaecologen in dit onderzoek dat cliënten wel eens verwijst naar bepaalde interventies of ondersteuningsprogramma's.

We vroegen gynaecologen ook of het ziekenhuis waar ze werken gebruik maakt van een screeningsinstrument of vragenlijst om risico's te inventariseren voor een toekomstige zwangerschap bij preconceptiezorg. Driekwart van de respondenten (75,3%) zei geen gebruik te maken van een dergelijk instrument bij preconceptiezorg.

Multidisciplinair overleg

Allereerst vroegen we gynaecologen die intakes doen (n = 71) of elke zwangere die voor een intakeconsult naar de poli komt, besproken wordt in een multidisciplinair overleg. Ruim een derde van de respondenten (36,6%) gaf aan dat elke zwangere die voor een intakeconsult komt, besproken wordt in het multidisciplinair overleg. De helft van de respondenten (49,3%) geeft aan dat een zwangere alleen besproken wordt als zij zelf of een collega dat noodzakelijk achten. Een op de tien (11,3%) respondenten geeft aan dat er criteria zijn vastgesteld voor wie besproken wordt in het multidisciplinair overleg. Op de vraag welke criteria bepalen of een zwangere besproken wordt, geven gynaecologen in dit onderzoek bijvoorbeeld aan dat dit afhankelijk is van de vorm van kwetsbaarheid (non-routine, sociale of psychische problematiek) en of de zwangere op de POP poli komt. Een klein percentage (2,8%) zegt dat niemand besproken wordt.

Verder vroegen we respondenten wie er betrokken is bij de multidisciplinaire overleggen. In Tabel 9 is te zien dat gynaecologen/arts-assistenten (77,5%), kinderartsen (60,6%) en klinisch verloskundigen (60,6%) volgens de gynaecologen in dit onderzoek het meest aanwezig zijn bij multidisciplinaire overleggen, en huisartsen het minst vaak aanwezig (7,0%). Ook gaf 37,7% van de respondenten aan dat er andere professionals aanwezig zijn bij het overleg. Voorbeelden hiervan zijn een psychiater, ziekenhuisapotheker, psycholoog en verslavingszorg.

Op de vraag hoe vaak het multidisciplinaire overleg plaatsvindt, antwoordde bijna de helft (45,6%) van de gynaecologen dat dit elke week plaatsvindt. Bijna een kwart (23,5%) zei dat het multidisciplinaire overleg een keer per twee weken plaatsvindt en een op de vijf respondenten (20,6%) gaf aan dat het overleg een keer per maand plaatsvindt. Een klein percentage (1,5%) gaf aan dat het overleg minder dan een keer per maand plaatsvindt. Verder zei 8,8% dat een multidisciplinair overleg alleen plaatsvindt op verzoek van de eerder genoemde betrokken partijen.

	Wie worden er, volgens gynaecologen (N = 71), uitgenodigd voor het multidisciplinair overleg?	<i>n</i>
Gynaecologen / arts-assistenten	77,5%	55
Kinderartsen	60,6%	43
Klinisch verloskundigen	60,6%	43
Eerstelijst verloskundigen	57,7%	41
Maatschappelijk werk	50,7%	36
Anders	37,7%	27
Veilig Thuis	29,6%	21
Jeugdzorg	18,3%	13
Jeugdverpleegkundige / jeugdarts	16,9%	12
Kraamzorg	16,9%	12
GGZ	16,9%	12
Verpleegkundigen	15,5%	11
Wijkteams	14,1%	10
Advies- & Meldpunt Kindermishandeling	14,1%	10
Partijen rondom mensen met een verstandelijke beperking	11,3%	8
Huisartsen	7,0%	5
Weet ik niet	4,2%	3

Tabel 9. De aanwezigen bij het multidisciplinair overleg dat gynaecologen voeren over kwetsbare zwangeren, volgens gynaecologen in dit onderzoek (N = 71).

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 3

- 80,8% van de gynaecologen geeft aan graag bijscholing te willen over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. 48,9% van de respondenten die bijscholing willen, zou hier wel graag accreditatie voor willen ontvangen.

Contact met kraamzorg

- De gynaecologen in dit onderzoek verschillen van mening over of ze het gevoel hebben dat kraamzorg iets doet met de informatie die ze delen over gezinnen in een kwetsbare situatie.
 - Een deel van de respondenten (41,3%) geeft aan ruim voldoende het gevoel te hebben dat er echt iets wordt gedaan met de informatie die ze delen met de kraamzorg. Een derde van de respondenten (32,0%) geeft echter aan dat ze niet weten of er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen.
- Gynaecologen die aangaven dat er onvoldoende of totaal geen gelegenheid is voor overleg met kraamzorg over een gezin in een kwetsbare situatie (21,7%), lijken vooral een behoefte te hebben aan duidelijkere procedures.
- Voor het verbeteren van de informatieoverdracht met kraamzorg geven gynaecologen in dit onderzoek aan

vooral behoefte te hebben aan feedbackmomenten over de samenwerking, duidelijke procedures en duidelijke doelen voor het overleg.

Contact met consultatiebureau

- De meningen van gynaecologen in dit onderzoek verschillen over de vraag of er voldoende gelegenheid is om te overleggen met het consultatiebureau over gezinnen in een kwetsbare situatie.
 - Een op de drie gynaecologen in dit onderzoek (33,9%) zegt onvoldoende of totaal geen gelegenheid te hebben om te overleggen met het consultatiebureau. Ruim een derde van de respondenten (34,3%) zegt dat ze voldoende gelegenheid hebben voor overleg met het consultatiebureau, maar dat dit nog wel beter kan, en 32,8% geeft aan voldoende gelegenheid te hebben voor overleg met het consultatiebureau.
- Bijna de helft (44,4%) van de gynaecologen in dit onderzoek geeft aan niet te weten of er iets gedaan wordt met de informatie die ze delen met het consultatiebureau over gezinnen in een kwetsbare situatie.
- Gynaecologen die vinden dat er onvoldoende of totaal geen gelegenheid is voor overleg met het consultatiebureau (31,9%), ervaren een gebrek aan tijd en hebben voornamelijk behoefte aan duidelijkere procedures.

- Respondenten die vinden dat de informatieoverdracht beter kan, geven aan dat ze vooral behoefte hebben aan meer feedbackmomenten over de samenwerking, duidelijke doelen voor het overleg en eerder overleg (d.w.z., al tijdens de zwangerschap).

Contact met eerstelijns verloskundige

- Gynaecologen in dit onderzoek lijken over het algemeen tevreden over hun contact met eerstelijns verloskundigen. Zo zegt de meerderheid ruim voldoende gelegenheid te hebben om te overleggen met eerstelijns verloskundigen (84,1%), zegt de meerderheid ruim voldoende het gevoel te hebben dat hun gedeelde informatie goed terechtkomt (75,9%), en heeft de meerderheid ruim voldoende het gevoel dat er ook echt iets wordt gedaan met de gedeelde informatie (77,6%).



HOOFDSTUK 7

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Voor we de onderzoeksvragen beantwoorden, is het belangrijk om eerst kritisch terug te kijken op het onderzoek. Net zoals bij andere onderzoeken, zijn er namelijk een aantal factoren die lezers in het achterhoofd moeten houden voor ze de conclusies van dit onderzoek lezen.

