

De jeugdverpleegkundige en postpartum depressie

Een onderzoek naar het professioneel verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen bij het afleggen van huisbezoeken ter signalering van postpartum depressie



Auteur: Vera van de Beek/ s1133047

Begeleiders: Dr. M.M. Boere-Boonekamp

Drs. A.I. van der Zee-van den Berg

Dr. J.A. van Til

5 september 2013

Universiteit Twente, Enschede

UNIVERSITEIT TWENTE.

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn bachelorthesis, die ik de afgelopen maanden heb geschreven voor de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Ik kijk met plezier terug op een tijd waarin ik ontzettend veel geleerd heb, zowel op het gebied van kennis en vaardigheden als op persoonlijk gebied.

Graag wil ik via deze weg mijn begeleiders Magda Boere-Boonekamp en Angarath van der Zee-van den Berg bedanken voor hun begeleiding, opbouwende feedback, moeite en tijd gedurende het onderzoek. Op momenten waar ik niet goed wist welke kant ik op moest gaan of hoe ik de dingen het beste aan kon pakken, gaven zij mij altijd goede aanwijzingen waar ik weer mee verder kon. Ook wil ik Janine van Til bedanken voor het zijn van mijn derde begeleider. Bovendien wil ik de jeugdverpleegkundigen bedanken die de tijd en moeite hebben genomen om mijn vragen met grote interesse en enthousiasme te beantwoorden.

Ten slotte wil ik mijn ouders, vrienden en vriendinnen bedanken dat zij altijd voor mij klaar staan.

Vera van de Beek

Enschede, 5 september 2013

Samenvatting

Aanleiding

Een postpartum depressie is een stemmingsstoornis waarbij de depressieve episodes in veel gevallen binnen vier weken na de bevalling optreden. Jaarlijks krijgen in Nederland ongeveer 22.000 vrouwen, oftewel 1 op de 10 vrouwen die bevallen zijn, een postpartum depressie. Moeders met een postpartum depressie zijn doorgaans minder sensitief en affectief richting het kind. Dit kan resulteren in een verstoorde hechting tussen moeder en kind, wat weer negatieve gevolgen heeft voor de verdere ontwikkeling van het kind.

Bij de GGD Twente vindt sinds 2008 een screening op deze aandoening plaats door middel van de EPDS-10. Bij een enigszins verhoogde score (de twijfelgevallen), kan de jeugdverpleegkundige op huisbezoek gaan om na te gaan wat er met moeder aan de hand is en waar nodig passende hulp te bieden. Echter, de werkwijze van het afleggen van huisbezoeken is niet officieel geïmplementeerd, er bestaan geen richtlijnen en de jeugdverpleegkundige is hiervoor niet speciaal opgeleid. Daarom is er onderzoek nodig naar het professioneel verpleegkundig handelen van de jeugdverpleegkundigen in de huisbezoeken ter signalering van postpartum depressie en of de jeugdverpleegkundigen vinden dat ze over de juiste competenties beschikken om deze huisbezoeken te kunnen afleggen. Vanuit deze achtergrond is een onderzoek uitgevoerd dat tracht de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Komt de huidige werkwijze van de jeugdverpleegkundige in de huisbezoeken na een positieve screening op postpartum depressie in Twente, overeen met de 'best practice' op het gebied van professioneel verpleegkundig handelen?

Onderzoeksmethode

Het onderzoeksdesign betreft een kwalitatief en exploratief transversaal onderzoek. De onderzoeksstrategie bestaat uit een case study waarin kwalitatieve informatie is verzameld over de huidige werkwijze van jeugdverpleegkundigen in de huisbezoeken door middel van focusgroepen met dertien jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn bij de GGD Twente. Voorafgaand aan de case study is er een literatuurstudie uitgevoerd naar de *zorgvraagverheldering* en *risico-inschatting* omdat deze twee kernbegrippen voornamelijk van toepassing zijn op de huisbezoeken.

Resultaten en conclusie

Het formuleren van een 'best practice' ten aanzien van het afleggen van huisbezoeken, om via zorgvraagverheldering te komen tot het maken van een risico-inschatting, op basis van de literatuur wordt bemoeilijkt doordat de praktijkvoering onderhevig is aan contextuele

factoren. Wel zijn er voor de zorgvraagverheldering enkele onderliggende principes gevonden en een effectieve benadering. Deze principes en benadering kunnen een richting geven aan het verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen in de huisbezoeken. Voor de risico inschatting ligt een besluitvormingsmodel ten grondslag en wordt het Balansmodel van Bakker (1998) veel in de JGZ toegepast.

De belangrijkste bevinding uit de interviews is dat ondanks dat de jeugdverpleegkundigen aangeven dat ze het moeilijk vinden om het eigen handelen in detail toe te lichten, ze toch vaak via een methodiek van (1) gegevensverzameling, (2) zorgvraag vaststellen, (3) vervolgstappen bepalen (actie) en (4) evaluatie blijken te handelen. Daarnaast geven de jeugdverpleegkundigen aan dat de huisbezoeken bijdragen aan een completer beeld of overzicht van de situatie waarin de moeder verkeert.

De jeugdverpleegkundigen zijn overwegend positief over de mate waarin zij inzicht krijgen in de situatie van de moeder, deze uitkomsten met moeder bespreken en moeder eventueel doorverwijzen. Zij stellen vast dat de EPDS-10 als het ware de weg vaak al vrij maakt voor een gesprek met de moeder over dit onderwerp. Daarnaast geven zij aan dat ze voldoende competent zijn voor het uitvoeren van de huisbezoeken. Daarentegen zijn de meeste jeugdverpleegkundigen van mening dat een soort checklist en een sociale kaart een welkome aanvulling zouden zijn voor de praktijkvoering van huisbezoeken.

Geconcludeerd kan worden dat de gevonden onderdelen uit de wetenschappelijke literatuur in sterke mate overeenkomen met de resultaten uit de interviews.

Aanbevelingen

Enkele aanbevelingen kunnen worden afgeleid van de verkregen informatie uit dit onderzoek:

- Er is vervolgonderzoek nodig naar een theoretisch kader voor de huisbezoeken (naar aanleiding van een positieve screening op postpartum depressie) wat de jeugdverpleegkundigen steun kan geven en waarbij ook het cliëntenperspectief wordt meegenomen.
- Overweeg om een checklist te maken waarin inhoudelijke thema's aan de orde komen die de jeugdverpleegkundigen kunnen nalopen in de huisbezoeken.
- Overweeg om per team duidelijke afspraken te maken over de registratie en ordening van de huisbezoeken zodat er een goede afstemming in het team van professionals bestaat.
- Overweeg om een sociale kaart te maken waardoor de jeugdverpleegkundigen meer op de hoogte zijn van regionale mogelijkheden voor ondersteuning en begeleiding.
- Besteed in de continue (bij)scholing van jeugdverpleegkundigen aandacht aan cases voor de huisbezoeken naar aanleiding van een enigszins verhoogde score op de EPDS-10.

Inhoudsopgave

1. INTRODUCTIE.....	1
2. ONDERZOEKSVRAAG & RELEVANTIE	3
2.1 ONDERZOEKSVRAAG	3
2.2 RELEVANTIE	4
3. THEORETISCH KADER.....	5
3.1 POSTPARTUM DEPRESSIE	5
3.2 SCREENEN OP POSTPARTUM DEPRESSIE	6
3.2.1 <i>Deelconclusie</i>	10
3.3 HET VERPLEEGKUNDIG HANDELEN IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG	10
3.3.1 <i>Het verpleegkundig proces; methodisch handelen in de verpleging</i>	10
3.3.2 <i>Focus op het verpleegkundig handelen in de huisbezoeken</i>	12
3.3.3 <i>Competenties van de jeugdverpleegkundige</i>	15
4. ONDERZOEKSMETHODE.....	16
4.1 ONDERZOEKSDESIGN.....	16
4.2 SITUATIESCHETS HUIDIGE SCREENING BIJ GGD TWENTE	16
4.3 ONDERZOEKSSTRATEGIE.....	17
4.4 ONDERZOEKSPOPULATIE.....	17
4.5 DATA VERZAMELING	18
4.6 DATA ANALYSE	19
5. RESULTATEN	21
5.1 HUIDIGE WERKWIJZE	21
5.1.1 <i>Achtergrondkenmerken jeugdverpleegkundigen</i>	21
5.1.2 <i>Methodisch handelen</i>	22
5.1.3 <i>Randvoorwaarden</i>	25
5.1.4 <i>Waardering huisbezoeken</i>	26
5.2 MATE VAN OVEREENSTEMMING	27
5.2.1 <i>Zorgvraagverheldering</i>	27
5.2.2 <i>Risico inschatting</i>	30
5.3 MATE VAN COMPETENTIE	31
5.3.1 <i>Gevoel van competentie</i>	31
5.3.2 <i>Kennis</i>	32
5.3.3 <i>Vaardigheden</i>	32
6. DISCUSSIE.....	33
6.1 WERKWIJZE VOLGENS DE LITERATUUR.....	33
6.2 HUIDIGE WERKWIJZE	34
6.3 MATE VAN OVEREENSTEMMING	34
6.4 MATE VAN COMPETENTIE	35
7. CONCLUSIE & AANBEVELINGEN	36
7.1 CONCLUSIE.....	36

7.2 AANBEVELINGEN	36
LITERATUURLIJST	37
BIJLAGE 1: DE EPDS-10	41
BIJLAGE 2: HANDLEIDING EPDS-10	43
BIJLAGE 3: DE FUNCTIONELE GEZONDHEIDSPATRONEN VAN GORDON	45
BIJLAGE 4: DE COMPETENTIES VAN DE JEUGDVERPLEEGKUNDIGE	47
BIJLAGE 5: HET INTERVIEW	49
BIJLAGE 6: DE INTERVIEWVRAGEN IN SCHEMA MET CRITERIA VOOR CODERING	51
BIJLAGE 7: UITWERKING ZEVEN FUNDAMENTELE PRINCIPES	54
BIJLAGE 8: HET BALANSMODEL VAN BAKKER	56

1. Introductie

“Ik herinner me dat toen ze ongeveer zes maanden was, ik haar vasthield in het kantoor van mijn psychiater,” vertelt een moeder die ik interviewde. “Ik begon te huilen, en... de baby reikte omhoog en streelde mijn gezicht...”. Het werd duidelijk dat een postpartum depressie ook een grote impact op kinderen heeft. (Beck, 2006, p.44)

Bij een postpartum depressie verkeert de moeder in een depressieve stemming nadat zij bevallen is. Volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013) luidt de definitie als volgt: een postpartum depressie is een stemmingsstoornis waarbij de depressieve episodes binnen vier weken na de bevalling ontstaan. De symptomen die hierbij kunnen voorkomen, zijn: neerslachtigheid, slapeloosheid of juist extreme slaapbehoefte, gepieker, onzekerheid, lusteloosheid of weinig interesse of liefde voor het kindje voelen. Jaarlijks krijgen in Nederland ongeveer 22.000 vrouwen, oftewel 1 op de 10 vrouwen die bevallen zijn, een postpartum depressie (Engels & Haspels, 2003). Echter, uit het onderzoek van Beck (2006) komt naar voren dat dit cijfer in werkelijkheid nog veel hoger kan liggen.

