Afwegingen voor een prenataal screeningsinstrument voor kwetsbare zwangere vrouwen

(Dissonante) stemmen van sociaal werkers en vroedvrouwen over kwetsbaarheid in de zwangerschap

Britt Dehertogh, Sociaal werk; Inge Meyvis, Vroedkunde; Valérie Vanceulebroek, Verpleegkunde; Miek Brouns, Vroedkunde; Saskia Van Besauw, Vroedkunde, AP Hogeschool Antwerpen

Kwetsbaarheid in de zwangerschap heeft nefaste gevolgen voor het kind, zowel in de eerste levensjaren als op de gezondheid op latere leeftijd. Verschillende initiatieven in Vlaanderen en in het buitenland werden opgezet om kwetsbare zwangerschappen gerichter te signaleren en te ondersteunen. Toch liggen er in Vlaanderen nog heel wat mogelijkheden om het individuele pre- en postnatale zorgpad beter af te stemmen op de noden van kwetsbare zwangere vrouwen. Dit artikel geeft de resultaten weer van de eerste onderzoeksfase van een projectmatig wetenschappelijk onderzoek van de AP Hogeschool Antwerpen. Het project focust op de ontwikkeling van een screeningsinstrument naar kwetsbaarheid bij zwangere vrouwen en een aangepast prenataal zorgpad op maat voor deze kwetsbare zwangere vrouwen. Een cruciale startvraag daarbij is hoe die kwetsbaarheid in de zwangerschap geconcipieerd wordt. Aangezien de literatuur niet eenduidig is, werden experten uit het veld bevraagd over het concept kwetsbaarheid in een zwangerschap en over de operationele mogelijkheden om een screeningsinstrument door vroedvrouwen in te zetten. Focusgroepen en interviews met vroedvrouwen én met vertegenwoordigers uit sociaal werk werden georganiseerd. De combinatie van beide werelden levert gelijkaardige, maar ook dissonante inzichten over kwetsbaarheid op.

Inleiding

Een preventieve aanpak, een degelijke gezondheidsmonitoring en een geschikt zorgaanbod kunnen gezondheidswinst opleveren voor kwetsbare groepen (Viergever, 2013). De wijze waarop kwetsbare zwangere vrouwen zorg krijgen is onderwerp van meerdere recente studies in de ons omringende landen (Barlow, et al. 2015; De Groot, et al., 2016). Ook in Vlaanderen is de afgelopen jaren een stijgende aandacht in het wetenschappelijk onderzoeksveld te merken voor het zorgtraject van kwetsbare zwangere vrouwen en prille moeders (Beeckman, et al., 2010; Fobelets, et al., 2014). De praktijk blijft niet achter, met bijvoorbeeld projecten van Kind en gezin, OCMW's, Expertisecentra Kraamzorg, het opzetten van lokale netwerken zoals PANZA in Antwerpen, de prille initiatieven in een aantal ziekenhuizen en de uitbouw van laagdrempelige geboortehuizen.

Het onderzoeksproject bestudeert de problematiek rond de prenatale zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen in Antwerpen. In het project wordt de focus gelegd op vrouwen die contact hebben met een zorginstelling, een zelfstandige vroedvrouw of een sociaal werk organisatie. Het bereiken van kwetsbare vrouwen in een situatie van non-take-up (geen contact met zorg- en welzijnsorganisaties, Warin 2014), valt buiten het bestek van het onderzoek. De algemene doelstellingen van het project zijn (1) de vaststelling van kwetsbaarheid verhogen in een zo vroeg mogelijk stadium van de zwangerschap en (2) de participatie van kwetsbare zwangere vrouwen aan een zorgpad op maat verhogen.

Vooraleer een screeningsinstrument ontwikkeld kan worden, is een conceptuele en operationele afbakening van kwetsbaarheid vereist. Wanneer kan een zwangere vrouw als kwetsbaar worden omschreven? Hoe kan kwetsbaarheid best opgemerkt, geregistreerd en gesignaleerd worden door vroedvrouwen in een prenataal traject? De onderzoekers staan bewust voldoende lang stil bij deze vragen. Er wordt namelijk een ruim debat over de aard van kwetsbaarheid gevoerd. Kwetsbaarheid is een veel ruimer begrip dan armoede en heeft een