ZELFRAPPORTAGE

Ten eerste is dit onderzoek gebaseerd op zelfrapportage. Dat wil zeggen dat respondenten zelf aangaven hoeveel minuten ze voor een intakeconsult hebben, en of er volgens hen voldoende aandacht was besteed aan kwetsbaarheid in hun opleiding. Ook vroegen we respondenten of ze hun kennis over risicofactoren voldoende of onvoldoende vonden. Maar wat de ene respondent wellicht voldoende vindt, is voor de ander onvoldoende. Bovendien biedt zelfrapportage de mogelijkheid om, onder invloed van sociale wenselijkheid, je antwoorden op te poetsen.

Bij zelfrapportage komt dan ook altijd een mate van subjectiviteit kijken. Die subjectiviteit benadeelt de validiteit van de data die we verzamelden in dit onderzoek. Dat wil zeggen dat we niet zeker weten of dat we ook echt meten wat we hopen te meten. Oftewel, er is voorzichtigheid geboden bij het interpreteren van de precieze cijfers van dit onderzoek en het trekken van conclusies hieruit.

HET METEN VAN SIGNALEREN

Kwetsbaarheid signaleren is een proces dat uit vele onderdelen bestaat, die al dan niet concreet en meetbaar te maken zijn. In dit onderzoek hebben we geprobeerd om dit complexe proces kwantitatief in kaart te brengen, zodat er een beeld kan worden geschetst van hoe kwetsbaarheid op dit moment door verschillende professionals in de geboortezorg wordt gesignaleerd. Daarvoor hanteerden we drie verschillende meetmethodes (zie **Hoofdstuk 3. Onderzoeksopzet**), maar die vormen slechts een uitsnede van alle onderdelen waar signaleren uit bestaat. De meetmethodes zijn bovendien gebaseerd op zelfrapportage (zie kopje ‘Zelfrapportage’ hierboven).

Daarnaast zeggen de gegevens die wij in kaart brachten niets over het daadwerkelijke succes van het signaleren door professionals. We kunnen alleen aannemen dat hoe meer professionals zich bezighouden met verschillende onderdelen van kwetsbaarheid signaleren, des kleiner de kans dat gezinnen in kwetsbare situaties over het hoofd worden gezien.

Al met al baseren we de conclusies van dit onderzoek op de manier waarop het signaleren van kwetsbaarheid in dit onderzoek is gemeten. Deze manier belicht slechts een deel van het plaatje, en is daardoor zeker niet compleet.

STECKPROEFGROOTTE

Hoe kleiner een steekproef, des te onzekerder het is of onderzoeksresultaten ook gelden voor mensen die niet bij het onderzoek waren betrokken. Liefst lieten we alle kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen in Nederland de vragenlijst van dit onderzoek invullen. Omdat dat niet mogelijk was, weten we niet zeker in hoeverre de onderzoeksresultaten representatief zijn voor alle kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen in Nederland (zie ook kopje 'Selectie-bias'). Meer onderzoek met meer respondenten is altijd gewenst om onderzoeksresultaten te verifiëren en generaliseren.

SELECTIE-BIAS

De representativiteit van het onderzoek is ook onzeker doordat de steekproeven onder kraamzorg-intakers, kraamverzorgenden en gynaecologen niet random waren. Professionals werden uitgenodigd voor het onderzoek via beschikbare communicatiekanalen, zoals via een nieuwsbrief van een beroepsvereniging. Professionals die, bijvoorbeeld, de nieuwsbrief van hun beroepsvereniging niet lezen, hebben daardoor mogelijk hun kans om deel te nemen gemist.

Bovendien stond er bij de uitnodiging dat het ging om onderzoek naar het signaleren van zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie. Professionals die kwetsbaarheid minder interessant vinden, en/of minder kwetsbaarheid signaleren, zijn hierdoor mogelijk minder geneigd om deel te willen nemen aan het onderzoek. Bovendien duurde het gemiddeld een half uur om de vragenlijst in te vullen en was deelname op vrijwillige basis, in een tijd die wordt gekenmerkt door hogere werkdruk vanwege COVID-maatregelen. Waarschijnlijk is de vragenlijst daardoor vooral ingevuld door respondenten die bovengemiddeld intrinsiek gemotiveerd zijn om mee te doen aan onderzoek rondom kwetsbaarheid.

Dit zorgt voor een zogeheten selectie-bias. Dit wil zeggen dat bepaalde kenmerken van iemand (zoals actief betrokken zijn bij een beroepsvereniging, of zich veel bezighouden met kwetsbare gezinnen) de kans beïnvloeden dat diegene deelneemt aan een onderzoek. Het gevolg daarvan kan zijn dat het beeld dat voortkomt uit een onderzoek gekleurd is. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het huidige onderzoek een positiever beeld schetst van hoezeer professionals zich bezighouden met kwetsbaarheid signaleren dan werkelijk het geval is, doordat er vooral respondenten meededen die geïnteresseerd zijn in kwetsbaarheid.

HOOFDSTUK 8

CONCLUSIES



CONCLUSIES

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN KRAAMZORG

Onderzoeksvraag 1 - In hoeverre signaleren kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden op dit moment zwangeren en gezinnen met kinderen tot 2 jaar in een kwetsbare situatie?

Ongeveer de helft van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (48,5%) gebruikt geen gevalideerd signaleringsinstrument om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van de respondenten die wel een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken, gebruiken de meesten de vroegsignaleringschecklist van TNO (71,7%), gevolgd door de vragenlijst van GIZ voor kraamzorg (15,1%) of beide instrumenten (13,3%).

Slechts weinig gebruikers van de checklist van TNO (5,1%) en de vragenlijst van GIZ (12,7%) gebruiken het instrument standaard bij alle gezinnen. De checklist van TNO is oorspronkelijk ook alleen bedoeld om in te zetten wanneer een kraamverzorgende problemen vermoedt bij een gezin. De bedoeling van de vragenlijst van GIZ is uiteindelijk wel om deze bij alle gezinnen standaard af te nemen, maar dit instrument wordt op dit moment nog door een paar kraamzorgorganisaties getest in een pilot.

Er zijn slechts drie factoren waarover meer dan de helft van alle kraamzorg-intakers in dit onderzoek standaard aan alle gezinnen vragen stelt bij de intake: de gezinssamenstelling (93,9%), of er wordt gerookt in het huishouden (93,9%) en of het gezin voldoende

sociale steun ervaart (87,9%). Kraamzorg-intakers vragen het minst naar of de zwangerschaps gewenst was (6,1%), werkstress (9,1%) en moeilijk aflosbare schulden (12,1%). Al met al vragen maar weinig kraamzorg-intakers standaard bij alle gezinnen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake (zie **Bijlage B**).

Gevraagd naar waarom ze niet standaard vragen naar een risicofactor, noemen kraamzorg-intakers in een vijfde van de gevallen (22,6%) als reden dat de factor geen registratie-item in het dossier is. Ook zeggen veel kraamzorg-intakers dat ze liever wachten met vragen naar een risicofactor tot ze concrete signalen zien.

Onderzoeksvraag 2 - Welke drijfveren of weerstanden hangen samen met signaleren door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden?

Een op de drie kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (36,3%) vindt dat er niets hoeft te worden verbeterd aan de huidige aanpak van kwetsbaarheid in hun organisatie. Daarnaast vindt iets minder dan de helft van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden (44,2%) dat er voldoende of ruim voldoende aandacht is voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid onder hun kraamzorg-collega's. Al met al lijken de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek verdeeld over de noodzaak om kwetsbaarheid beter te signaleren.