Uit het onderzoek van Murray & Cooper (1997, 2003) wordt duidelijk dat postpartum depressie zowel gevolgen heeft voor de hechting tussen moeder en kind, als ook voor de ontwikkeling van het kind. Postpartum depressie heeft effect op de gemoedstoestand van de moeder. Hierdoor kan zij bijvoorbeeld minder warmte en emotie uitstralen en sneller geïrriteerd of vijandig zijn (minder sensitief en affectief). Ook spelen de moeders vaak minder met het kind wat de totstandkoming van de hechting tussen moeder en kind kan belemmeren. Daarnaast is uit een recent onderzoek van Kersten-Alvarez et al. (2011) gebleken dat kinderen van moeders die ooit een postpartum depressie hebben doorgemaakt, op latere leeftijd vaak minder veerkrachtig zijn, minder sociale vaardigheden vertonen en zich moeilijker op school kunnen aanpassen.

Om deze negatieve gevolgen zo veel mogelijk te beperken, is het noodzakelijk dat een postpartum depressie zo snel mogelijk wordt opgemerkt en behandeld. Aangezien maar een beperkt deel van de moeders de symptomen zelf herkent en op eigen initiatief de hulpverlening opzoekt, moeten er andere aangrijpingspunten worden gezocht (Liberto, 2012). Een manier om mogelijk meer moeders met een postpartum depressie op te sporen is door middel van een screening.

Er zijn internationaal verschillende screeningsinstrumenten beschikbaar voor het opsporen van een postpartum depressie. Eén van die instrumenten is de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-10). De EPDS-10 is het meest gebruikte screeningsinstrument voor postpartum depressie en bestaat uit tien vragen die de mate van depressieve symptomen in de laatste zeven dagen meet (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Voor het implementeren van een screeningsinstrument moet er een setting worden gekozen, die bezocht wordt door de meerderheid van de nieuwe moeders. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland is een voorbeeld van een setting met een groot bereik. De JGZ en met name het consultatiebureau, wordt namelijk stelselmatig en door bijna 95% van alle moeders met hun kinderen in het eerste jaar bezocht.

Internationaal is er nog geen consensus bereikt over de kosteneffectiviteit en de optimale strategie ten aanzien van het implementeren van een screeningsinstrument op postpartum depressie in een preventieve setting (Hewitt & Gilbody, 2009, Hewitt et al., 2009). Ook in Nederland is een screeningsinstrument in de JGZ nog niet officieel geïmplementeerd. In 2008 is, op initiatief van jeugdartsen, bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Twente begonnen met het gebruik van de EPDS-10 om een postpartum depressie te kunnen opsporen. Er wordt aan de moeders gevraagd om voorafgaand aan de consulten bij één, drie en zes maanden de EPDS-10 vragenlijst in te vullen. Bij een sterk verhoogde score wordt de moeder direct doorverwezen naar de huisarts of Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Als de score enigszins verhoogd is, kan er een huisbezoek bij de moeder plaatsvinden door een jeugdverpleegkundige. Het bezoeken van de cliënt in zijn of haar vertrouwde omgeving door de jeugdverpleegkundige wordt vaak als laagdrempelig ervaren en kan daardoor meer inzichten opleveren in de problematiek van de cliënt. Het doel van de huisbezoeken naar aanleiding van een enigszins verhoogde score op de EPDS-10, is om bij een dergelijk twijfelgeval na te gaan of de moeder een zorgvraag heeft. Als de moeder inderdaad een zorgvraag heeft, is het de taak van de jeugdverpleegkundige om de aard, ernst, duur en inhoud van de zorgvraag helder te krijgen. Betreft het aanpassingsproblemen aan een leven met een baby of is er meer aan de hand? Vervolgens kan de jeugdverpleegkundige besluiten om de moeder door te verwijzen naar de huisarts, GGZ of zelf ondersteuning en begeleiding te bieden. Echter, deze werkwijze van huisbezoeken is niet officieel geïmplementeerd. Daarnaast zijn er voor het afleggen van huisbezoeken geen richtlijnen opgesteld en worden de jeugdverpleegkundigen hiervoor niet speciaal opgeleid. Het is daarom belangrijk om na te gaan welke werkwijze de jeugdverpleegkundigen op dit moment hanteren in de huisbezoeken naar aanleiding van de screening en of ze vinden dat ze over de juiste competenties beschikken om deze huisbezoeken te kunnen afleggen. Dit onderzoek probeert een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van (verpleegkundige) zorgverlening binnen de JGZ.

2. Onderzoeksvraag & relevantie

2.1 Onderzoeksvraag

De doelstelling van dit onderzoek is om het professioneel verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen in de huisbezoeken ter signalering van postpartum depressie in kaart te brengen en te vergelijken met de ‘best practice’ uit de literatuur. Daarbij zal ook worden onderzocht in hoeverre de jeugdverpleegkundigen zich competent voelen om de huisbezoeken af te leggen.

De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Komt de huidige werkwijze van de jeugdverpleegkundige in de huisbezoeken na een positieve screening op postpartum depressie in Twente, overeen met de ‘best practice’ op het gebied van professioneel verpleegkundig handelen?

Er kunnen vier deelvragen worden geformuleerd die helpen bij de beantwoording van de hoofdvraag waarbij de eerste deelvraag wordt beantwoord in het theoretisch kader en de overige deelvragen in de resultaten:

Deelvraag 1: Is er volgens de literatuur een ‘best practice’ te formuleren ten aanzien van het afleggen van huisbezoeken om via zorgvraagverheldering te komen tot het maken van een risico-inschatting?

Deelvraag 2: Welke werkwijze wordt op dit moment door de jeugdverpleegkundige gehanteerd in de huisbezoeken die naar aanleiding van een enigszins verhoogde score worden uitgevoerd?

Deelvraag 3: Wat zijn de overeenkomsten tussen de huidige werkwijze van de jeugdverpleegkundige en de geformuleerde ‘best practice’ volgens de literatuur ten aanzien van het afleggen van een huisbezoek?

Deelvraag 4: Voelt de jeugdverpleegkundige zich competent om tijdens een huisbezoek meer zicht te krijgen op een mogelijke postpartum depressie, deze uitkomsten met moeder te bespreken en moeder eventueel doorverwijzen?

2.2 Relevantie

Dit onderzoek heeft zowel een wetenschappelijke relevantie als een maatschappelijke relevantie. Volgens Geurts (1999) is de definitie van wetenschappelijke relevantie als volgt: het nut van de resultaten van het onderzoek voor de wetenschap. Tegenwoordig wordt het steeds belangrijker voor de (jeugd)verpleegkundige dat haar verpleegkundig handelen wetenschappelijk onderbouwd kan worden (evidence based practice)(Schoot, 2009). Daarnaast beveelt Postma (2008) aan dat men moet nagaan hoe de signalering van postpartum depressie verder vormgegeven kan worden. Echter, er is nog weinig tot geen onderzoek verricht naar het huisbezoek, dat in het verlengde van de screening ligt, ter signalering van postpartum depressie. Doordat in dit onderzoek een literatuurstudie wordt uitgevoerd naar de 'best practice' ten aanzien van het professioneel verpleegkundig handelen in huisbezoeken, heeft dit onderzoek een meerwaarde met betrekking tot de wetenschappelijke relevantie.

Met de maatschappelijke relevantie wordt bedoeld dat de resultaten van het onderzoek bruikbaar zijn voor de praktijk en/of dat de maatschappij baat bij dit onderzoek heeft (Geurts, 1999). Ziman (1996) suggereert dat wetenschappelijk onderzoek steeds meer verbonden is aan de praktijk (translationeel onderzoek). Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de *Academische Werkplaats Jeugd Twente* waarin praktijk, onderzoek, beleid en opleidingen samenwerken. Het doel van de Academische Werkplaats Jeugd Twente is om vragen uit de praktijk te vertalen naar onderzoeksvragen en de resultaten van de onderzoeken weer terug te koppelen aan de praktijk. Door inzicht te krijgen in het verpleegkundig methodisch handelen en eventueel verbeteringen hierin aan te brengen, kunnen moeders met een postpartum depressie eerder worden opgespoord. Dit heeft als maatschappelijke relevantie dat ontwrichting van gezinnen kan worden voorkomen, moeders sneller kunnen herstellen en weer deel kunnen nemen aan de maatschappij. De relevantie voor de GGD Twente is dat zij een beeld krijgt van de huidige manier van werken en of er aanpassingen nodig zijn op dit gebied zodat terreinwinst kan worden geboekt.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theorie rondom het onderzoek besproken. Het theoretisch kader kent drie hoofdonderwerpen. Allereerst wordt de aandoening postpartum depressie uitgebreider behandeld. Vervolgens worden aan de hand van de opgestelde screeningscriteria van Wilson en Jungner (1968) de verschillende aspecten van een screeningsprogramma op postpartum depressie besproken. Ten slotte zal de theorie rondom de basis van het verpleegkundig handelen in de JGZ aan de orde komen wat ten grondslag ligt aan het handelen in de huisbezoeken. Hiermee wordt getracht de eerste deelvraag naar een 'best practice' voor de verpleegkundige zorgverlening in de huisbezoeken op basis van de literatuur te beantwoorden.

3.1 Postpartum depressie

Postpartumdepressie is een stemmingsstoornis, die zowel bij vrouwen als ook bij mannen kan voorkomen, waarbij de depressieve episodes binnen vier weken na (post) de bevalling (partum) ontstaan (American Psychiatric Association, 2013). Echter, in de wetenschappelijke literatuur worden er verschillende tijdsperiodes na de bevalling aangehouden waarin de symptomen van een postpartum depressie zich kunnen openbaren (Miller, 2002, Liberto, 2012). Een grote meerderheid van de kraamvrouwen, 50 tot 70%, ervaart in de eerste twee weken na de bevalling de babyblues; de gevoelens die hierbij kunnen voorkomen zijn: huilerigheid, onzekerheid, stress, neerslachtigheid, gewichtstoename, slapeloosheid of juist extreme slaapbehoefte, gepieker, lusteloosheid of weinig interesse of liefde voor het kindje voelen. Als deze symptomen langer aanhouden en ernstiger van aard worden, kan het zijn dat de moeder aan een postpartum depressie lijdt.