multidimensionaal karakter. Het duidt volgens sommigen op uitsluiting van maatschappelijke instituties (zie o.m. Vettenburg, 1989), anderen wijzen op een onevenwichtige balans tussen risicofactoren en hulpbronnen (zie o.m. De Groot, et al., 2016). Ook kwetsbaarheid in de zwangerschap krijgt in literatuur vele invullingen, gaande van de zeer brede omschrijving 'elke vrouw is kwetsbaar als ze zwanger is' tot de eerder beperkte definitie 'financieel arme vrouwen zijn kwetsbaar' (Luna & Vanderpoel, 2013; Nichiata, et al.; 2008; Rogers,1997; Shi & Stevens, 2005). Onderzoeken die een ruimere conceptualisering hanteren, perken daarna geregeld 'kwetsbaarheid' in tot een operationele, meetbare definitie. De Groot et al. (2016) vertrekken bijvoorbeeld op conceptueel niveau vanuit een balans tussen risicofactoren en de aanwezigheid van persoonlijke of sociale bronnen. In de operationalisering wordt dit verder ingevuld als psychopathologische, psychosociale en verslaving gebonden risicofactoren versus de aanwezigheid van 'bronnen' zoals opleiding en kennis over het gezondheidssysteem. Waar de onderzoekers alvast een brede insteek nemen voor de conceptualisering, krijgt het operationele niveau van risicofactoren een striktere afbakening. Dit zorgt voor een sterk gevalideerd meetinstrument, maar sluit bepaalde mogelijke kwetsbare kenmerken a priori uit.

In deze bijdrage worden de resultaten weer van een multidisciplinaire bevraging bij Antwerpse vroedvrouwen en medewerkers uit het sociaal werk over kwetsbaarheid weergegeven, opdat ervaringen en opvattingen uit beide praktijken de inzichten uit literatuur kunnen aanvullen.

Methode

De onderzoeksmethode past binnen de kwalitatieve onderzoekstraditie. In eerste instantie werd via homogene focusgroepen gewerkt per beroepsgroep of sector. Een focusgroep van vroedvrouwen en afdelingshoofden werd ingericht. Zij waren allen werkzaam in ziekenhuizen of zelfstandig in de regio Antwerpen (n=5). Daarnaast werd een focusgroep gehouden met experten uit het sociaal werk. Deelnemers waren gezondheidswerkers die rond armoede, drugproblematiek, psychiatrische problematiek en vanuit het OCMW werken en in contact komen met kwetsbare zwangere vrouwen (n=4). Verder werden 9 interviews gehouden met: experten van verenigingen waar armen het woord nemen (n=3), projecten en organisaties die zich richten naar kwetsbare zwangere vrouwen (n=5) en een vrouwenwerking voor kwetsbare vrouwen (n=1). De interviews werden afgenomen door studenten Sociaal werk (Vanremoortele et al., 2016) in het kader van het opleidingsonderdeel Praktijkonderzoek onder begeleiding van Britt Dehertogh. Alle deelnemers ondertekenden een informed consent.
De focusgroepen en interviews gingen in op de omschrijving van kwetsbare zwangerschappen, de nood aan een screeningsinstrument, de wijze waarop kwetsbaarheid mogelijks in kaart kan worden gebracht via een instrument en de gewenste vorm van zulk een instrument. De gegevens werden ad verbatim uitgetypt en geanalyseerd aan de hand van de framework approach (Richie & Spencer, 1993) die behoort tot een deductieve kwalitatieve stroming.

Resultaten

Over zichtbare versus verborgen kwetsbaarheid: conceptuele uitklaring

In een eerste deel van de meetings werd telkens aan de aanwezigen gevraagd wat 'een kwetsbare zwangere' betekent vanuit hun praktijkervaring. Beide expertmeetings leverden een waaier aan kenmerken op, die volgens de bevraagden op één of andere wijze gerelateerd (kunnen) zijn aan kwetsbaarheid (ongeacht of ze oorzaak, symptoom of gevolg zijn). Een verschil in het praten over kwetsbaarheid is dat sociaal werk medewerkers de nadruk leggen op de kwetsbare positie in plaats van op een individueel kenmerk. Kwetsbaarheid wordt door deze beroepsgroep omschreven als een concept dat vertrekt vanuit een wisselwerking tussen de vrouw en haar omgeving en dat vaak een multidimensionaliteit bevat (verschillende kenmerken prevaleren samen).

De bevraagden geven eenstemmig aan dat kwetsbaarheid niet te reduceren valt tot financiële achterstelling. Kwetsbare zwangere vrouwen zijn méér dan zwangere vrouwen in armoede. Bevraagden spreken over zichtbare kenmerken van kwetsbaarheid, maar evengoed over de onzichtbaarheid of de verborgen aspecten van kwetsbaarheid.