De drijfveren en weerstanden die meetbaar samenhangen met niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid signaleren, hangen af van hoe je signaleren definieert. Als het gaat om het standaard in kaart brengen van zoveel mogelijk niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij de intake, dragen het gebruiksgemak van een signaleringsinstrument en de aandacht die de opleiding van een kraamzorg-intaker besteedt aan kwetsbaarheid bij aan het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers. Dat wil zeggen, hoe makkelijker een kraamzorg-intaker het vindt om een signaleringsinstrument te gebruiken, des te meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid de kraamzorg-intaker in kaart brengt bij cliënten. Hoe meer aandacht de opleiding van een kraamzorg-intaker daarnaast heeft besteed aan kwetsbaarheid, des te meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid de kraamzorg-intaker in kaart brengt bij cliënten.

Als het gaat om gedrag dat onderdeel uitmaakt van signaleren, dragen het gebruik van de checklist van TNO of de vragenlijst van GIZ, de aandacht die de opleiding van een kraamzorg-intaker of kraamverzorgende aan kwetsbaarheid heeft besteed, zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk en zich vaardig voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen bij aan het signaleren van kwetsbaarheid door kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden. Met andere woorden, kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die de checklist van TNO of de vragenlijst van GIZ gebruiken, vertonen meer signaleergedrag (zoals bijv. doorvragen op wat een cliënt zegt of vermoedens van

kwetsbaarheid bespreken; zie Bijlage C). Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden wiens opleiding meer aandacht besteedde aan kwetsbaarheid, vertonen ook meer signaleergedrag. Daarnaast vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden die graag aandacht besteden aan de sociale aspecten van hun werk ook meer signaleergedrag. Tot slot helpt het kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden om zich vaardig te voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen. Hoe vaardiger kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden zich hier namelijk in voelen, des te meer signaleergedrag ze vertonen.

Onderzoeksvraag 3 - Welke aanknopingspunten zijn er verder bij kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden om zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren?

De meerderheid van de kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek (66,9%) vindt dat er onvoldoende of totaal geen aandacht is besteed aan kwetsbaarheid in hun opleiding. Maar liefst 92,5% van alle kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden in dit onderzoek wil dan ook graag bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Gekeken naar de kennis die kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden zeggen te hebben over thema's rondom kwetsbaarheid (zie Bijlage D), zeggen relatief veel respondenten dat ze niet genoeg of veel te weinig kennis hebben over beschikbare signaleringsinstrumenten (55,9%), jeugdtrauma's (51,1%), negatieve seksuele ervaringen (46,5%) en verwijsmogelijkheden voor gezinnen in een kwetsbare situatie (42,9%).

Geen van de kraamzorgorganisaties waar de kraamzorg-intakers in dit onderzoek werken, maakt gebruik van een standaard vragenlijst die gezinnen zelfstandig invullen voorafgaand aan de intake met daarin vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat mensen minder sociaal wenselijke antwoorden geven wanneer ze zelfstandig een vragenlijst invullen, in plaats van dat deze vragen face-to-face worden gesteld²⁰. De helft van de kraamzorg-intakers in dit onderzoek (51,9%) zou graag een dergelijke vragenlijst willen gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen bij gezinnen, en 44,4% van de kraamzorg-intakers zegt dat het vooral afhangt van de inhoud van de vragenlijst of ze het zouden willen gebruiken.

Wanneer kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden worden gevraagd naar manieren om gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren, beschrijven veel van hen dat ze behoefte hebben aan betere, meer gestructureerde samenwerking met de ketenpartners in de geboortezorg, zoals de verloskundige en het consultatiebureau. Een op de vijf kraamverzorgenden in dit onderzoek (19,5%) vindt daarnaast dat ze totaal geen of onvoldoende informatie krijgen van de kraamzorg-intaker over een gezin in een kwetsbare situatie, en 43,9% vindt dat de informatie weliswaar voldoende is, maar beter kan.

Onderzoeksvraag 4 - Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door kraamverzorgenden?

Voor bijna alle niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar we naar vroegen in dit onderzoek, geldt dat als cliënten begrijpen waarom hun kraamverzorgende ernaar vraagt, de kans significant kleiner is dat ze het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Om het signaleren van kwetsbaarheid zo prettig mogelijk te houden voor cliënten, is het dus van belang dat ze begrijpen waarom bepaalde vragen worden gesteld.

Daarnaast lijken cliënten behoefte aan transparantie te hebben. Een meerderheid van de kraamzorg-cliënten in dit onderzoek (60,0%) weet namelijk niet wat er met hun antwoorden op vragen van de kraamverzorgende wordt gedaan. Van deze meerderheid wil de helft (50,0%) hier graag meer over weten. Tot slot lijken cliënten die meer vertrouwen voelen in hun kraamverzorgende, het van minder risicofactoren vervelend te vinden dat ernaar wordt gevraagd door hun kraamverzorgende.

KANSRIJKE AANKNOPINGSPUNTEN KRAAMZORG

1. Er lijkt grote behoefte onder kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden aan bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Bovendien loont het om in de scholing van kraamzorg-intakers aandacht te besteden aan het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.
2. Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden moeten zich vaardig voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen met cliënten, zoals relatieproblemen, geldproblemen en jeugdtrauma's. Dit helpt hen om kwetsbaarheid beter te signaleren.
3. Omdat niet alle vormen van kwetsbaarheid even zichtbaar zijn, moet er worden aangestuurd op het standaard gebruiken van een gevalideerd signaleringsinstrument bij de intake van ieder gezin door kraamzorgorganisaties. De informatie die hiermee wordt verzameld, moet makkelijk toegankelijk zijn voor de kraamverzorgende. Liefst kiezen kraamzorgorganisaties een signaleringsinstrument waarbij ouders zelfstandig een vragenlijst invullen. Dit beperkt hun neiging om sociaal wenselijke antwoorden te geven, waardoor er een eerlijker plaatje wordt geschetst van de gezinssituatie en potentiële kwetsbaarheid.
4. Een aantal kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden is mogelijk te afwachtend in het signaleren van niet-medische

risicofactoren van kwetsbaarheid bij gezinnen. Ze wachten liever af tot ze concrete signalen zien. Om de nadelige gevolgen van kwetsbaarheid voor een gezin te voorkomen of beperken, moeten niet-medische risicofactoren echter preventief in kaart worden gebracht, liefst al voordat er sprake is van zichtbare signalen.

5. Doordat de verloskundige in principe eindverantwoordelijke is tijdens het kraambed, is het van groot belang dat de kraamverzorgende voldoende gelegenheid heeft om te overleggen met de verloskundige. De verloskundige heeft daarnaast een belangrijke verantwoordelijkheid om eventuele observaties van de kraamverzorgende te delen met het consultatiebureau.
6. Leg cliënten uit waarom er vragen worden gesteld over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid (zoals psychische problemen of relatieproblemen). Als ze begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd, is de kans kleiner dat ze het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Bovendien willen cliënten graag weten wat er met hun antwoorden op zulke vragen wordt gedaan.
7. Kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden benadrukken dat een betere, gestructureerde samenwerking met alle ketenpartners in de geboortezorg cruciaal is om gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren. Hierbij noemen ze vooral de samenwerking met verloskundigen en het consultatiebureau.

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN GYNAECOLOGEN

Onderzoeksvraag 1 - In hoeverre signaleren gynaecologen op dit moment zwangeren en gezinnen met kinderen tot 2 jaar in een kwetsbare situatie?