Zoals bij alle psychiatrische aandoeningen wordt aangenomen dat ook postpartum depressie veroorzaakt wordt door meerdere factoren (Robertson et al., 2004). Over welke factoren en in welke mate ze een rol spelen bij het ontstaan, bestaat grote discussie in de wetenschappelijke literatuur. In hoofdlijnen kunnen er drie visies worden onderscheiden: de biologische visie (veranderende hormoonspiegel en vitaminebalans of verstoorde schildklierwerking), de psychologische visie (hoge verwachtingen ten aanzien van moederschaprol, grote levensgebeurtenissen of gecompliceerde zwangerschap) en de sociale visie (gevoel van verlies in eigen identiteit of sociale contacten)(Bruijns & Buskop-Kobussen, 1996). Het eerder aanwezig zijn geweest van een (postpartum) depressie of een depressie bij familieleden is volgens Klompenhouwer & van Hulst (1994) veruit de belangrijkste beïnvloedende risicofactor.

3.2 Screenen op postpartum depressie

Om de negatieve gevolgen zo veel mogelijk te beperken is het noodzakelijk dat postpartum depressie zo snel mogelijk wordt gesignaleerd en behandeld. Aangezien uit het onderzoek van Liberto (2012) blijkt dat maar een beperkt deel van de moeders op eigen initiatief de hulpverlening opzoekt, moet wellicht de hulpverlening de moeders opzoeken. Een manier om meer moeders met een postpartum depressie op te sporen, is door middel van een screening. Screening is een medisch onderzoek bij ‘gezonde’ mensen dat gericht is op het vinden van een ziekte, een erfelijke aanleg voor ziekte of risicofactoren die de kans op ziekte vergroten (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], z.d.). Een screeningsprogramma moet een duidelijk voordeel opleveren voor de deelnemers en wetenschappelijk verantwoord zijn voor implementatie. Door middel van het toetsen aan criteria kan er een afweging worden gemaakt tussen de voor- en nadelen van het screeningsprogramma. Wilson en Jungner hebben in 1968, in opdracht van de World Health Organization (WHO), een aantal internationale criteria opgesteld (RIVM, z.d.)(Tabel 1).

1	De op te sporen ziekte moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn
2	Er moet een algemeen aanvaarde behandelingsmethode voor de ziekte zijn
3	Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn voor diagnose en behandeling
4	Er moet een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium van de ziekte zijn
5	Er moet een betrouwbare opsporingsmethode bestaan
6	De opsporingsmethode moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking
7	Het natuurlijke verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn
8	Er moet overeenstemming bestaan over de vraag wie behandeld moet worden
9	De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling moeten in een acceptabele verhouding staan tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel
10	Het proces van opsporing moet een continu proces zijn en niet een eenmalig project

Tabel 1: Screeningscriteria van Wilson en Jungner (1968)

Deze tien screeningscriteria worden hieronder toegelicht en toegespitst op een screeningsprogramma voor het signaleren van moeders met een postpartum depressie.

1. De op te sporen ziekte moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn

De prevalentie van postpartum depressie in Nederland loopt uiteen van 10% tot 15% (Engels & Haspels, 2003, Klompenhouwer & van Hulst, 1994). Zoals al eerder vermeld, betekent dit dat rond de 22.000 vrouwen in Nederland lijden aan een postpartum depressie. Echter, uit het onderzoek van Beck (2006) komt naar voren dat dit cijfer in werkelijkheid nog veel hoger kan liggen.

Postpartum depressie wordt geassocieerd met negatieve gevolgen voor de hechting tussen moeder en kind wat kan resulteren in problemen in de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind (Murray & Cooper, 1997, Cooper & Murray, 2003). Moeders met een postpartum depressie vertonen vaak een andere interactie met hun kinderen dan moeders

zonder een postpartum depressie wat de hechting kan belemmeren. Over het algemeen zijn depressieve moeders minder affectief en sensitief richting hun baby en reageren ze op een meer negatieve manier zoals ruw kietelen en porren. Dit kan resulteren in een verstoorde hechting wat weer negatieve gevolgen heeft voor de verdere ontwikkeling van het kind. Kinderen van moeders met een postpartum depressie hebben meer risico op het ontwikkelen van cognitieve problemen (op latere leeftijd praten, slechter functioneren op school en een lager IQ) en sociaal-emotionele stoornissen (moeilijkheden in de communicatie en meer gedragsproblemen). Daarnaast hebben deze kinderen een grotere kans op het krijgen van een depressie in de kindertijd of op latere leeftijd. Ook angststoornissen en een alcoholverslaving komen bij kinderen van moeders die een postpartum depressie hebben doorgemaakt, op latere leeftijd significant vaker voor (Van Doesum, 2005).

2. Er moet een algemeen aanvaarde behandelingsmethode voor de ziekte zijn

Een postpartum depressie is in het algemeen goed behandelbaar (Bennett, 2007). De huisarts of de GGZ behandelen vrouwen met een postpartum depressie. Voorgaande studies hebben aangetoond dat psychologische en biologische behandelingen voor postpartum depressie effectief zijn (Buist et al., 2002). Daarnaast bestaan er voor moeders met een postpartum depressie verschillende programma's om de hechting tussen moeder en kind te herstellen of te bevorderen. De *Moeder-baby interventie* is hier een voorbeeld van waarbij door middel van huisbezoeken het gezin begeleiding krijgt in de thuissituatie (van Doesum, 2005). Deze interventie is bestempeld als waarschijnlijk effectief (Nikken, 2009). Waar het merendeel van de vrouwen zonder behandeling na zes maanden tot een jaar geen last meer heeft van de ziekteverschijnselen, zijn er ook vrouwen die jarenlang aan een postpartum depressie lijden. Echter, door te behandelen kan deze tijdsperiode veel korter zijn (Cooper et al., 2003).

3. Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn voor diagnose en behandeling

De screening op postpartum depressie door middel van de EPDS-10 wordt al enkele jaren bij de GGD Twente uitgevoerd. Wanneer iemand hier positief op scoort, wordt diegene doorverwezen naar de huisarts. De huisarts kan vervolgens de medische diagnose postpartum depressie vaststellen en moeder behandelen of doorsturen naar de GGZ voor behandeling. Er zijn tal van verschillende interventies en behandelingen ontwikkeld in de GGZ om moeders met een postpartum depressie er weer bovenop te helpen. Dit heeft geresulteerd in een ware lappendeken aan instanties waarbij meer samenhang en onderlinge integratie nodig is om de kwaliteit van zorgverlening te garanderen/verbeteren (GGZ Nederland, z.d.).

4. Er moet een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium van de ziekte zijn

Zoals al eerder vermeld, ervaart een groot deel van de pas bevallen moeders de babyblues. Wanneer deze symptomen langer dan twee weken aanhouden, is alertheid gewenst. Uit

onderzoek komt naar voren dat de babyblues een specifieke risicofactor is voor het optreden van een postpartum depressie. Ongeveer 20% van de moeders met de babyblues, krijgt te maken met een postpartum depressie (Reck et al., 2009).

5. Er moet een betrouwbare opsporingsmethode bestaan

Eén van de mogelijke screeningsinstrumenten die gebruikt kan worden voor de opsporing van postpartum depressie is de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-10)(Cox, Holden & Sagovsky, 1987). De EPDS-10 is de meest gebruikte vragenlijst bij de opsporing van een postpartum depressie en bestaat uit tien vragen die de mate van depressieve symptomen in de laatste zeven dagen meet. Er zijn vier antwoordmogelijkheden waarbij er 0, 1, 2 of 3 punten gescoord kunnen worden (zie bijlage 1).

De literatuur is niet eenduidig wat betreft de sensitiviteit en specificiteit van de EPDS-10. Uit een review van Hewitt et al. (2009) komt naar voren dat de EPDS-10 redelijk goede testeigenschappen heeft. Bij een algemeen aangehouden afkappunt van ≥ 13 wordt er een sensitiviteit gevonden van 86% en een specificiteit van 78%. Pop, Komproe & van Son (1992) concluderen over de Nederlandse versie het volgende: ‘de validiteit van de EPDS-10 in vergelijking met andere instrumenten is adequaat’. Echter, in dit onderzoek worden de sensitiviteit en specificiteit niet genoemd. Daarnaast werd in de Nederlandse studie een cronbach alpha van 0,82 gevonden voor de Nederlandse versie van de EPDS-10 (Pop, Komproe & van Son, 1992). De cronbach alpha zegt iets over de onderlinge correlatie tussen de items in de vragenlijst en dus over de betrouwbaarheid van een instrument. Een instrument met een cronbach alpha van 0,70 of meer wordt over het algemeen als betrouwbaar gezien.

6. De opsporingsmethode moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking

Er is een beperkte mate van evidentie voor de aanvaardbaarheid van het routinegebruik van de EPDS-10. Shakespeare, Blake & Garcia (2003) tonen aan dat meer dan de helft van de moeders de EPDS-10 niet acceptabel vinden. Enkele redenen die hiervoor gegeven worden, zijn: bang voor stigmatisering en de vragenlijst wordt als ongepast ervaren. Echter, Gemmill et al. (2006) hebben 479 respondenten bevraagd en concluderen dat de EPDS-10 wel degelijk acceptabel is voor vrouwen.

7. Het natuurlijke verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn

Volgens Engels & Haspels (2003) ontstaat bij 56% van de cliënten een postpartum depressie geleidelijk binnen de eerste vier weken na de bevalling. Bij 88% van de cliënten ontstaat dit binnen zes maanden na de bevalling. Bij de overige cliënten ontstaat een postpartum depressie na zes maanden. Het natuurlijke verloop van een postpartum depressie is niet altijd gunstig te noemen. Waar de meeste moeders binnen zes maanden tot een jaar weer herstellen,

kunnen de depressieve episodes zonder behandeling ook anderhalf jaar duren of zelfs een chronische vorm aannemen (Klompenhouwer & van Hulst, 1994).