"Ik zou eigenlijk eerder spreken over mensen die in een kwetsbare positie zitten, wat is de situatie die maakt dat ze kwetsbaar zijn? Ik bekijk

dat liever situationeel (...). Nu die kwetsbaarheid kan ontstaan uit verschillende zaken. Het kan zijn dat iemand veel geld heeft, maar dat er familiaal geweld is en dat is ook een kwetsbare situatie." (Sociaal werk Vereniging waar armen het woord nemen, interview 2)

Hoewel kwetsbaarheid niet te herleiden valt tot financiële armoede, geven meerdere bevraagden aan dat het gebrek aan financiële middelen een uitgesproken hinderpaal blijft in de toegang tot zorg. Dit stelt zich bij vrouwen zonder papieren, maar ook bij andere vrouwen voor wie herhaalde prenatale zorgcontacten te duur zijn.

"Wat heel hard opvalt: als ze met de mutualiteit in orde zijn en je geeft de melding dat het voor hen niets gaat kosten, dat juist de kosteloosheid een wereld van verschil maakt want ze hebben heel veel schrik, elke hulp die je aanbiedt, dat deze hulp voor hen financiële gevolgen heeft. Het zijn ook vaak mensen die de dag nadien (nvdr. eerste dag postpartum) zeggen 'ik wil naar huis' omwille van de financien." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 1)

Figuur 1 geeft een overzicht van de kenmerken van kwetsbaarheid, die door de deelnemers werden aangehaald in de gesprekken (zonder dat de interviewer of moderator voorafgaand een a priori kader aanbood).

In beide domeinen worden gelijkaardige signalen opgevangen. Een eerste kenmerk van kwetsbaarheid is de aanwezigheid van **middelengebruik**. Het aantal zwangere druggebruikers zou bovendien stijgende zijn, volgens de ervaringen van vroedvrouwen.

Figuur 1: conceptualisering kwetsbaarheid uit expertmeetings (1) vroedvrouwen en (2) sociaal werk

Conceptuele definitie	
Expertmeeting vroedvrouwen	**Expertmeeting sociaal werk**
Gelijkaardige kenmerken	
• druggebruik	• verslavingsproblematiek
• gebrek aan sociaal netwerk/partner	• gebrek aan sociaal netwerk/partner
• beperkte toegang tot zorg (financiële beperking, kennis over aanbod)	• beperkte toegang tot zorg (financiële beperking, kennis over aanbod)
• zeer ongelijke genderverhoudingen waardoor vrouwen geen toegang tot informatie krijgen	• partnergeweld, onevenwichtige partnerrelatie
• laat eerste consult	• laat eerste consult
• ongeplande zwangerschap	• gebrek aan kennis over omgaan met kinderwens, laat vastgestelde zwangerschap (vrouw beseft pas laat dat ze zwanger is)
Verschillen in vermelde kenmerken	
• gebrek aan toekomstperspectief na bevalling/ zwangerschap	• mentale beperking
• taalbarrière	• misbruik
• ongewenste zwangerschap	• hoog stressgehalte, het ervaren van maatschappelijke druk over 'perfect' moederschap, het verschil tussen idealistische verwachtingen en realiteit van zwangerschap & moederschap
• langdurige fertiliteitsbehandeling	• psychologische, psychiatrische problematiek
	• gevaar van hechtingsproblematiek (in verleden of post partum)

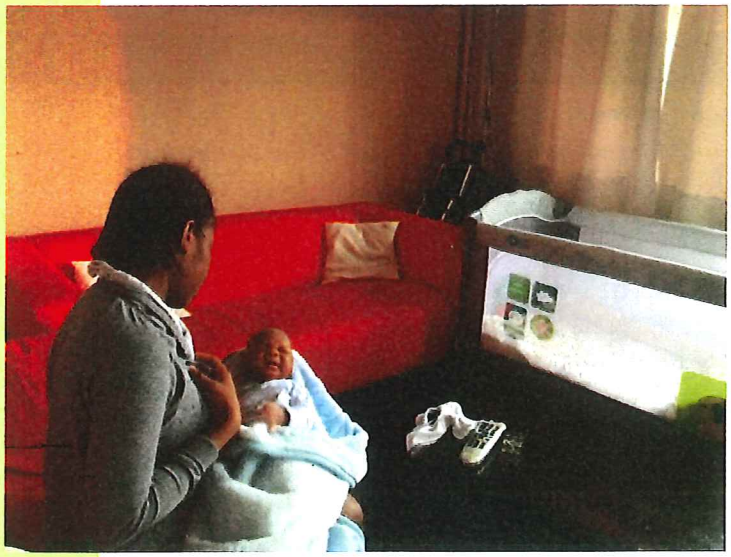
"Wat ik wel vind dat stijgt, dat is het aantal zwangere druggebruikers. Zwangere gebruiker in het algemeen, dan niet alleen drugs maar gewoon ook alcohol of medicatie. Mensen die - ik weet niet of het juist is en ik kan het ook niet staven - gewoon verder blijven gebruiken. Ik vind dat dat een groep is die momenteel groter en groter wordt." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 2)