Ruim de helft van de gynaecologen in dit onderzoek die weleens intakes afnemen (67,6%), gebruikt geen gevalideerd signaleringsinstrument om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Het is echter niet zeker of dit getal klopt, omdat R4U zit ingebouwd in de meeste ziekenhuissystemen zonder dat de naam erbij staat. Mogelijk gebruikt een aantal gynaecologen dus wel degelijk R4U zonder het te weten. Wat verder opvalt, is dat de helft van de gynaecologen die intakes afnemen (49,3%) zegt dat zowel R4U, Mind2Care als ALPHA-NL niet beschikbaar voor hen is, maar ze zouden bijna allemaal (95,7%) overwegen een signaleringsinstrument te gebruiken als er een beschikbaar was.

Bij de intake van zwangeren zijn er een aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar minder gynaecologen standaard naar vragen. Risicofactoren waar de minste gynaecologen standaard bij alle zwangeren naar vragen, zijn gezonde voeding (33,3%), inkomen (41,9%), staand werk (44,6%) en moeilijk aflosbare schulden (44,6%). Gynaecologen die niet standaard naar dergelijke risicofactoren vragen, zeggen onder andere dat ze het vaak pas op indicatie vragen, zich er niet van bewust zijn dat dit een risicofactor is, of dat ze wel naar

de algemenere situatie vragen, maar niet specifiek naar de risicofactoren. Zo vraagt men bijvoorbeeld misschien wel naar het soort werk dat een zwangere doet, maar niet specifiek naar werkloosheid of staand werk.

Onderzoeksvraag 2 - Welke drijfveren of weerstanden hangen samen met signaleren door gynaecologen?

Gynaecologen die voor hun gevoel meer kennis hebben over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, lijken ook meer van deze risicofactoren in kaart te brengen bij de intake van zwangeren. Oftewel, meer kennis over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid helpt gynaecologen om ze beter in kaart te brengen. Daarnaast lijkt werkervaring een rol te spelen in het signaleren van zwangeren in een kwetsbare situatie. Gynaecologen die die meer werkervaring hebben, lijken namelijk naar meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te vragen bij de intake van zwangeren dan gynaecologen met minder werkervaring. Gynaecologen die nog maar 0 tot 5 jaar werkervaring hebben, vragen het minst naar deze risicofactoren; significant minder dan gynaecologen met 20 tot 30 jaar werkervaring.

Van de 17 opgesomde niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid (zie **Bijlage E**), weten gynaecologen in dit onderzoek bij 76,6% waar ze een zwangere naar moeten verwijzen indien er sprake is van die risicofactor. De risicofactoren waarvoor de minste gynaecologen weten waarnaar te verwijzen, zijn staand werk (47,3%) en laaggeletterdheid (51,6%).

Onderzoeksvraag 3 - Welke aanknopingspunten zijn er verder bij gynaecologen om zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie beter te signaleren?

Maar liefst 80,8% van de gynaecologen in dit onderzoek geeft aan graag bijscholing te willen over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Gezien het feit dat ruim de helft van de gynaecologen in dit onderzoek (64,5%) aangeeft niet genoeg of veel te weinig kennis te hebben over laaggeletterdheid, is dat mogelijk een geschikt onderwerp voor bijscholing. Daarnaast zeggen ook relatief veel gynaecologen niet genoeg of veel te weinig kennis te hebben over schulden en financiële problemen (52,7%), verstandelijke beperkingen (46,2%), en onvoldoende gezondheidsvaardigheden (45,2%). Ook geeft 41,9% van de gynaecologen in dit onderzoek aan niet genoeg of veel te weinig kennis te hebben over het signaleren van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.

Bijna driekwart van de gynaecologen in dit onderzoek (69,7%) vindt dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in hun ziekenhuis kan worden verbeterd. De meest genoemde behoefte voor verbetering is een meer systematische aanpak binnen het ziekenhuis (39,4%). Ook worden meer inzicht in verwijsmogelijkheden (15,2%) en meer overlegmomenten (10,1%) genoemd als manieren om de aanpak van kwetsbaarheid te verbeteren.

Wat betreft het contact met ketenpartners in de geboortezorg, lijken gynaecologen over het algemeen het meest tevreden over het contact met eerstelijns verloskundigen. Ruim driekwart van de gynaecologen in dit onderzoek (84,1%) zegt ruim voldoende gelegenheid te hebben om met eerstelijns verloskundigen te overleggen, en driekwart (75,9%) zegt ruim voldoende het gevoel te hebben dat de informatie die ze delen met de eerstelijns verloskundige goed terechtkomt.

Wat betreft de kraamzorg, zegt slechts 36,2% van de gynaecologen in dit onderzoek dat ze ruim voldoende gelegenheid hebben voor overleg. 21,7% zegt onvoldoende of totaal geen gelegenheid te hebben voor overleg, en 42,0% zegt dat ze weliswaar voldoende gelegenheid hebben, maar dat het beter kan. De meest genoemde redenen die respondenten gaven voor het gebrek aan gelegenheid voor overleg met de kraamzorg, waren dat de procedure niet duidelijk is (80,0%), of dat er te weinig tijd is (26,7%).

Gynaecologen in dit onderzoek lijken het minst tevreden over hun contact met consultatiebureaus. Een op de drie respondenten (33,9%) zegt namelijk onvoldoende of totaal geen gelegenheid te hebben om te overleggen met het consultatiebureau. Bijna een op de vier respondenten (23,9%) zegt daarnaast niet te weten of de informatie die ze delen met het consultatiebureau goed terechtkomt, en 12,7% zei zelfs onvoldoende het gevoel te

hebben dat de gedeelde informatie goed terechtkomt. Gevraagd naar manieren om het contact met consultatiebureaus te verbeteren, zeggen gynaecologen onder andere graag al eerder overleg te willen (d.w.z., al tijdens de zwangerschap), meer feedbackmomenten over de samenwerking en duidelijke doelen voor het overleg.

Bij het multidisciplinair overleg dat een deel van de gynaecologen regelmatig voert over potentieel kwetsbare zwangeren en gezinnen, lijken vooral disciplines binnen het ziekenhuis uit te worden genodigd. De meest uitgenodigde partijen, volgens gynaecologen in dit onderzoek, zijn namelijk gynaecologen, kinderartsen en klinisch verloskundigen. Jeugdverpleegkundigen, daarentegen, worden slechts volgens 16,9% van de respondenten uitgenodigd voor het overleg.

KANSRIJKE AANKNOPINGSPUNTEN GYNAECOLOGEN

1. Er is grote behoefte onder gynaecologen aan bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Gynaecologen die meer kennis hebben over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, brengen ook meer van deze risicofactoren in kaart.
2. Om te voorkomen dat zwangeren sociaal wenselijke antwoorden geven op vragen over gevoelige onderwerpen, is het belangrijk om ze zelf een vragenlijst over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te laten invullen. Uit wetenschappelijk onderzoek is namelijk gebleken dat mensen eerder geneigd zijn hun antwoorden op te poetsen als vragen over gevoelige onderwerpen face-to-face worden gesteld.
3. Er moet meer aandacht komen voor samenwerking en informatieoverdracht tussen gynaecologen en consultatiebureaus. Hierbij moet ook de mogelijkheid worden overwogen om al tijdens de zwangerschap te overleggen over potentieel kwetsbare zwangeren, en zo meer systematische overlegmomenten in te bouwen. Ook is een warme overdracht na de bevalling een goede manier om zo min mogelijk informatie over potentiële kwetsbaarheid van een gezin verloren te laten gaan.
4. Aangezien de eerstelijns verloskundige na de bevalling in veel gevallen eindverantwoordelijke is voor het kraambed, en daarna de overdracht aan consultatiebureau doet, is het ook belangrijk om goed te kijken naar de samenwerking tussen gynaecologen en eerstelijns verloskundigen.
5. Het vaker uitnodigen van disciplines buiten het ziekenhuis voor het multidisciplinair overleg over kwetsbare zwangeren kan de samenwerking en informatieoverdracht tussen gynaecologen en ketenpartners verbeteren.