8. Er moet overeenstemming bestaan over de vraag wie behandeld moet worden

Er bestaat algemene consensus in de wetenschappelijke literatuur over dat het afkappunt van ≥ 13 op de EPDS-10 een goede indicatie geeft voor het verhoogde risico op een postpartum depressie. Er bestaat dus duidelijkheid over wie er wel en niet verwezen moet worden voor verdere diagnostiek. Daarnaast komt uit de studie van Brealey et al. (2010) naar voren dat de EPDS-10 niet diagnostisch van aard is en dat er altijd een klinisch vervolgonderzoek plaats moet vinden door een zorgprofessional (bijvoorbeeld door de huisarts). Bovendien maken Shakespeare, Blake & Garcia (2003) duidelijk dat de EPDS-10 als hulpmiddel voor de zorgprofessional moet worden gezien om een open discussie over dit onderwerp aan te gaan met de zorgvrager.

9. De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling moeten in een acceptabele verhouding staan tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel

De literatuur is hierover niet eenduidig en veel studies melden dat er meer vervolgonderzoek nodig is naar dit criterium (Liberto, 2012, Paulden, 2009). Ook de review van Hewitt & Gilbody (2009) melden dat er geen studies zijn gevonden, die een volledig economische analyse hebben gemaakt van de kosten en baten of kosteneffectiviteit van de EPDS-10 als instrument voor een screeningsprogramma op postpartum depressie.

10. Het proces van opsporing moet een continu proces zijn en niet een eenmalig project

In Nederland speelt de JGZ een sleutelfunctie in de signalering van problemen in de groei en ontwikkeling van het kind en bij de begeleiding/ondersteuning van de ouders. De JGZ is de aangewezen setting voor het implementeren van een screeningsinstrument ter signalering van postpartum depressie. Immers, bijna 95% van alle kinderen met hun moeders bezoekt in het eerste jaar na de geboorte de JGZ (Louwerse & van Overbeeke-van Sluijs, 2010). Daarnaast kan een screeningsprogramma op postpartum depressie, dat uitgevoerd wordt in de JGZ, geplaatst worden onder taak drie van het *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar* vallen. Het *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar* bevat de volgende zes 'hoofdtaken', namelijk: (1) monitoring en signalering, (2) inschatten zorgbehoefte, (3) screening en vaccinaties, (4) voorlichting, advies, instructie en begeleiding, (5) beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen en (6) zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). Wanneer de screening op postpartum depressie onderdeel gaat worden van de standaardzorg van de JGZ, is een continu karakter van het screeningsprogramma gewaarborgd.

3.2.1 Deelconclusie

Geconcludeerd kan worden dat er aan bepaalde screeningscriteria wordt voldaan maar dat er bij andere screeningscriteria nog veel onduidelijkheid heerst in de wetenschappelijke literatuur. Het is bekend dat postpartum depressie een belangrijk gezondheidsprobleem is met ernstige gevolgen. Daarnaast is er een valide instrument beschikbaar om (vroegtijdig) postpartum depressie te kunnen opsporen. Wanneer een moeder met postpartum depressie wordt opgespoord, kan zij sneller behandeld worden met effectieve behandelingen. Echter, de literatuur is onder andere niet eenduidig over de aanvaardbaarheid van de opsporingsmethode (EPDS-10) en er zijn weinig onderzoeken uitgevoerd waarbij een volledig economische analyse van de kosteneffectiviteit van opsporing, diagnostiek en behandeling is gemaakt.

3.3 Het verpleegkundig handelen in de jeugdgezondheidszorg

3.3.1 Het verpleegkundig proces; methodisch handelen in de verpleging

Aan het verpleegkundig handelen in de huisbezoeken ligt het verpleegkundig proces ten grondslag. De theorie van het verpleegkundig proces vormt de basis voor de verpleegkundige zorgverlening die in de praktijk plaatsvindt. Het verpleegkundig proces is een systematisch proces waarin de verpleegkundige in samenspraak met de zorgvrager een verpleegkundig probleem constateert en vervolgens dit probleem probeert 'op te lossen' door toepassing van verpleegkundige interventies. In 1958 heeft Ida Jean Orlando de 'Deliberative Nursing Process Theory' ontwikkeld die de basis heeft gevormd voor het handelen in het verpleegproces (Quan, 2011). Nog altijd behoort deze theorie tot één van de meest effectieve en praktische theorieën in de verpleegkunde maar geven diverse auteurs er verschillende invullingen aan. Deze theorie deelt het verpleegkundig proces in vijf fasen in, namelijk:

1. Inleidende fase
2. Diagnostische fase
3. Planningsfase
4. Implementatiefase
5. Evaluatiefase



Figuur 1: Cyclus verpleegkundig proces

Het verpleegkundig proces kan ook aangeduid worden met 'het methodisch handelen in de verpleging'. Met methodisch handelen wordt het handelen volgens een vaste, weldoordachte manier bedoeld om daarbij op een zo effectief en efficiënt mogelijke wijze het doel te bereiken dat men voor ogen heeft of dat nagestreefd moet worden. Aspecten die bij het methodisch handelen horen zijn: (1) doelgericht handelen, (2) bewust handelen, (3)

systematisch handelen en (4) procesmatig handelen. Het methodisch handelen is een proces dat zowel het handelen als het denken omvat.

Het verpleegkundig proces wordt vaak door verpleegkundigen geoperationaliseerd in verpleegplannen (De Jong & Kerstens, 1997). Het verpleegplan kan als leidraad of werkplan worden gezien en vormt ook wel de basis voor de te verlenen zorg waarbij dit plan tot stand komt in samenspraak met de cliënt. In de JGZ vormt het *Integraal Dossier JGZ* in feite het zorgplan in de meest voorkomende gevallen. Echter, in sommige gevallen zal dit niet toereikend zijn en zal een specifiek zorgplan moeten worden opgesteld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). De *Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging* beschrijft welke onderdelen aanwezig moeten zijn in een verpleegplan (V&VN, 2011)(Tabel 2).

Onderdelen verpleegplan	Bijbehorende fase van het verpleegproces
De verzamelde gegevens	Inleidende fase
De bij de cliënt vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en/of verpleegkundige diagnoses	Diagnostische fase
De gedelegeerde werkzaamheden en opdrachten van andere disciplines	
De beoogde resultaten/doelen	Planningsfase
De termijn waarbinnen een resultaat/doel behaald moet zijn	Planningsfase
De interventies en andere handelingen die voortvloeien uit de eerste vier onderdelen	Implementatiefase
De wijze waarop nagegaan wordt of het resultaat/doel behaald is (evaluatiecriteria) en wie (de onderdelen van) het zorgplan uitvoert	Evaluatiefase

Tabel 2: Onderdelen verpleegplan met bijbehorende fases verpleegproces

In de eerste fase maakt de verpleegkundige kennis met de patiënt. De verpleegkundige verzamelt gegevens over de patiënt waarbij de verpleegkundige irrelevante informatie van de relevante informatie moet scheiden. De verpleegkundige verheldert de zorgvraag door naar het verhaal, de voorkeuren, zorgen, verwachtingen en de gezondheidstoestand met bijbehorende factoren van de cliënt te vragen. Eén van de mogelijkheden om de verzamelde gegevens te structureren, is volgens het meest gehanteerde ordeningsprincipe van Gordon uit 1987, ook wel de *11 Functionele Gezondheidspatronen van Gordon* genoemd (Eliens & van Zelm, 2011)(zie bijlage 3). Gordon heeft elf functionele anamnesegebieden opgesteld die voor ieder persoon hetzelfde zijn onafhankelijk van leeftijd, niveau van zorg of medische

diagnose van de patiënt waarbij gekeken wordt welke anamnesegebieden disfunctioneren. Vervolgens stelt in fase twee de verpleegkundige in samenspraak met de cliënt vast wat de zorgvraag is en welke problemen (ook wel de verpleegkundige diagnoses genoemd) met verpleegkundige zorg aangepakt kunnen worden. In fase drie wordt nagegaan wat men wil bereiken en worden de gewenste resultaten geformuleerd die resulteren in de verpleegdoelen. Ook worden de verpleeginterventies (acties) bepaald waarmee de beoogde doelen kunnen worden behaald. Daarna worden in fase vier de geplande verpleeginterventies daadwerkelijk uitgevoerd/geïmplementeerd. Tenslotte wordt er in fase vijf geëvalueerd of de beoogde verpleegdoelen zijn behaald en hoe de werkwijze is verlopen (Eliens & van Zelm, 2011).

Het verpleegproces en/of de onderdelen uit het verpleegplan geven een richting aan voor de praktijkvoering van jeugdverpleegkundigen. Met name de eerste twee fases van het verpleegproces/-plan zijn van toepassing op de huisbezoeken. Immers, de jeugdverpleegkundige probeert in het huisbezoek een beeld te vormen van de situatie waarin de moeder verkeert (zorgvraagverheldering) en de jeugdverpleegkundige zal vervolgens een afweging moeten maken van de ernst/risico van de situatie (risico-inschatting).

3.3.2 Focus op het verpleegkundig handelen in de huisbezoeken

Het huisbezoek

De definitie van het huisbezoek die in dit onderzoek aangehouden wordt is:

“Een huisbezoek is een strategie welke gebruikt wordt om een breed scala van problemen in de gezondheid en het welzijn van de familie of individuele leden te signaleren, met inbegrip van fysieke, psychologische, educatieve, levensstijl-, opvoedings-, interactionele en omgevingsproblemen” (Elkan et al., 2000).

Het doel van het huisbezoek is om het probleem helder te krijgen (zorgvraagverheldering) en te kijken naar de aard, ernst en duur van het probleem om vervolgens de cliënt passende hulp te kunnen bieden doormiddel van doorverwijzing of ondersteuning en begeleiding (risico-inschatting).

Zorgvraagverheldering

De definitie die in dit onderzoek voor de zorgvraagverheldering wordt gehanteerd, is gebaseerd op de definitie van het Engelse begrip *Needs Assessment*, namelijk:

“Een systematisch proces voor het bepalen van de behoeftes, oftewel het verschil tussen de huidige omstandigheden en de gewenste omstandigheden”. (Rashad, 2013, p. 81)

Het in kaart brengen van de zorgvraag/zorgbehoefte van families is één van de centrale kerntaken van de JGZ (taak 2 van het *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*).

Een goed beeld *kunnen* schetsen van de zorgbehoefte is van cruciaal belang om de gezondheid van families te kunnen waarborgen en bevorderen. Tijdens een huisbezoek kan de zorgprofessional verschillende (verpleeg)problemen tegenkomen die soms makkelijk te herkennen zijn maar ook problemen die moeilijker te identificeren zijn en waarbij het op de kennis en vaardigheden van de zorgprofessional neer komt om ze toch te kunnen achterhalen.