"Natuurlijk, wij doen ook geen routine screening op druggebruik, want dat denk ik soms, als we dat zouden doen, dat we dan nog veel meer zouden eruit halen." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 1)

"Heel vaak weten ze heel laat dat ze zwanger zijn. Omdat ze omwille van hun druggebruik daar niet mee bezig zijn of dat ze denken dat ze niet zwanger kunnen geraken of dat ze hun maandstonden gewoon niet krijgen en daardoor de idee hebben van ja, we kunnen toch niet zwanger geraken. En op het moment dat ze dan doorhebben dat ze zwanger zijn, dat er ook heel vaak een ontkenning is of dat ze zo bang zijn om dat kindje al te verliezen, dat ze ook niet naar de dokter of een gynaecoloog gaan." (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 1)

Vrouwen die zeer **laat voor een eerste consult** of **bevalling zonder consult** komen, zijn zeer moeilijk verder op te volgen en hebben een verhoogd risico op 'drop out'.

"Wij zien dat we toch een aantal mensen binnen krijgen die out of the blue bij ons zwanger zijn en die ineens komen bevallen, waar dat er eigenlijk nooit een opvolging is geweest tijdens de zwangerschap of een heel late boeking. En voor zo'n mensen is het nog moeilijker om dingen te realiseren en in orde te krijgen. Die verdwijnen dan na 6 uur en die vind je niet meer terug." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 3)



Daarnaast wordt de **afwezigheid van een ondersteunend sociaal netwerk** en een daarmee gepaard gaand ontbreken van een 'referentiekader' over het moederschap aangeduid als een risicofactor.

"Ik doe heel veel postpartum huisbezoeken en ik vind een ander deel van de kwetsbare vrouwen die weinig geschetst worden, dat zijn de eenzame pas bevallen vrouwen. En die mogen hoogopgeleid zijn. Heel vaak vrouwen die hier in de stad wonen die geen familie hier hebben, weinig vrienden omdat ze hier voor zakelijke redenen wonen en die echt wel geïsoleerd zitten. Gewoon omdat ze geen referentiekader meer hebben. Soms vind ik dat allochtone vrouwen of vrouwen die arm zijn die een goed netwerk hebben, veel beter af zijn. Die familie zorgt daar mee voor en die vrouwen worden eigenlijk nog meer gedragen. Cultureel is dat veel beter geregeld. Ik denk dat een autochtone vrouw soms zeker zo kwetsbaar is door haar isolement." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 4)

Aansluitend op het sociale netwerk, verwijst men naar de aan- of afwezigheid van een **(ondersteunende) partner** en de machtsbalans in een relatie die een vrouw kan verhinderen in haar zelfbeschikkingsrecht. Een voorlichtingsprogramma vanuit een ziekenhuis liep in het verleden vast op het feit dat de participerende vrouwen 'te mondig' werden en een verbod kregen van hun echtgenoot om de sessies verder te zetten.

"Ik vind dat we de laatste tijd hoe langer hoe meer, en dat zeggen de sociale dienst en tolken ook, vrouwen krijgen die heel de tijd zeggen als je er iets aan vraagt 'ik mag dat niet beslissen, dat is mijn man die dat moet beslissen, ik kan u niks zeggen, dat is mijn man die dat moet zeggen'. Dat hadden we jaren geleden ook, dat is dan veranderd, maar nu krijgen we dat terug." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 3)

Kwetsbaarheid wordt nog in verband gebracht met de plotse veranderingen die een zwanger-

schap met zich meebrengt, met de betekenis van een kinderwens (kinderen krijgen is een teken van 'normaliteit') en met de **spanning tussen de verwachtingen en de uiteindelijke beleving** van het krijgen van een kind.