BIJLAGEN



BIJLAGE A

BEGRIPPENLIJST

Begrip	Betekenis
Chi-squared (χ^2) test	Een analyse waarmee je kunt berekenen of twee dichotome variabelen statistisch significant samenhangen. Met andere woorden, een chi-squared test berekent of de waarde van de ene variabele mede afhangt van de waarde van een andere variabele. De bijbehorende p -waarde geeft aan of er sprake is van significante samenhang (positief of negatief). Voorbeeld: Als iemand begrijpt waarom er naar opleidingsniveau wordt gevraagd, is de kans dan kleiner dat diegene het vervelend vindt als er naar opleidingsniveau wordt gevraagd (= negatief verband)?
Cronbach's alpha (α)	Een waarde die aangeeft hoeveel onderlinge samenhang er tussen scores op items is. Over het algemeen wordt aangenomen dat als de α -waarde groter dan .70 is, er sprake is van voldoende onderlinge samenhang is om de scores op deze items samen te voegen tot één construct. Voorbeeld: Als α minstens .70 is voor de 12 stellingen over signaleergedrag, kun je de scores op deze stellingen samenvoegen door een gemiddelde ervan te berekenen voor iedere respondent, en die score bestempelen als hun signaleergedrag.
Lineaire regressieanalyse	Een analyse waarmee je kunt berekenen of één continue variabele statistisch significant samenhangt met een andere continue variabele. De bijbehorende p -waarde geeft aan of er sprake is van significante samenhang. Voorbeeld: Vragen kraamzorg-intakers naar meer niet-medische risicofactoren als ze meer minuten tijd hebben voor een intakeconsult?
M	Afkorting voor 'gemiddelde' (Engels: mean).
Multipelle regressieanalyse	Een analyse waarmee je kunt berekenen of één continue variabele statistisch significant samenhangt met meerdere andere continue variabelen. De bijbehorende p -waarde geeft aan of er sprake is van significante samenhang. Voorbeeld: Vertonen kraamzorg-intakers en kraamverzorgenden meer signaleergedrag als ze meer veranderurgentie voelen, een hogere risicoperceptie hebben, meer verwijismogelijkheden kennen en hoger scoren op kennis over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid?

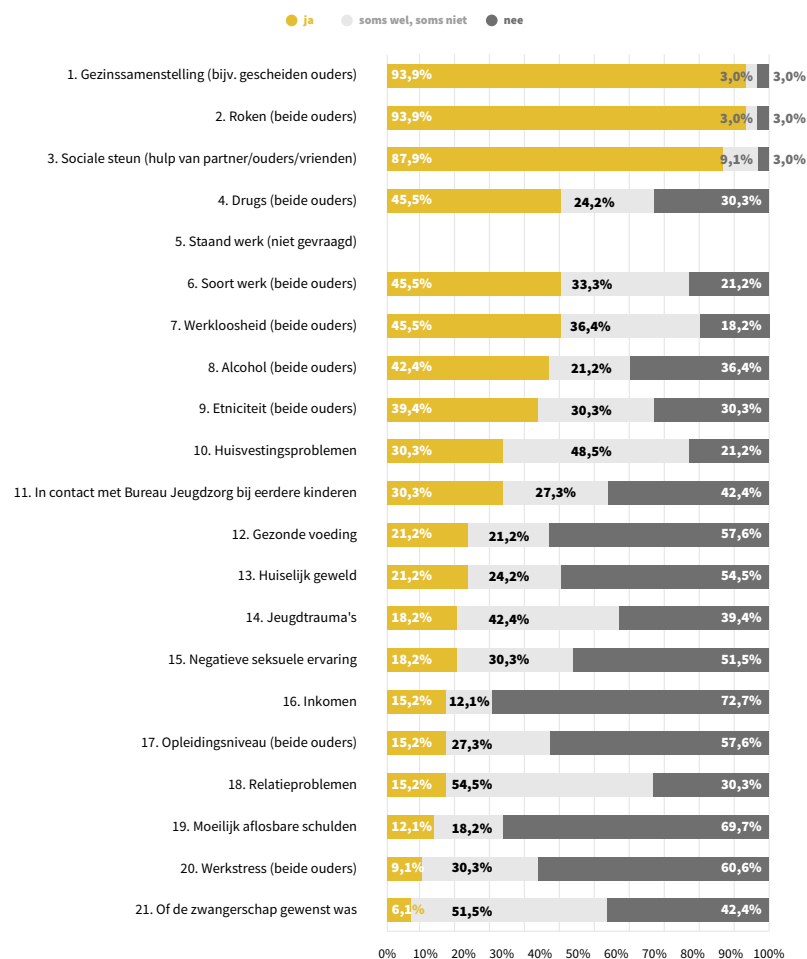
Multivariate variantieanalyse	Een analyse waarmee je kunt berekenen of twee of meer groepen respondenten verschillen in hun score op een verzameling continue variabelen als geheel, rekening houdend met onderlinge samenhang tussen deze continue variabelen. Voorbeeld: Verschillen cliënten die weten wat er met hun informatie wordt gedaan van cliënten die dat niet weten in hoeverre ze hun kraamverzorgende vertrouwen, of ze vragen over risicofactoren begrijpen, en of ze vragen over risicofactoren vervelend vinden?
N	De totale omvang van een steekproef. Met andere woorden, N is het totale aantal respondenten in het onderzoek. Voorbeeld: De totale steekproef bestaat uit 740 respondenten ($N = 740$), waarvan 65 respondenten als ZZP'er werken ($n = 65$).
n	Een selectie van een steekproef. Met andere woorden, n is een deel van de respondenten in het onderzoek. Voorbeeld: De totale steekproef bestaat uit 740 respondenten ($N = 740$), waarvan 65 respondenten als ZZP'er werken ($n = 65$).
p	Een waarde die wordt gebruikt om te bepalen of de resultaten van een analyse reden geven om aan te nemen dat dit voor de hele populatie geldt (= significant resultaat). Bij dit onderzoek wordt een significantieniveau van $\alpha = .05$ gehanteerd. Dat wil zeggen dat als een genoemde p-waarde kleiner is dan .05, we spreken van een significant resultaat. Een p -waarde is mede afhankelijk van de analyse die wordt gekozen en hoe groot de steekproef is.
r	Een waarde die de sterkte van een correlatie aangeeft. De waarde valt tussen -1 (sterke negatieve samenhang) en 1 (sterke positieve samenhang), waarbij een waarde van 0 aangeeft dat er geen sprake is van samenhang. De bijbehorende p -waarde geeft aan of r significant is.
r_{partial}	Een waarde die een schatting geeft van de grootte van een effect.
SD	Afkorting voor 'standaarddeviatie' (Engels: standard deviation).
Univariate variantieanalyse	Een analyse waarmee je kunt berekenen of twee of meer groepen respondenten verschillen in hun score op één continue variabele. De bijbehorende p -waarde geeft aan of er sprake is van een significant verschil. Voorbeeld: Brengen kraamzorg-intakers die meer jaren werkervaring hebben meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart dan kraamzorg-intakers met minder jaren werkervaring?
η_p^2 (eta-squared)	Een waarde die een schatting geeft van de grootte van een effect.