Uit de analyse van wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat het inschatten van de zorgvraag door de JGZ over het algemeen als ‘professioneel’ en ‘deskundig’ wordt gezien. Maar er is weinig tot geen empirisch bewijs dat deze aanname ook daadwerkelijk ondersteunt. Uit een review van Appleton & Cowley (2008) blijkt dat er in 1993 is opgemerkt dat er beperkte wetenschappelijk literatuur voorhanden is waaruit opgemaakt kan worden *hoe* zorgprofessionals de zorgvraag identificeren en *welke* strategieën zij hiervoor in de praktijk toepassen. Echter, er kan wel geconstateerd worden dat het proces van het identificeren of verhelderen van de zorgvraag complex is, waardoor een concrete handelingswijze moeilijk te formuleren is (Appleton & Cowley, 2008). Dit komt mede doordat de context en kenmerken van de cliënt een belangrijke rol spelen en elke jeugdverpleegkundige unieke en geïndividualiseerde benaderingen kent in zijn/haar zorgverlening (Gomby, Culross & Berhman, 1999). Daarnaast zijn er weinig tot geen onderzoeken verricht naar de combinatie van het identificeren van de zorgvraag en het afleggen van huisbezoeken waardoor het formuleren van een ‘best practice’ wederom moeilijk is. Daarentegen bestaan er verschillende studies die de effectiviteit van een programma waarin zorgprofessionals op huisbezoek gaan, hebben aangetoond (Christie & Bunting, 2011). Hierbij concluderen de meeste studies dat er vervolgonderzoek nodig is naar de inhoud van de huisbezoeken.

Appleton & Cowley (2008) zijn één van de weinigen die in hun studie het identificeren van de zorgvraag en het afleggen van huisbezoeken hebben gecombineerd. Zij leveren empirisch bewijs voor de sleutelfactoren die ten grondslag liggen aan de praktijkvoering van het identificeren van verpleegproblemen/zorgvragen en de professionele beoordelingen door zorgprofessionals in de JGZ. Het doel van het onderzoek van Appleton & Cowley (2008) was om een duidelijk beeld te krijgen van hoe zorgprofessionals de zorgvraag van cliënten achterhalen in de dagelijkse beroepspraktijk. Gegevens werden verzameld door middel van het observeren van de interactie tussen de zorgprofessional en de cliënt in 56 huisbezoeken. Daarnaast werden er diepgaande interviews gehouden met zowel de zorgprofessionals als de cliënten om beide perspectieven helder te krijgen. Uit de data analyse zijn zeven fundamentele principes naar voren gekomen. Deze principes vormen de basis voor het identificeren van de zorgvraag en kunnen los worden gezien van de context. Deze zeven fundamentele principes zijn: (1) holistisch van aard, (2) meerdere factoren van invloed → complex proces, (3) voortdurend in beweging, (4) moeilijk te formuleren voor

zorgprofessionals, (5) proces wordt beïnvloed door persoonlijke waarden van zorgprofessionals, (6) alle cliënten kunnen onvervulde behoeftes hebben en (7) prioritering (zie bijlage 7). Deze principes worden verder toegelicht in paragraaf 5.2.

Daarnaast werden er in de studie van Bryans (2005) huisbezoeken gesimuleerd om na te gaan hoe zorgprofessionals de zorgvraag van een familie achterhalen. Hiervoor werden acteurs ingezet om de cliënt te spelen. Aan vijftien zorgprofessionals werd gevraagd om in een gesprek met de cliënt de zorgvraag in kaart te brengen. Er werden twee benaderingen geconstateerd in het achterhalen van de zorgvraag, namelijk: (1) de reflectieve-interactieve benaderingen en (2) de minder reflectieve benadering. Kenmerken van deze twee benaderingen worden in onderstaande tabel gepresenteerd. Uit dit onderzoek werd geconcludeerd dat de zorgprofessional het meest effectief en accuraat is in het identificeren van zorgvragen, als zij de reflectieve-interactieve benadering aanneemt (Tabel 3). Daarnaast heeft Bryans (2005) aangetoond dat de zorgprofessionals zich meer richten op problemen bij de moeder dan bij het kind.

	Reflectieve-interactieve benadering	Minder reflectieve benadering
<i>Activiteiten zorgprofessional</i>	- Probeert direct de zorgvraag van de cliënt te achterhalen - Erkent direct de gevoelens van de cliënt - Geeft context-specifieke, op maat gemaakt advies - Streeft het cliënten-perspectief na	- Erkent niet direct de gevoelens van de cliënt - De informatie of advies gegeven door de zorgprofessional is niet context-specifiek en op maat gemaakt - De door zorgprofessional gestuurde problemen overheersen
<i>De respons(es) van de cliënt</i>	- Durft nieuwe problemen aan te geven, stelt nieuwe vragen en geeft vrijwillig nieuwe relevante informatie - Reageert actief en positief op suggesties en advies van zorgprofessional	- Reageert neutraal en negatief op suggesties en advies van zorgprofessional

Tabel 3: Kenmerken van de twee benaderingen

Risico inschatting

In dit onderzoek wordt de term risico inschatting gehanteerd, waarmee het inschatten van de ernst van de situatie waarin moeder verkeert, wordt bedoeld. Het beoordelen van de situatie en de besluiten die genomen worden omtrent de vervolgstappen, kunnen herleid worden naar besluitvormingsmodellen. Er zijn verschillende besluitvormingsmodellen ontwikkeld, maar de bekendste is die van Carroll en Johnson (1990) welke een hoge mate van ‘evidence based’

kent. Dit besluitvormingsmodel kent zeven fases, namelijk: herkenning, formulering, alternatieve opties, informatie zoeken, oordeel of keuze, actie en feedback. Bryans & McIntosh (1996) benadrukken de relevantie van de eerste twee fases van dit proces: het herkennen van problemen en de formulering daarvan doormiddel van exploreren en classificeren. Echter, het gestroomlijnde proces in dit besluitvormingsmodel kan de suggestie wekken dat het een automatisch proces is dat elke zorgprofessional op dezelfde wijze doorloopt. Maar situaties in de JGZ zijn onvoorspelbaar en continu veranderbaar. Hier moet de zorgprofessional wel degelijk rekening mee houden.

Om de ernst van de situatie van moeder te kunnen inschatten, kan teruggegrepen worden naar het *Balansmodel van Bakker*. Dit model gaat uit van zowel de positieve (draagkracht) als de negatieve (draaglast) kanten van de mens waarin een balans gezocht moet worden. Ouder(factoren) en kind(factoren) beïnvloeden elkaar, evenals de omgeving(-sfactoren) waarin ze zich bevinden. Eén of meerdere van deze factoren kunnen de kans op het ontstaan van problemen verhogen, ook wel risicofactoren genoemd in het Balansmodel van Bakker. Daarnaast zijn er ook factoren die juist de draagkracht kunnen versterken, ook wel beschermende factoren genoemd. Het model onderscheidt drie niveaus waarin de verschillende risico- en beschermende factoren kunnen worden ingedeeld, namelijk op micro-, meso-, en macroniveau (Bakker, 1998). Wanneer het aantal problemen toeneemt, neemt de draagkracht van de ouders om met deze problemen om te gaan af (zie bijlage 8). Het huisbezoek kan voornamelijk een completer overzicht/beeld geven van de balans tussen draaglast en draagkracht. Naar aanleiding van deze analyse kan de jeugdverpleegkundige besluiten om de moeder door te verwijzen of zelf te ondersteunen en te begeleiden.

3.3.3 Competenties van de jeugdverpleegkundige

In opdracht van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) zijn er specifieke competentiebeschrijvingen opgesteld voor de jeugdverpleegkundigen 0-4 jaar (van Straalen, Meerveld & Mast, 2004). Aan de hand van drie domeinen (gebieden) en vijf rollen (beroepstaken) zijn er competenties geformuleerd die noodzakelijk worden geacht voor de zorgverlening in de beroepspraktijk. Daarnaast kan een competentieprofiel bijdragen aan de verduidelijking van de vermogens van de jeugdverpleegkundige (zie bijlage 4).

4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode voor de verkenning van de praktijk beschreven die de route bepaalt voor dit onderzoek. Als eerste wordt het onderzoeksdesign beschreven waarna als tweede de huidige situatie van de screening bij GGD Twente wordt geschetst. Als derde komt de onderzoeksstrategie aan de orde. Vervolgens volgt een beschrijving van de onderzoekspopulatie. Ten slotte worden de dataverzameling en –analyse uiteengezet.

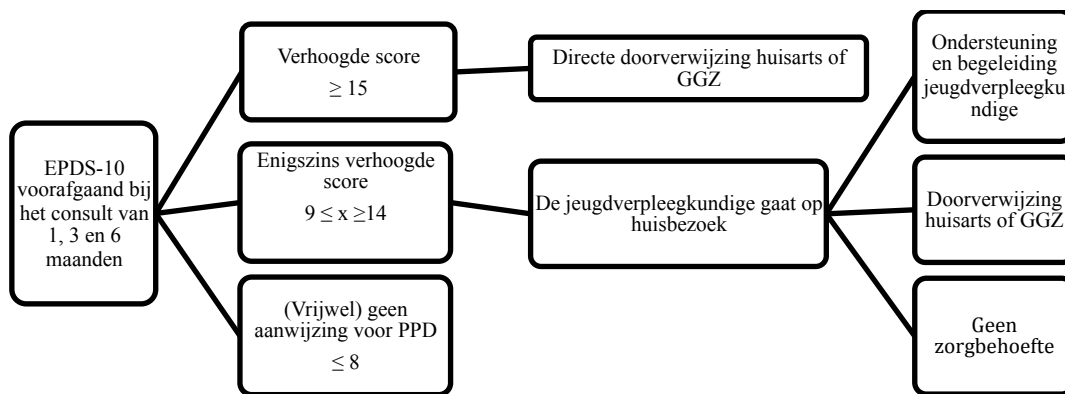
4.1 Onderzoeksdesign

Bij dit onderzoek past het volgende onderzoeksdesign: een kwalitatief en exploratief transversaal onderzoek (ook wel een cross-sectioneel of dwarsdoorsnedeonderzoek genoemd).