"Mensen die in fertiliteitsprogramma's zitten zijn vaak, als er een baby komt, totaal ontredderd. Ze zijn vaak al jaren bezig: op dat uur dat, en dan moet ik bloed laten trekken, en dan moet ik naar die fertiliteitskliniek. Die baby is er en dan staan wij er soms bij, dan denk ik 'mevrouw, u zijt 5 jaar bezig geweest' en die zijn het noorden kwijt, die weten niet hoe te beginnen aan dat kind." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 1)

"Alle zwangere vrouwen zijn kwetsbaar. Vooral omdat het een periode van overgang is, een periode van verandering in het leven van jonge vrouwen. Alleen al de aanpassingen op lichamelijk gebied van zwanger worden en van bevallen zijn enorm groot en houden jonge vrouwen heel sterk bezig. (...) Tijdens de zwangerschap gaat dat nog over ambivalentie van het moederschap hè, aan de ene kant de roze wolk, het opperste geluk, het gelukkig zijn. En als die baby er is, is dat ineens realiteit die binnenkomt. Dat is niet meer dat opperste geluk, dat is vooral wakker liggen, een baby die huilt, die dingen. Dat is de realiteit dikwijls hè. Euh, en dan ook de imaginaire baby die ze hebben tijdens de zwangerschap, fantasieën rond hoe gaat mijn baby zijn, hoe gaat hij eruitzien? De maatschappij wil dat jonge vrouwen alles kunnen en perfect zijn. En de baby, én alles onder controle hebben. Een baby die verbreekt dat voor 100%. Jonge moeders verliezen controle, die voelen zich falen." (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 2)

"Ik denk dat voor een aantal mensen het concept 'idealistische zwangerschap' extra groot is, omdat nogal wat mensen die in armoede leven gekwetst zijn in hun basisverlangen om erbij te mogen horen. En op een of andere manier lopen ze het risico dat zo'n kind een antwoord gaat bieden op dingen die met dat basisverlangen van erbij horen te maken heeft. En dan zie je meteen al welke belasting op voorhand naar dat kind gaat. Dat vind ik een hele kwetsbare groep. Nogal wat mensen in armoede hebben ook vrij veel kinderen, worden er ook streng op aangesproken, want hè als je dan geen geld hebt voor één, waarom hebt je er dan 5?" (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 3)

Tenslotte dient ook de taalbarrière vermeld te worden die volgens de vroedvrouwen de kwetsbaarheid verhoogt. Hier ligt een gebrekkige voorlichting aan de basis. Ze krijgen een zorguitvoering die hen soms afschrikt of het is zeer moeilijk om met hen, zelfs met behulp van tolken, te communiceren.

Criteria voor operationalisering van kwetsbaarheid in een screeningsinstrument

Een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid kan een belangrijke preventieve rol hebben, aldus meerdere bevraagden. Geen van de bevraagde vroedvrouwen hanteert momenteel een instrument om kwetsbaarheid te screenen. Een aantal van de kenmerken die kunnen wijzen op kwetsbaarheid (bijvoorbeeld druggebruik) worden wel opgenomen in de anamnese. Een screeningsinstrument zou voornamelijk passen **binnen een prenatale consultatie** volgens de vroedvrouwen.

Wat betreft de **vorm van een instrument**, wordt door de vroedvrouwen volmondig gekozen voor een checklist, die snel kan worden afgenomen en met korte bewoordingen. Op de vraag wie het instrument moet invullen (enkel de vroedvrouw of de vroedvrouw & zwangere samen) komen tegengestelde reacties. Het voordeel van een afvinklijst is dat het snel en gestandaardiseerd kan ingezet worden (iedereen krijgt dezelfde vragen). De vroedvrouwen hebben niet de ervaring dat er sociaal wenselijk geantwoord wordt op gevoelige vragen uit de anamnese, zoals over misbruik.

"En het is een voordeel als dat effectief op uw fiche staat en ge kunt dat gewoon afvinken. Want dan weten ze dat dat inderdaad aan iedereen gevraagd wordt (bevestigende geluiden van de groep)." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 4)

"Mensen die bijvoorbeeld emotioneel of fysiek geweld ondergaan, die zijn achteraf ook wel blij dat je die vraag stelt. Het is niet dat mensen zoiets hebben van, dat moogt ge niet vragen. Eigenlijk willen mensen daar op antwoorden. Ook als je ziet dat ze vol kraskes staat en je vraagt daarnaar, mensen zijn toch wel direct geneigd om uit te leggen waarom het gebeurt." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 3)

Meerdere bevraagden uit het sociaal werk verwijzen daarentegen naar de moeilijkheid om complexe problematieken op één moment of met één vragenlijst te bevragen. Ze geven aan dat een gesprekstechniek wellicht de beste vorm biedt om wantrouwen van de zwangere vrouwen weg te nemen en de kans op verborgen kwetsbaarheid of sociale wenselijkheid te verkleinen, eerder dan een checklist.