BIJLAGE B

NIET-MEDISCHE RISICOFACTOREN VAN KWETSBAARHEID

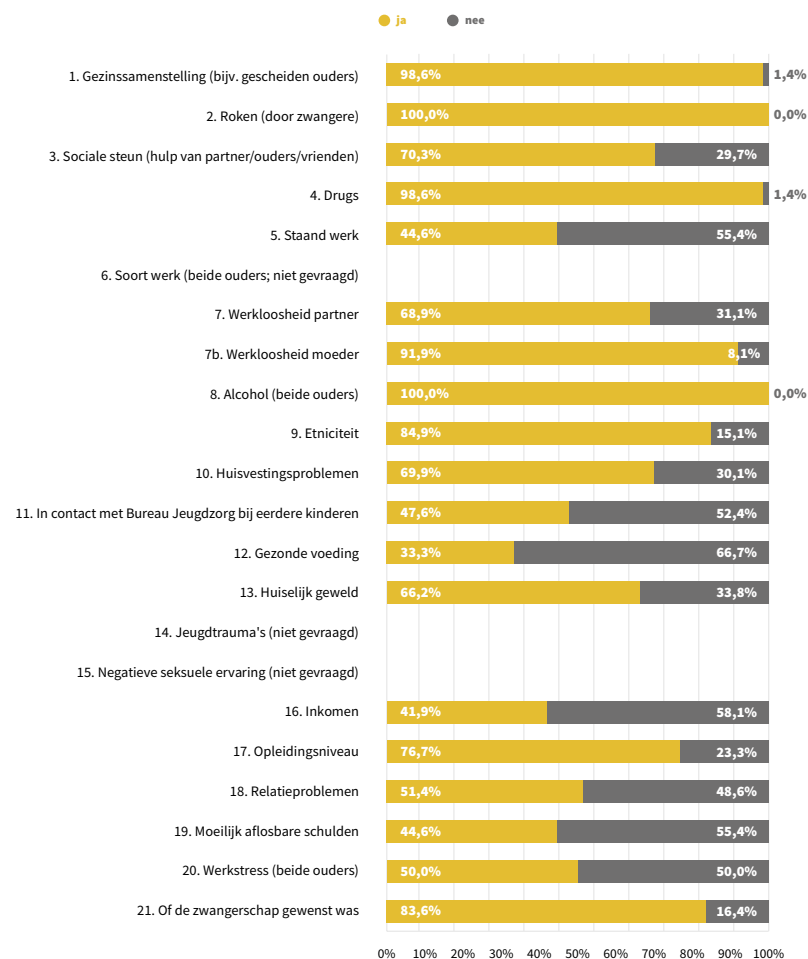
KRAAMZORG-INTAKERS (n=33)

Over welke van de onderstaande factoren stel je vragen aan nieuwe gezinnen als onderdeel van de intake?



GYNAECOLOGEN (n=74)

Over welke van de onderstaande factoren stel je standaard vragen aan alle zwangeren als onderdeel van de intake?



BIJLAGE C

SIGNALEERGEDRAG DOOR KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN

Item	Stelling bij kraamzorg-intakers	Stellingen bij kraamverzorgenden
Item 1	Als een zwangere iets noemt dat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door.	Als een ouder iets noemt dat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door.
Item 2	Als de partner van de zwangere aanwezig is, betrek ik die ook door aan hem/haar vragen te stellen.	Als beide ouders aanwezig zijn, betrek ik ze allebei bij de zorg.
Item 3	Als ik bij een zwangere signalen herken die mogelijk wijzen op kwetsbaarheid, overleg ik dit - met haar toestemming - met mijn aanspreekpunt (leidinggevende, aandachtsfunctionaris, teamcoach) binnen de organisatie en verloskundige.	Als ik bij een ouder of kind signalen herken die mogelijk wijzen op kwetsbaarheid, bespreek ik dit - met haar toestemming - met aanspreekpunt (leidinggevende, aandachtsfunctionaris, teamcoach) binnen de organisatie en verloskundige.
Item 4	Als ik merk dat een zwangere erg gespannen reageert, bespreek ik dat met haar.	"Als ik merk dat een moeder erg gespannen reageert op lichamelijk contact, bespreek ik dat met haar.
Item 5	Tijdens een intake peil ik of de zwangere genoeg steun uit haar omgeving (i.e. vrienden en of familie) ervaart.	Als ik bij een gezin ben peil ik of ze genoeg steun uit hun omgeving (familie en of vrienden) ervaren.
Item 6	Als ik denk dat er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid bij een zwangere, deel ik met haar toestemming informatie met een zorgverlener uit het relevante vakgebied.	Als ik denk dat er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid bij een gezin, deel ik met toestemming van de ouder(s) informatie met een zorgverlener uit het relevante vakgebied.
Item 7	Als de zwangere gespannen reageert, bespreek ik dat met haar.	Als de ouders gespannen of gestrest lijken, stel ik daar vragen over aan hen.

Item 8	Als ik het gevoel heb dat er iets niet pluis is, ga ik daarover het gesprek aan met de zwangere.	Als ik het gevoel heb dat er iets niet pluis is, ga ik daarover het gesprek aan met de ouders.
Item 9	Als een zwangere vertelt over een voor haar ingrijpende gebeurtenis die ze heeft meegemaakt, ga ik hier tijdens de intake verder op in.	Als een ouder een voor hem/haar ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, ga ik hier in een gesprek verder op in.
Item 10	Als ik spanningen opmerk tussen een zwangere en haar partner, benoem ik dat.	Als ik spanningen opmerk tussen twee ouders, benoem ik dat naar hen toe.
Item 11 (negatief)	Als ik merk dat een partner zich afzijdig houdt van de zwangerschap, laat ik dat met rust en begin er niet over.	Als ik merk dat een van de ouders zich afzijdig houdt van het kind, laat ik dat met rust en begin er niet over.
Item 12 (negatief)	Als ik vermoed dat een zwangere zich in een kwetsbare situatie bevindt, wacht ik af totdat ze daar zelf over begint.	Als ik vermoed dat een gezin zich in een kwetsbare situatie bevindt, wacht ik af totdat een van de ouders daar zelf over begint.

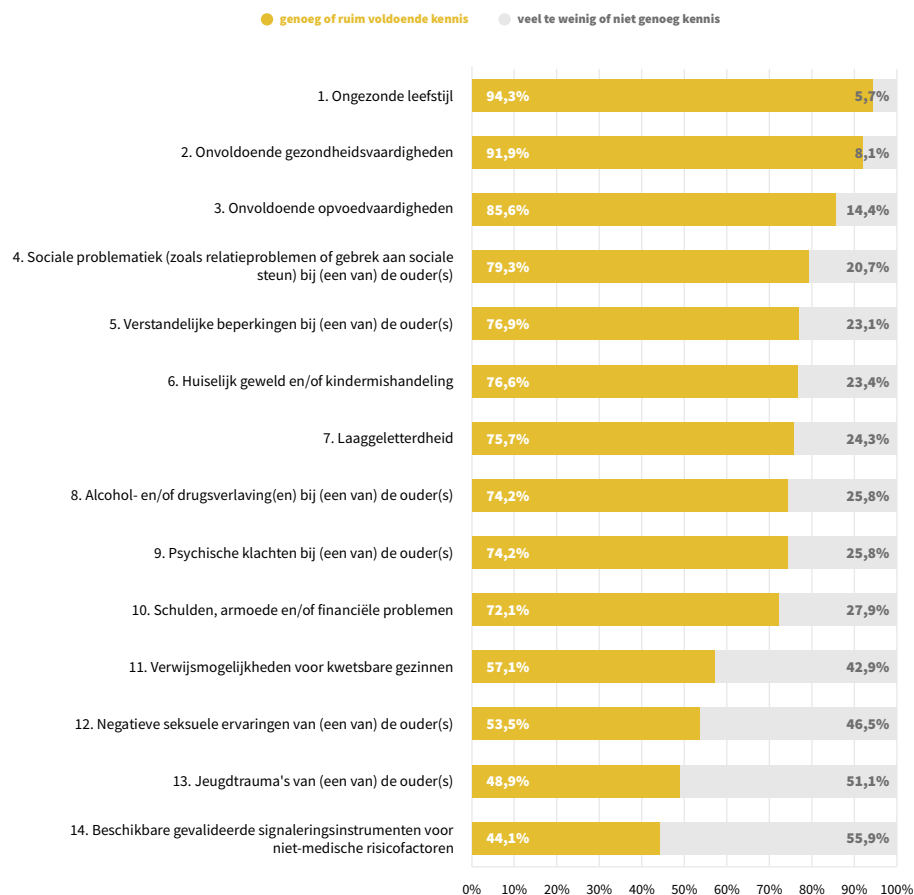
BIJLAGE D

SIGNALEERGEDRAG DOOR KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN

KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (N = 333)