4.2 Situatieschets huidige screening bij GGD Twente

In Nederland is een screeningsinstrument in de JGZ nog niet officieel geïmplementeerd. Ondanks de uiteenlopende meningen over het wel of niet implementeren van een screeningsinstrument op postpartum depressie, is er in 2008, op initiatief van jeugdartsen, bij de GGD Twente op de consultatiebureaus begonnen met het gebruik van de EPDS-10. Hiervoor is een handleiding ontwikkeld (zie bijlage 2). In deze handleiding staat beschreven dat de jeugdverpleegkundige de ouders tijdens het eerste postpartum huisbezoek informeert over het gebruik van de EPDS-10. Hierbij wordt duidelijk verteld wanneer er een screening plaatsvindt en waarom. Vervolgens deelt de consultatiebureauassistente voorafgaand aan het consult van één, drie en zes maanden op het consultatiebureau de vragenlijst uit aan de moeder die het formulier vervolgens invult. Daarna zal de jeugdarts in het consult de ingevulde vragenlijst samen met de moeder bespreken en de score op de EPDS-10 noteren in het *Digitaal Dossier JGZ* onder het kopje ‘Hoe gaat het met ouder(s)’. Ten slotte bespreekt de jeugdarts tijdens de nabespreking met de jeugdverpleegkundige welke actie er ondernomen is of dient te worden genomen en wordt de ingevulde vragenlijst vernietigd.

Volgens deze handleiding is er bij een uitkomst van tussen de 9 en 12 punten sprake van aanpassingsproblemen aan een leven met een baby (lichte depressie). Wanneer er 13 of 14 punten gescoord wordt, is er een reële kans dat de moeder aan een postpartum depressie lijdt (zwaardere depressie). Bij scores tussen de 9 en 14 punten legt de jeugdverpleegkundige een huisbezoek af en vindt er indien nodig een doorverwijzing plaats. Bij een score van 15 punten of meer en indien er overeenstemming is met de klinische indruk, krijgt de moeder een directe doorverwijzing naar de huisarts of GGZ (Tabel 4).



Tabel 4: Schematisch overzicht

4.3 Onderzoeksstrategie

In dit onderzoek is getracht een beeld te vormen van het professioneel verpleegkundig handelen in de praktijk (de huisbezoeken). Voor het vergaren van informatie bij de beantwoording van de hoofdvraag is de praktijk verkend in een case study door middel van interviews. Zoals al eerder is vermeld, wordt dit onderzoek uitgevoerd in het kader van de *Academische Werkplaats Jeugd Twente* die tracht de wetenschappelijke bevindingen direct te vertalen naar de praktijk. Bij een praktijkgericht onderzoek kan er worden gekozen voor een case study design. Het doel van een case study is om een grondig en diepgaand beeld te vormen van een onderwerp. Vaak wordt een case study gebruikt bij onderzoeken waarover nog maar weinig bekend is. Het is ook wel een kwalitatieve onderzoeksstrategie omdat er relevante factoren van een bepaald verschijnsel moet worden bestudeerd (Swanborn, 1994). Het onderwerp van de case study in dit onderzoek is 'het professioneel verpleegkundig handelen van jeugdverpleegkundigen in huisbezoeken'. Het houden van interviews met zorgprofessionals uit de praktijk is geschikt om de praktijk in kaart te brengen. Door middel van interviews kunnen vragen worden toegelicht en kan er worden doorgevraagd wanneer het antwoord te weinig diepgang bevat of informatie oplevert.

4.4 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek was de doelpopulatie alle jeugdverpleegkundigen die naar aanleiding van de screening op postpartum depressie op huisbezoek gaan en werkzaam zijn bij de GGD Twente. Echter, deze groep was te groot waardoor een toegankelijke onderzoekspopulatie moest worden gevormd (Nieswiadomy, 2009). De toegankelijke onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit dertien jeugdverpleegkundigen voor nul tot vierjarigen die werken op de consultatiebureaus in de regio Twente waar de EPDS-10 als screeningsinstrument wordt gebruikt. Deze groep is niet samengesteld op basis van toeval (non probability sampling). Er moest in dit onderzoek genoeg worden genomen met de aanwezige respondenten (reliance on available subjects of ook wel convenience sampling genoemd)(Henry, 1990). In verband

met het tijdsbestek van dit onderzoek zijn de jeugdverpleegkundigen gekozen op basis van beschikbaarheid, kennis en doel van het onderzoek.

4.5 Data verzameling

Voor de case study zijn jeugdverpleegkundigen van de GGD Twente benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. De jeugdverpleegkundigen werden gevraagd voor deelname aan dit onderzoek via de e-mail of via telefonisch contact. Doordat het onderzoek plaatsvindt binnen de structuur van de Academische Werkplaats Jeugd Twente, zijn de communicatielijnen kort met de praktijk. Er zijn in totaal dertien jeugdverpleegkundigen bereid gevonden om zich, gedurende circa één uur, te laten interviewen in vier focusgroepen. De jeugdverpleegkundigen zijn werkzaam in de plaatsen Oldenzaal, Enschede, Haaksbergen en Rijssen.

De interviews zijn in focusgroepen afgenomen met een grootte van maximaal vier personen. Een focusgroep houdt in dat meerdere personen deelnemen aan een interview waarbij de gespreksleider vragen stelt die enige discussie onderling oplevert. Daarnaast moest er rekening worden gehouden met de tijdsbelasting voor de jeugdverpleegkundigen waardoor een focusgroep een grotere groep mensen bereikt in dezelfde tijd dan een individueel interview (Howitt & Cramer, 2007).

De vragen voor de interviews zijn opgesteld aan de hand van de fases van het verpleegproces waarbij ook naar de competenties van de jeugdverpleegkundigen, de waardering van de huisbezoeken en de achtergrondkenmerken van de jeugdverpleegkundigen is gevraagd. Daarnaast zijn er vragen opgesteld die gekoppeld kunnen worden aan de randvoorwaarden. Een tweetal voorbeeldvragen van de interviews zijn: (1) Bedenk je van tevoren een plan voor hoe je het gaat aanpakken? Zoja, hoe ziet dit plan er uit? en (2) Als je terugkijkt naar het huisbezoek, zijn daar dan verschillende fasen in te onderscheiden of is dit niet duidelijk het geval (zie bijlage 5)?

De focusgroepen vonden plaats bij de plaatselijke consultatiebureaus waar de jeugdverpleegkundigen van de GGD Twente werkzaam zijn, respectievelijk de consultatiebureaus in Oldenzaal, Enschede Noord en Haaksbergen. Om enige richting aan de gestelde vragen te geven en tegelijk ruimte te bieden voor meer verdieping wanneer dat nodig is, is er gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst. Alle vier de focusgroepen werden opgenomen door middel van twee geluidsrecorders zodat het uitwerken van de interviews makkelijker en grondiger ging. Van deze verzamelde informatie is een anoniem verslag gemaakt.

4.6 Data analyse

De antwoorden op de (open) vragen in de interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd (Boeije, 2005). Er zijn vijf hoofdcategorieën gevormd, namelijk: achtergrondkenmerken jeugdverpleegkundigen, methodisch handelen, de randvoorwaarden, waardering huisbezoeken en competenties. Deze categorieën zijn weer opgedeeld in subcategorieën waaraan de interviewvragen zijn gekoppeld. De subcategorieën zijn gebruikt voor codering (zie bijlage 6)(Tabel 5). Daarnaast worden er enkele citaten uit de interviews met de jeugdverpleegkundigen in de blauwe balken weergegeven.

Hoofdcategorie	Subcategorieën (gebruikt voor codering)	Bijbehorende interviewvragen
<i>Achtergrondkenmerken jeugdverpleegkundigen</i>	Werkervaring als verpleegkundige	1
	Ervaring met het huisbezoek naar aanleiding van de EPDS-10	1
<i>Methodisch handelen</i>	Planmatig werken	3 en 5
	Gegevensverzameling/zorgvraag verheldering	2, 4, 6, 7 en 8
	Zorgvraag vaststellen	12
	Actie/ risico inschatting	12 en 15
	Evaluatie	14 en 17
<i>Randvoorwaarden</i>	Cliëntgericht werken	13 en 16
	Registratie en ordening	11
	Tijdsduur	18g
<i>Waardering huisbezoeken</i>	Waardering huisbezoeken	19 en 18e
<i>Mate van competentie</i>	Gevoel van competentie	18a, 18b, 18c, 18d, 18f, 18h
	Kennis	7, (8 en 9)
	Vaardigheden	10

Tabel 5: Overzicht van de indeling voor codering

Vervolgens is de verzamelde data die is verkregen middels de kwalitatieve interviews, getoetst aan de bevindingen uit *focus op het verpleegkundig handelen in de huisbezoeken*, zoals beschreven is in hoofdstuk drie. Dezelfde structuur van de paragraaf *focus op het*

verpleegkundig handelen in de huisbezoeken wordt aangehouden voor de vergelijking van de theorie met de praktijk. Wederom zijn de interviews gecodeerd, maar nu aan de hand van de zeven principes van de zorgvraagverheldering, de reflectieve-interactieve benadering en de twee modellen, het besluitvormingsmodel en het Balansmodel van Bakker (1998), van de risico-inschatting.

Ten slotte is de mate van competentie beschreven aan de hand van de opgestelde competenties voor de jeugdverpleegkundigen, zoals eerder vermeld is in hoofdstuk drie. Voor de huisbezoeken zijn met name de eerste twee competenties (van de rol als zorgverlener en het domein zorg en preventie) en competentie vijf (van de rol als regisseur) uit de competentiebeschrijvingen van toepassing (zie bijlage 4). De vragen zijn zo gesteld dat deze drie competenties verder worden uitgediept/geoperationaliseerd (Tabel 6). De antwoorden uit de interviews zijn opnieuw gecodeerd aan de hand van de volgende begrippen: zicht krijgen op, uitkomsten bespreken, vervolgstappen, kennis en vaardigheden. De opbouw van de paragraaf is als volgt: eerst wordt het gevoel van competentie beschreven en vervolgens komen de benoemde kennis en vaardigheden aan bod die de jeugdverpleegkundigen belangrijk achten voor een goede wijze van uitvoering van de huisbezoeken.

Domein	Rol	Competenties
Zorg en preventie	Zorg-verlener	1. Om tijdig risico's voor een niet normaal verlopende groei en ontwikkeling van het kind te signaleren, analyseert de jeugdverpleegkundige systematisch factoren die van invloed zijn op de groei en de ontwikkeling van het kind.
		2. Om het inzicht en de eigen mogelijkheden van ouder(s)/ verzorger(s) voor het gezond opgroeien van hun kind(eren) te vergroten, gaat de jeugdverpleegkundige uit van een professionele analyse en geeft zij op een methodisch verantwoorde wijze individueel advies, instructie, voorlichting en begeleiding.
	Regis-seur	3. Om ervoor te zorgen dat een kind met extra gezondheids- en/of opvoedingsrisico's zo gezond mogelijk opgroeit, stelt de jeugdverpleegkundige een integraal zorgplan op, biedt zij verpleegkundige professionele zorg, coördineert zij de zorg en bewaakt zij het realiseren van integrale doelen.