"Toevallig zitten wij op het moment bij een zwangere vrouw. Die is 4 maanden zwanger, de huisarts weet nog altijd niet dat ze zwanger is. Daar moet je stil bij staan. Dat het iets gaat zijn waar je uw tijd voor moet nemen. Dat het niet zo rap is van 'gebruikt u drugs', aanvinken, 'zijn er psychiatrische problematieken binnen in uw gezin', aanvinken. Wij zitten met een groep die zich eigenlijk heel goed kan presenteren, waar je op het eerste zicht totaal niet door hebt dat die met een zware verslavingsproblematiek zitten. Die zo'n overlevers zijn en zo goed kunnen aanvoelen wat dat er eigenlijk van hen verwacht wordt. Die gaan op een afchecklijst ook heel goed weten wat dat ze daarop moeten antwoorden uit angst." (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 1)

"Misbruik en verwaarlozing, om in één gesprek daar iets over te laten zeggen, ik denk dat dit moeilijk is. Ik denk dat er niemand over seksueel misbruik gaat beginnen praten in een eerste gesprek of over verwaarlozing, mishandeling of wat dan ook. Misschien werk ik al veel te lang samen met mensen met heel veel wantrouwen. Je ziet vaak dat er een gesprek gevoerd wordt, waarbij er inderdaad dingen gemeten worden terwijl diegene met wie je praat dat helemaal niet weet, dat niet doorheeft. Ik vind dat niet ok. Of dat nu in het belang is van die mens of niet in het belang. Het is niet ok. En als we het hebben over wantrouwen, dat zit dan daar natuurlijk hè. Wat ga je nu doen met de resultaten van dat gesprek. Het is ook heel belangrijk dat mensen dat weten. Ik bedoel, dat wantrouwen zit daar, hoe ga je zorgen dat je geen wenselijke antwoorden krijgt." (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 2)

De aanwezigheid van de partner kan een sterke belemmering zijn voor het afnemen van een instrument of voor een gesprek.

"Soms is het ook heel moeilijk op een consultatie als er een man bij zit en wij lezen in het dossier dat die daar nu al een paar keer met intra familiaal geweld via spoed is binnengebracht, maar als die man daar bij zit, zwijgen... ze zwijgen." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 3)

Medewerkers in het sociaal werkveld maken melding van het belang van een introductie bij de zwangere vrouw, indien het instrument gebruikt wordt in een communicatie met haar. Er wordt aangeraden om het ondersteunende karakter van het instrument expliciet te vermelden en om een insteek van 'goed moederschap' te gebruiken. Verder is een niet-oordelende attitude bij de afnemer van het instrument van belang. Neemt deze meteen een afkeurende houding aan ten aanzien van kenmerken die verband houden met kwetsbaarheid (bijv. druggebruik, geweld...), dan is de kans groot dat er verder geen oprechte informatie wordt verkregen tijdens de afname.

"Uiteindelijk komt het erop neer: ik stel u nu vragen en ik verwacht dat gij daar een eerlijk antwoord op geeft. Of gaat je op basis van hoe iemand binnenkomt, hoe die eruitziet, op basis waarvan ga je een idee krijgen? En dat je sowieso toch wel de tijd gaat moeten pakken om dat te kaderen waarom je dat doet. Dat het niet is als controlemiddel of een middel om iemand af te schrikken? Het zit vaak in heel kleine dingen, de woordkeuze, of als iemand vertelt van ja, er is gisteren ruzie geweest en mijn partner heeft mij geslagen. Dan zie je heel vaak mensen zoiets hebben van, wow, dat is iets dat niet kan. Terwijl wij, bijvoorbeeld bij onze gezinnen weten van ja, 98% van onze gezinnen, daar zit intra familiaal geweld. Hoe ga je daar mee omgaan?" (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 1)

"Ik moet nog de eerste persoon tegenkomen die eigenlijk geen goede mama wil zijn. Dus dat is een heel mooi vertrekpunt. En ik denk dat het daar wel op neerkomt, van, hoe ga je een gesprek voeren rond vaak niet zo'n gemakkelijk

thema. Het gaat over een falen. En toch zeker die groep mensen die in armoede leven zullen dat vaak ook zo ervaren, nu word ik weer afgerekend." (Focusgroep medewerkers sociaal werk, medewerker 3)

Vroedvrouwen hechten eveneens belang aan de context van het gebeuren en het taalgebruik. Dit is echter minder sterk uitgesproken dan bij medewerkers in sociaal werk.