ZELFGERAPPORTEERDE KENNIS

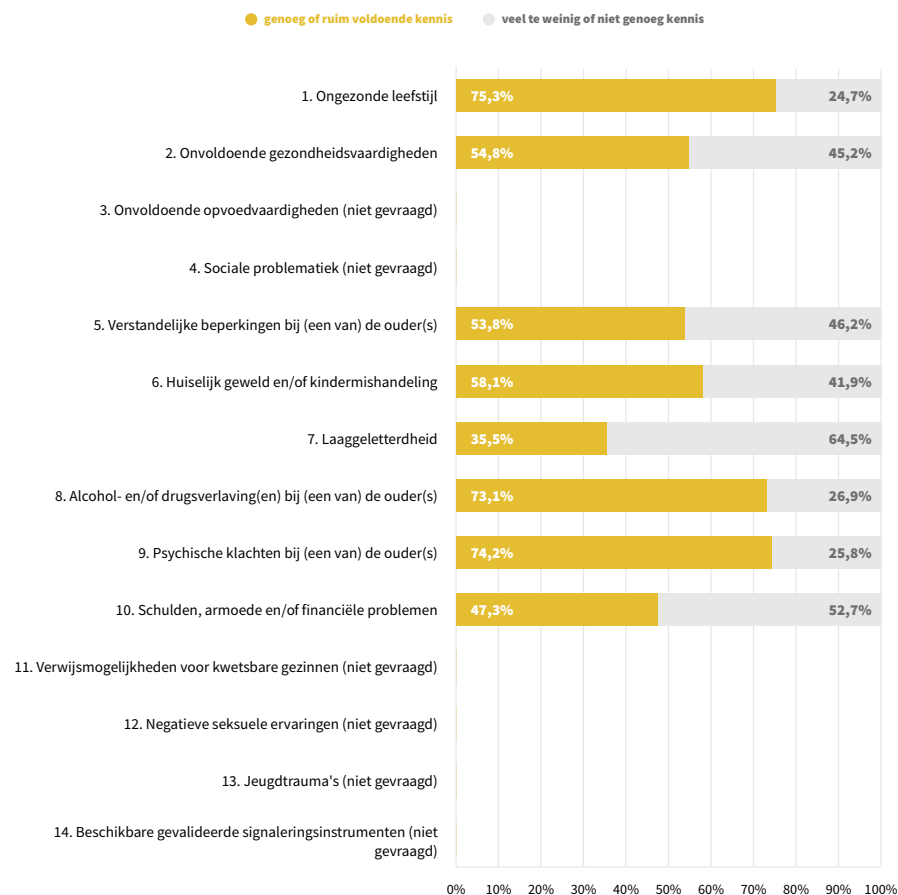
In hoeverre hebben respondenten het gevoel dat ze genoeg kennis hebben over het signaleren van deze risicofactoren van kwetsbaarheid?



GYNAECOLOGEN (n = 93)

ZELFGERAPPORTEERDE KENNIS

In hoeverre hebben respondenten het gevoel dat ze genoeg kennis hebben over het signaleren van deze risicofactoren van kwetsbaarheid?