Tabel 6: Domein, rol en competenties

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de case study gepresenteerd. De resultaten van het onderzoek worden in de volgorde van de eerder genoemde deelvragen besproken.

5.1 Huidige werkwijze

5.1.1 Achtergrondkenmerken jeugdverpleegkundigen

Werkervaring als verpleegkundige

De werkervaring van de dertien vrouwelijke geïnterviewde jeugdverpleegkundigen varieert tussen de drie en veertig jaar met een gemiddelde van 26 jaar, waarbij verschillende vrouwen zeer ervaren verpleegkundigen zijn (Tabel 7).

<i>Stad/aantal jaren werkzaam</i>	Gemiddeld aantal jaren werkzaam als verpleegkundige
Oldenzaal	19,25
Enschede-Noord	23,25
Haaksbergen	31
Rijssen	38

Tabel 7: Kenmerken respondenten

De relevantie van de vraag naar werkervaring is dat dit vaak een belangrijke rol speelt in de kwaliteit van zorgverlening:

“Het is denk ik wel de ervaring die je leert hoe je moet signaleren”.

Daarbij geven sommige verpleegkundigen aan dat ze niet altijd in de JGZ hebben gewerkt maar ook functies in bijvoorbeeld het ziekenhuis of de psychiatrie hebben vervuld. Daarnaast werken de meeste jeugdverpleegkundigen parttime.

Ervaring met het huisbezoek naar aanleiding van de EPDS-10

Het aantal huisbezoeken dat in het afgelopen jaar is afgelegd naar aanleiding van een enigszins verhoogde score op de EPDS-10 varieert per verpleegkundige tussen de nul en zes. Het totaal aantal huisbezoeken van alle respondenten samen naar aanleiding van de screening wordt geschat op ongeveer vijftien. Hierbij geven alle jeugdverpleegkundigen uit de plaatsen Haaksbergen en Rijssen aan dat zij nul huisbezoeken hebben afgelegd naar aanleiding van

een enigszins verhoogde score op de EPDS-10. Het valt op dat de aantallen afgelegde huisbezoeken per jeugdverpleegkundige laag zijn. De jeugdverpleegkundigen gaven hier als mogelijke verklaring voor dat ze meestal de problematische gezinnen al in beeld hebben, voordat de EPDS-10 plaats vindt. Doordat de jeugdverpleegkundige vaak al meerdere contactmomenten heeft gehad met moeder en kind (bijv. in de eerste en tweede week na de bevalling) komen de jeugdverpleegkundigen vaak al eerder in actie.

5.1.2 Methodisch handelen

Planmatig werken

Vrijwel alle jeugdverpleegkundigen maken geen plan van aanpak voor een huisbezoek. Ze gaan meestal blanco op een dergelijk huisbezoek af omdat het gesprek een zekere mate van vrije ruimte nodig heeft. De jeugdverpleegkundigen vertellen dat ze wel in het hoofd een soort van plan hebben maar dat dit niet uitgeschreven wordt op papier.

“Maar als je dus op huisbezoek gaat waar zorg nodig is, dan is eigenlijk onze insteek luister maar eens, wat is er aan de hand? En naar aanleiding daarvan ga je een plan van aanpak maken. Want je zult toch eerst moeten inventariseren van waar ligt het dan aan”.

De stappen of fases van een huisbezoek die door de jeugdverpleegkundigen worden benoemd zijn: (1) gegevensverzameling, (2) zorgvraag vaststellen, (3) vervolgstappen in gang zetten (actie) en (4) evaluatie.

Gegevensverzameling

De jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij bij de voorbereiding voor een huisbezoek vaak het dossier nog nakijken op bijvoorbeeld:

- Zijn er al eerdere kinderen geweest waarbij moeder een postpartum depressie heeft gehad?
- Heeft de moeder eerder in haar leven depressieve episodes doorgemaakt/hoe is de voorgeschiedenis?
- Hoe was het eerste huisbezoek na de bevalling?
- Hoe was haar zwangerschap en vooral de bevalling?
- Heeft het kindje een slechte start gehad/doet het kindje het goed?

Daarnaast kijken ze ook naar wat de jeugdarts verder genoteerd/geconstateerd heeft in de consulten op het consultatiebureau. Ook kunnen er nog eventuele folders of instanties voor verdere ondersteuning bekeken worden. Echter, de jeugdverpleegkundigen zijn van mening

dat de mate van voorbereiding voor een huisbezoek vaak al in de routine van de verpleegkundige zorgverlening zit:

“Ik ga mij hier niet heel expliciet op voorbereiden, dat zit eigenlijk al in onze routine”.

Voordat de jeugdverpleegkundigen een probleem of hulpvraag kunnen vaststellen, moeten er eerst gegevens worden verzameld over de gezondheidstoestand van moeder en kind. Bij binnenkomst vertelt de jeugdverpleegkundige waarom ze op huisbezoek is. Vervolgens worden de benodigde gegevens verzameld door eerst open vragen te stellen en vervolgens gerichtere vragen om tot de kern van het probleem/zorgbehoefte te komen. Vooral het doorvragen wordt door alle jeugdverpleegkundigen als belangrijk ervaren. Ook letten de jeugdverpleegkundigen met name op de korte zinnen die tussen de regels door worden gezegd door de moeder (bijv. ‘ja, het gaat *wel* goed’). Daarnaast biedt het observeren van moeder en kind, omgeving en partner belangrijke informatie (non-verbale communicatie)(Tabel 8). Hierbij worden de observaties van de jeugdverpleegkundige feitelijk teruggekoppeld naar de moeder om meer informatie te kunnen krijgen.

Vragen stellen	Observaties
- Hoe gaat het met je/ Hoe voel je je?	- Hoe ziet moeder er uit.
- Waar loop je allemaal tegen aan/waarom gaat het niet lekker?	- Hoe zit moeder erbij/de houding.
- Heb je je in het verleden wel eens zo gevoeld/Voel je je anders dan hoe je je normaal voelt?	- Ziet ze er verzorgd uit.
- Hoe voelt het om samen met het kind te zijn?	- Hoe ziet het huis er uit.
- Hoeveel last heb je van de manier waarop de bevalling is gegaan?	- Hoe gaat ze met het kindje om.
- Hoe is de relatie nu met je partner?	- Of moeders overbezorgd zijn.
- Welke verwachtingen van het moederschap had je?	- Kan ze genieten van haar kindje.
- Wat valt mee/wat valt tegen?	
- Wie zijn je naasten en hoeveel steun krijg je van hen?	
- Hoe komt het dat je zo hoog op de EPDS-10 scoort?	

- Zorg je goed voor jezelf/ wat doe je om te ontspannen?
- Heb je een goede jeugd gehad?

Tabel 8: Voorbeelden van vragen en observaties

Geconstateerd kan worden dat de jeugdverpleegkundigen vooral vragen stellen over de volgende gebieden (volgens de indeling van Gordon)(zie bijlage 3): gezondheidsbeleving en instandhouding, voeding en stofwisseling, activiteiten, slaap en rust, rol en relatie en stressverwerking.

“Je kijkt heel breed eigenlijk, niet alleen maar naar het kind maar ook naar de ouder en alles daaromheen”.

Daarnaast merken de jeugdverpleegkundigen op dat zij een voordeel hebben ten opzichte van de jeugdarts in het achterhalen van de zorgvraag; zij zijn laagdrempeliger. De moeder ziet de jeugdarts alleen op het bureau terwijl de jeugdverpleegkundige ook bij de moeder thuis komt (eerste en tweede week na de bevalling). Daarnaast is de jeugdverpleegkundige de contactpersoon van de moeder. Bij problemen in of vragen over voeding, slapen, groei etc. kunnen ze altijd (eerst) terecht bij de jeugdverpleegkundige.

Zorgvraag vaststellen

Het vaststellen van het gezondheidsprobleem van de moeder wordt meer als logische stap gezien na het verzamelen van gegevens. Het zijn de antwoorden van de moeder in combinatie met de observaties, interpretaties en het intuïtieve gevoel van de jeugdverpleegkundige die een gezondheidsprobleem vormen. De jeugdverpleegkundigen vinden het lastig om aan te geven hoe ze nu precies tot een gezondheidsprobleem komen. Dit weerspiegelt ook wel de complexiteit van de besluitvorming door de jeugdverpleegkundige omdat hierin allerlei verschillende factoren een rol spelen. Het is de taak van de jeugdverpleegkundige om het probleem zo concreet mogelijk samen te vatten en moeder te vragen of dit klopt.

Actie

Wanneer de jeugdverpleegkundige eenmaal heeft vastgesteld wat er met moeder aan de hand is, moet zij voor zichzelf nagaan of doorverwijzing nodig is of dat ze de moeder zelf kan ondersteunen of begeleiden. Ook deze fase vloeit wellicht automatisch voort uit het vaststellen van de zorgvraag omdat de jeugdverpleegkundigen wederom het moeilijk vinden om dit concreet te benoemen. Daarnaast benoemen de jeugdverpleegkundigen dat ze vrijwel altijd eerst de moeder vragen wat voor ideeën zij zelf heeft voor het ‘oplossen’ van haar

situatie waarbij de jeugdverpleegkundige een ondersteunende rol speelt in de begeleiding van dit proces. Bovendien is verreweg de belangrijkste taak van de jeugdverpleegkundige om in te schatten of het gedrag van de moeder geen schadelijke consequenties heeft voor het kindje.

Evaluatie

Het huisbezoek wordt afgerond met allereerst een samenvatting van de onderwerpen die besproken zijn en de concrete afspraken/vervolgstappen die gemaakt zijn. Er wordt nog eens nagegaan of moeder het eens is met deze afspraken. Tevens wordt er geëvalueerd wat de moeder van het gesprek vond en of ze het idee heeft dat ze weer vooruit kan. De meeste jeugdverpleegkundigen verwijzen de moeder naar de huisarts door. In sommige gevallen kan de jeugdverpleegkundige erop vertrouwen dat de moeder zelf naar de huisarts belt. In andere gevallen bellen de jeugdverpleegkundige en de moeder samen de huisarts of in ernstige/urgente gevallen belt de jeugdverpleegkundige de huisarts zelf. In enkele gevallen schakelt de jeugdverpleegkundige andere hulpinstanties in dan de huisarts. Wanneer er wachtlijsten bestaan voor verdere hulp aan de moeder, gaan de jeugdverpleegkundigen nogmaals (of meerdere keren) op huisbezoek om zo het ontstane gat enigszins te kunnen overbruggen. Ook wordt ieder huisbezoek nabesproken met de jeugdarts op het consultatiebureau.