"Ik zou nooit het woord sociale dienst uitspreken, ik zal het over patiëntenbegeleiding hebben, omdat ik door de jaren heen al heb ondervonden dat sociale dienst heel bedreigend is voor hun, omdat ze dan denken 'ze gaan mijn kind afnemen'. Patiëntenbegeleiding klinkt een stuk zachter natuurlijk." (Focusgroep vroedvrouwen, vroedvrouw 1)

Voor een aantal problematieken, zoals de woonnood, kan een screeningsinstrument bovendien geen uitweg bieden en moet een inschatting gebeuren over wat de (begrensde) rol van vroedvrouw en/of de sociale dienst kan inhouden. De signalering van een woonnood zal, gezien de enorme problematiek in Antwerpen, nauwelijks resultaat kunnen opleveren. Doorverwijzing geeft geen oplossing omwille van de wachtlijsten voor sociale woningen.

Afsluitende bespreking

Deze bijdrage onderbouwt de ontwikkeling van een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid in de zwangerschap. Het is tot op heden ongekend hoeveel vrouwen kwetsbaar zwanger zijn in Vlaanderen. De (kans)armoede-index van Kind en Gezin en gegevens over verhoogde tegemoetkomingen bieden momenteel wellicht de beste benaderingen voor het in kaart brengen van de problematiek. Daaruit blijkt dat tussen 10 en 15% van de kinderen in Vlaanderen in (kans)arme gezinnen wordt geboren (in absolute aantallen levert dat een ruwe schatting op van ongeveer 6500 tot 11000 kinderen). De beschikbare gegevens over het prenatale zorgpad van kwetsbare vrouwen tonen aan dat ze laattijdige eerste prenatale consultaties en gemiddeld minder consultaties hebben (Beeckman, et al., 2010; Fobelets et al., 2014).

Kwetsbaarheid verwijst naar een multidimensionale en situationele toestand, die in de vertaalslag naar een instrument voor de praktijk, doordachte keuzes vraagt wat betreft conceptualisering en operationalisering. Diverse studies hanteren een handvol indicatoren om kwetsbaarheid te meten, slechts enkelen hanteren een bredere scope door een combinatie van meerdere indicatoren toe te laten. Een pertinente vraag is dan: kan het ruime concept kwetsbaarheid in zijn volledige verscheidenheid, geoperationaliseerd worden tot een hanteerbaar screeningsinstrument voor vroedvrouwen?

De bevraging van vroedvrouwen en medewerkers uit het sociaal werkveld wijst op zeer gelijkaardige kenmerken van kwetsbaarheid in de conceptuele afbakening. Deze sluiten aan bij de multidimensionale conceptualisering van kwetsbaarheid in de literatuur. Het is echter op vlak van de operationalisering dat vroedvrouwen hun (onder druk staande) werkcontext mee in rekening brengen, wijzen op de taalbarrières waarmee ze te maken hebben en daardoor vragende partij zijn voor een eenvoudige en snel in te zetten checklist. Daartegenover staat de visie van de bevraagde medewerkers van sociaal werk organisaties, die het gevaar van sociale wenselijkheid, de moeizame communicatie en het wantrouwen bij kwetsbare zwangere vrouwen benadrukken. Daardoor prefereren zij een (gestructureerde) gesprekstechniek boven een checklist om de multidimensionaliteit van kwetsbaarheid te vatten. Ze vragen een respectvol omgaan met de zwangere vrouw, door haar op de hoogte te brengen van het doel van het screeningsinstrument en te wijzen op het belang van 'goed moederschap' om vrouwen te bereiken die anders 'verborgen kwetsbaar' blijven. Literatuur geeft eveneens aan dat een bevraging van gevoelige thema's onderhevig is aan culturele invloeden (niet elk thema is even bespreekbaar naargelang de culturele context) en aan het gevaar van stigmatisering (Liamputtong, 2007). Geen van beide prefereert een bevraging met schaalconstructies, wat toch de meest voorkomende bevragingsvorm is in internationale literatuur.