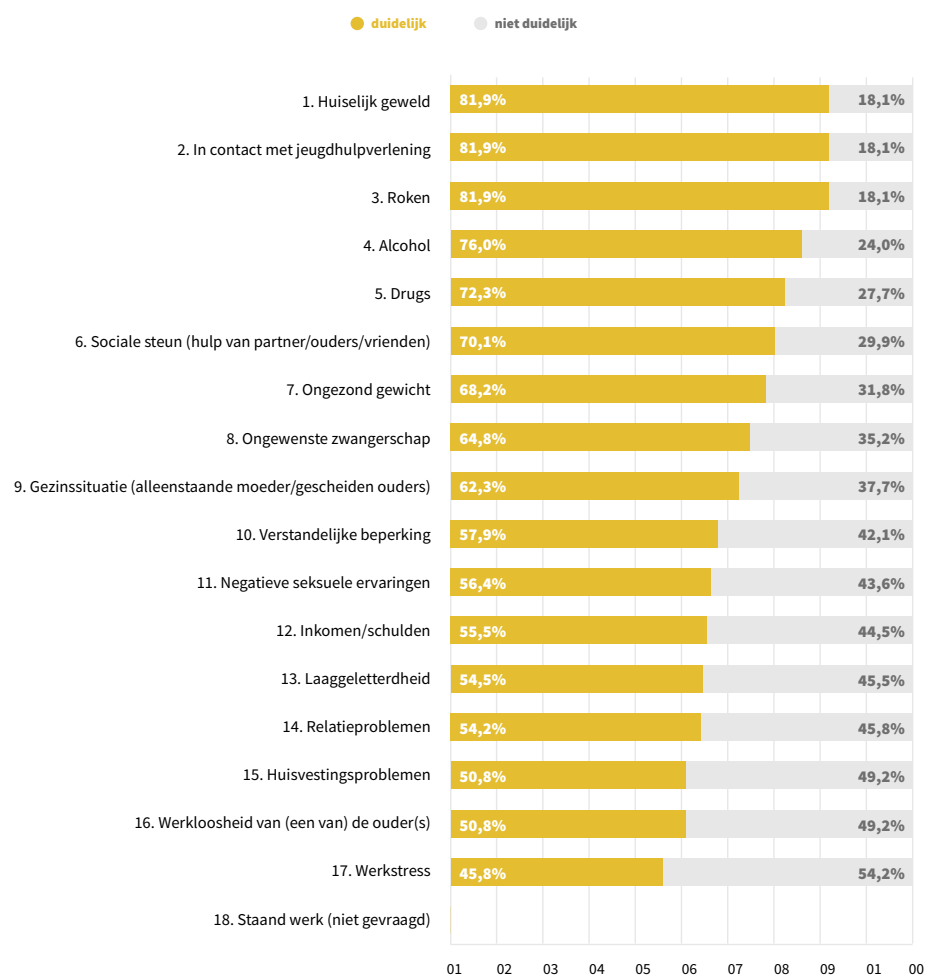


BIJLAGE E

NIET-MEDISCHE RISICOFACTOREN EN KENNIS OVER VERWIJSMOGELIJKHEDEN

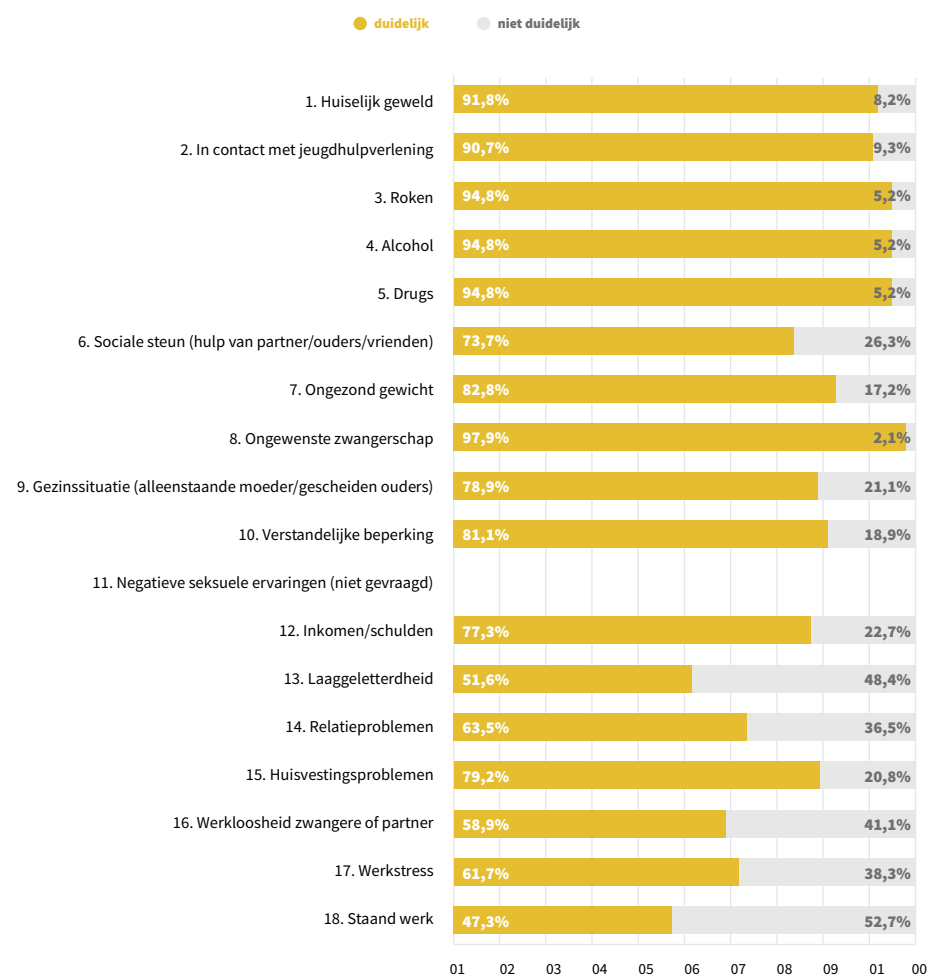
KRAAMZORG-INTAKERS EN KRAAMVERZORGENDEN (N = 321)

Kennis over verwijsmogelijkheden



GYNAECOLOGEN (N = 97)

Kennis over verwijsmogelijkheden

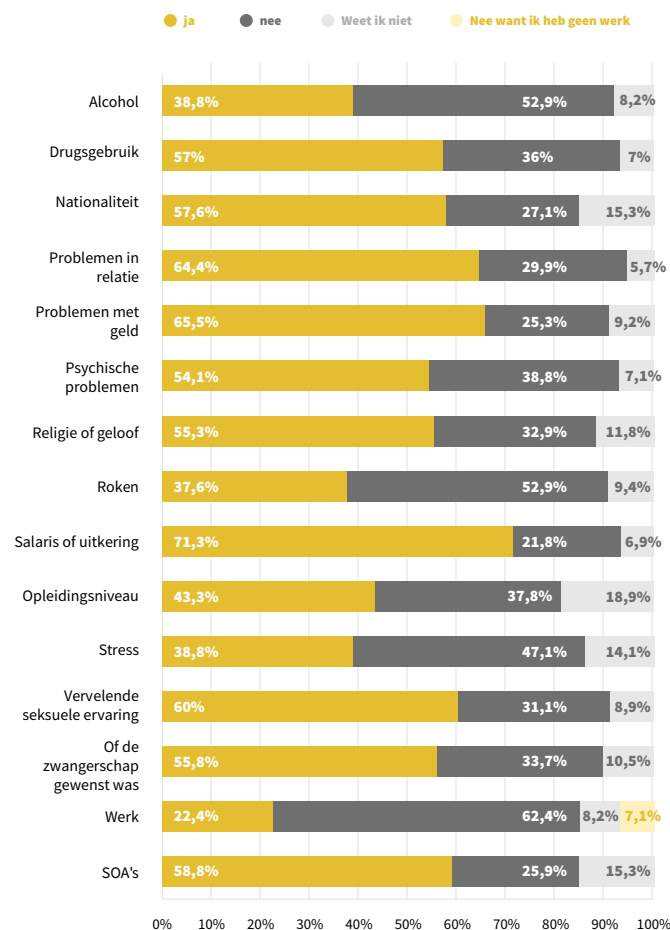


BIJLAGE F

ONDERZOEKSRÉSULTATEN CLIËNTEN KRAAMVERZORGENDEN

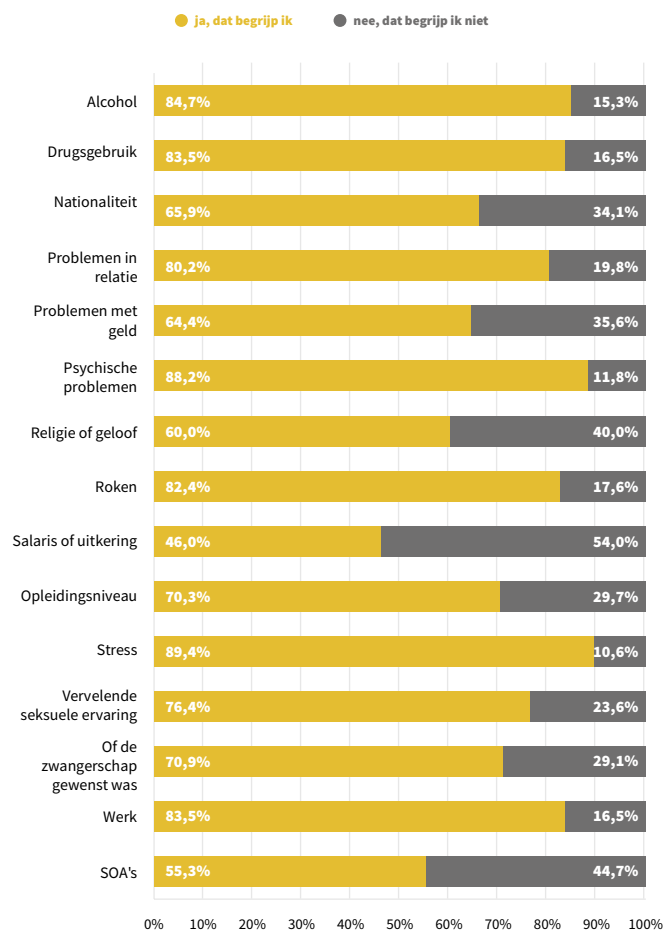
CLIENTEN VAN KRAAMVERZORGENDEN (N = 90)

Vroeg jouw kraamverzorgende naar een van de volgende onderwerpen?



CLIENTEN VAN KRAAMVERZORGENDEN (N = 91)

Begrijp je waarom je kraamverzorgende iets vroeg over...



CLIENTEN VAN KRAAMVERZORGENDEN (N = 91)

Vind je het vervelend dat de kraamverzorgende vragen stelt over de volgende onderwerpen?