Voor een screeningsinstrument naar kwetsbaarheid is er de noodzaak om de veelheid aan factoren van kwetsbaarheid aan bod te laten komen. Alleen op die manier kunnen minder zichtbare vormen van kwetsbaarheid aan het licht komen.

Uit de bevraging werden criteria voor de ontwikkeling van een screeningsinstrument geformuleerd. Een eerste criterium is de noodzaak om de veelheid aan factoren van kwetsbaarheid aan bod te laten komen. Alleen op die manier kunnen minder zichtbare vormen van kwetsbaarheid aan het licht komen. Ten tweede speelt de tijdsdruk en bevragingscontext een rol in de ontwikkeling van een instrument. Waar zelfstandige vroedvrouwen iets meer tijd kunnen voorzien in hun contact en een zicht krijgen op de leefsituatie, biedt de ziekenhuiscontext minder mogelijkheid voor een uitgebreide afname in onder de vorm van een gesprek. Ook de taalproblematiek en gebrekkige mondelinge communicatie moet in rekening worden gebracht. Een opsplitsing van de meting in twee of meerdere fasen kan een oplossing bieden. Een eerste signalering met het screeningsinstrument kan dan fungeren als een alarmbel. Een verdere screening met een uitgebreider tijdsbestek (eventueel in de taal van de zwangere) behoort tot de mogelijkheden om de eerste signalering te ontkrachten of bevestigen. Deze verdere stap kan bijvoorbeeld opgenomen worden door de sociale dienst. Tot slot moet er aandacht gaan naar de professionaliteit van de vroedvrouw bij de kadering en afname van het screeningsinstrument. Hoe spreekt ze over de kwestie, hoe kondigt ze dit aan, hoe zal ze verder doorverwijzen, welke communicatie wordt naar de zwangere vrouw opgezet als er een signaal van kwetsbaarheid blijkt te zijn? Dit zal sterk afhangen van het feit of de screening in aan- of afwezigheid van de zwangere gebeurt.

Elke keuze voor een screeningsinstrument brengt voor- en nadelen met zich mee. Er lijkt geen 'perfect fit' mogelijk die de aard van kwetsbaarheid én de praktijkcontext van vroedvrouwen én de bevragingssituatie van kwetsbare vrouwen volledig in rekening brengt. In dit onderzoeksproject zal men verder op zoek gaan naar de 'best mogelijk fit'.

Referenties

- Barlow, J., Dawe, S., Coe, C. & Harnett, P. (2016). An evidence-based, pre-birth assessment pathway for vulnerable pregnant women. British Journal of social work. 46(4): 960-973.
- Beeckman, K., Louckx, F. & Putman, K. (2010). Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region. BMC Public Health. 10, 527.
- De Groot, N., Venekamp, A.A., Torij, H.W., Lambregtse-VandenBerg, M.P. & Bonsel, G.J. (2016). Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management. Midwifery. 40: 153-161.
- Fobelets, M., Beeckman, K., Hoogewys, A., Embo, M., Buyl, R. & Putman, K. (2014). Predictors of late initiation for prenatal care in a metropolitan region in Belgium. A cohort study. Public Health. 129: 648-654.
- Liamputtong, P. (2007). Researching the vulnerable. A guide to sensitive research methods. Australia: Western Sidney University.
- Luna, F. & Vanderpoel, S. (2013). Not the usual suspects: addressing layers of vulnerability. Bioethics 27(6): 325-332.
- Nichiata, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, F. & Fracolli, L.A. (2008). The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. Revista Latino-Americana de Enfermagem 16(5): 923-928.
- Ritchie, J. & Spencer, L. (1993). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. Burgess (Eds.), Analysing qualitative data (pp. 173-194). London: Routledge.
- Rogers, A.C. (1997). Vulnerability, health and health care. Journal of Advanced Nursing 26: 65-72.
- Shi, L. & Stevens, G.D. (2005). Vulnerability and Unmet Health Care Needs: The Influence of Multiple Risk Factors. Journal of General Internal Medicine 20: 148-154.
- Vanremoortele, I., Maximus, J., Lakhbyaz, S. & Janssens, L. (2016). Op welke manier kunnen verenigingen die rond armoede werken een meerwaarde zijn voor de ondersteuning van kwetsbare zwangeren? (onuitgegeven onderzoeksrapport leeronderzoek Sociaal Werk). AP Hogeschool: Antwerpen.
- Viergever, R.F. (2013). Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, vol. 91, nr6, pp 347-357.
- Warin, P. (2014). What is the non take-up of social benefits? Geraadpleegd op 10 september 2016, Booksandideas.net.