5.1.3 Randvoorwaarden

Clientgericht werken

Alle jeugdverpleegkundigen beamen dat het betrekken van de moeder in het proces belangrijk is. Eén van de belangrijkste doelen van de jeugdverpleegkundige is dat de moeder inzicht krijgt in haar situatie en eventuele oplossingen of ideeën zelf aandraagt. De jeugdverpleegkundige is er dan om ondersteuning en begeleiding te bieden in dit proces. Bovendien geven de jeugdverpleegkundigen aan dat zij werken op het gebied van signalering en preventie en dat je hiervoor altijd (de wil van) de cliënt nodig hebt.

“Maar dat is ook ons principe vanuit de cliënt, wij gaan niet denken voor de cliënt, wij proberen ze zelf te laten denken en ideeën aan te dragen”.

Daarnaast wordt er gevraagd naar het sociale netwerk van de moeder. De jeugdverpleegkundige draagt ideeën aan om het sociaal netwerk aan te spreken om de belasting van moeder enigszins over te hevelen naar haar sociaal netwerk. Wanneer er problemen zijn in de onderlinge relatie tussen de moeder en haar partner, kan de jeugdverpleegkundige ook in gesprek gaan met beiden.

Ook wordt het programma Triple P (positief pedagogisch programma) genoemd in de interviews. Het aspect van Triple P dat in een huisbezoek naar voren komt is het werken

vanuit het perspectief van de cliënt. Soms willen de jeugdverpleegkundigen te snel naar een plan van aanpak gaan, omdat zij sneller een overzicht van de situatie kunnen maken, terwijl de moeder daar nog helemaal niet aan toe is. De jeugdverpleegkundige moet dan kleinere stapjes zetten om aan te sluiten bij het proces wat moeder zelf doormaakt.

Registratie en ordening

Sommige jeugdverpleegkundigen vinden het handig om tijdens het gesprek met moeder korte aantekeningen te maken op papier. Vaak wordt er veel besproken in een huisbezoek waardoor korte aantekeningen kunnen helpen bij het verwerken van de gegevens. Na het huisbezoek worden de relevante gegevens in het computersysteem 'mCAS' geplaatst. In dit systeem wordt het huisbezoek als *activiteit* gezien en is er de mogelijkheid om bij de *rapportage* het huisbezoek te bespreken. Aspecten die bij de rapportage aan bod komen zijn: (1) aanleiding, (2) analyse, (3) doel en (4) evaluatie. Het maken van een verpleegplan gaat bij deze huisbezoeken in de JGZ meestal niet op, maar de onderdelen van de rapportage kunnen ook worden gezien als een soort verpleegplan. Echter, er bestaat enige onduidelijkheid over het noteren van de informatie uit de huisbezoeken in het systeem van 'mCAS'. De jeugdverpleegkundigen blijken op verschillende wijze de gegevens te noteren in dit systeem. Daarnaast worden vragenlijsten of andere hulpmiddelen die kunnen helpen bij de ordening door geen enkele jeugdverpleegkundige gebruikt tijdens een huisbezoek. De reden die hiervoor gegeven wordt, is dat een vragenlijst de natuurlijke weg van het gesprek belemmert. De jeugdverpleegkundigen zijn zich bewust van hoe afhankelijk de cliënt is van welke jeugdverpleegkundige langs komt, maar dit geldt wellicht voor de gehele gezondheidszorg. Bovendien moet alles wat in het dossier van het kind genoteerd wordt, in samenspraak met de moeder tot stand komen.

Tijdsduur

De meeste jeugdverpleegkundigen zijn van mening dat ze voldoende tijd hebben in een huisbezoek. Aangezien er een intensief gesprek plaatsvindt tussen de moeder en de jeugdverpleegkundige, kan het huisbezoek niet veel langer duren dan een uur/anderhalf uur omwille van de concentratie.

5.1.4 Waardering huisbezoeken

De jeugdverpleegkundigen zijn unaniem van mening dat een huisbezoek van meerwaarde is. Op het consultatiebureau is er te weinig tijd om bij dit onderwerp de diepte in te kunnen gaan. Bovendien is de cliënt in haar vertrouwde omgeving waardoor zij meer opener en ontspannen durft te zijn in het gesprek.

“En je kan ook huilen thuis en dat kan je niet als je hier (consultatiebureau) bent. Er zitten ook andere moeders die vrolijk en opgewekt zijn en jij komt daar betrand weer uit. Dat is heel lastig, heel moeilijk”.

Een consult zit doorgaans vol met andere punten die ook aan de orde moeten komen zoals de voeding, het vaccineren etc. Natuurlijk kan er een extra consult worden aangeboden maar het zien van de moeder in de thuissituatie kan zoveel meer vertellen.

“Net wat je zegt van signalen van bergen afwas op het aanrecht of een huis wat bijna verwaarloosd wordt of een baby dat daar maar ligt. Je kan thuis heel goed zien van hoe het gebeurd. Het hoeft er echt niet spik en span te zijn maar je ziet echt wel dingen die je niet op het bureau ziet. Of je ziet een spik en span huis wat blinkt; dat zijn ook signalen”.

Bovendien geven de jeugdverpleegkundigen aan dat er behoefte is aan een soort checklist voor de huisbezoeken naar aanleiding van de screening. Een protocol past niet bij deze vorm omdat een huisbezoek een zekere mate van vrijheid moet hebben. Een checklist kan handig zijn, zodat men voor het huisbezoek alle relevante aspecten op kan halen die nodig zijn bij het maken van een goede inschatting van de hulpvraag en het bieden van passende hulp. Zowel voor de jeugdverpleegkundige die nog maar net komt kijken in de JGZ, als voor de jeugdverpleegkundige met veel werkervaring kan een checklist een meerwaarde zijn.

5.2 Mate van overeenstemming

5.2.1 Zorgvraagverheldering

De zeven principes van Appleton & Cowley (2008)

1. Holistisch van aard

Holistisch wil zeggen dat de zorgprofessional naar het geheel van de situatie kijkt en niet is gefocust op één probleem. Ook bij de huisbezoeken waar aanvankelijk één centrale focus aanwezig zou zijn, kijken de zorgprofessionals nog naar meerdere problemen/factoren (Appleton & Cowley, 2008).

Dit principe wordt bevestigd in de interviews. De jeugdverpleegkundigen observeren en signaleren op vele gebieden van Gordon, waarbij ze aangeven dat ze heel breed kijken; niet alleen naar de moeder of naar het kind, maar ook naar de omgeving (Eliens & van Zelm, 2011). Echter, uit de literatuur komt naar voren dat de zorgprofessionals zich meer op de moeder richten dan op het kind (Appleton & Cowley, 2008, Bryans, 2005). Het huisbezoek kan helpen bij het creëren van een beter beeld of overzicht van alle factoren die een rol spelen bij de gezondheidsstatus van de cliënt.

2. Meerdere factoren van invloed → complex proces

Zoals bij het eerste principe al wordt genoemd, kijkt de jeugdverpleegkundige naar verschillende factoren die uiteindelijk een beeld vormen van de situatie van de cliënt. Dit

maakt het tevens ook een complex proces omdat je met verschillende vervlochten facetten te maken hebt (Appleton & Cowley, 2008).

Ook dit principe komt duidelijk terug in de interviews. Verschillende factoren beïnvloeden tegelijkertijd het proces van beoordelen van de situatie waardoor men ook wel spreekt van een meervoudig perspectief van de zorgprofessional. Dit principe komt met name terug in de fases twee en drie, zorgvraag vaststellen en actie, van het huisbezoek. Verschillende factoren spelen voornamelijk een rol in deze twee fases waardoor in de interviews ook duidelijk is terug te zien dat de jeugdverpleegkundigen het lastig vinden om hun handelen te specificeren.

3. Voortdurend in beweging

Het proces dat zorgprofessionals doorlopen stopt niet na het eerste contact en zij moeten constant nagaan of ze de juiste beslissingen hebben genomen. De jeugdverpleegkundige heeft vaak meerdere contactmomenten met de moeder die bijdragen aan de beeldvorming van de gezondheidsstatus en die wellicht telkens nieuwe percepties oplevert (Appleton & Cowley, 2008).

Dit derde principe is niet expliciet benoemd in de interviews, maar ook voor de jeugdverpleegkundigen geldt dat ze constant moeten nagaan of ze de juiste beslissingen hebben genomen. De jeugdverpleegkundigen geven in de interviews aan dat ze altijd bij twijfel de moeder doorverwijzen naar de huisarts. Ook komt het meermaals voor dat de jeugdverpleegkundigen onderling met elkaar overleggen over hoe ze de situatie het beste kunnen aanpakken. Wel komt duidelijk het belang van de vertrouwensband in de interviews naar voren. Wanneer de moeder zich comfortabel en vertrouwd voelt met de jeugdverpleegkundige, zal zij eerder over haar gevoelens gaan praten. De jeugdverpleegkundigen hebben het voordeel dat zij meestal al contact hebben gehad met het gezin omdat ze in de eerste twee weken na de bevalling op huisbezoek gaan en de contactpersoon op het consultatiebureau zijn bij vragen en problemen. Deze eerdere bezoeken of consulten van de jeugdverpleegkundige met de moeder dragen ook bij aan de beeldvorming van de situatie waarin moeder verkeert. Daarnaast gaven de jeugdverpleegkundigen aan dat ze na het huisbezoek contact blijven houden met de moeder, hetzij telefonisch of middels een vervolgspraak.

4. Moeilijk te formuleren voor zorgprofessionals

Dit principe ligt in het verlengde van principe twee. Doordat de jeugdverpleegkundige verschillende factoren in ogenschouw neemt, resulteert dit in een complex proces wat het in detail toelichten van het verpleegkundig handelen weer bemoeilijkt (Appleton & Cowley, 2008).

Dit principe komt wellicht als sterkste punt naar voren in de interviews. De zorgverlening bestaat uit veel automatische handelingen en er wordt niet vaak aan de zorgprofessionals gevraagd om het eigen handelen in detail toe te lichten. Ondanks dat de jeugdverpleegkundigen het vrij lastig vinden om het eigen handelen te specificeren, komt uit de interviews naar voren dat de jeugdverpleegkundigen in de huisbezoeken wel degelijk volgens een bepaalde (logische) methode handelen. Dit wordt alleen zelf niet zo ervaren of ingezien. De fases die onderscheiden kunnen worden, (1) gegevensverzameling, (2) zorgvraag vaststellen, (3) vervolgstappen in gang zetten (actie) en (4) evaluatie, komen ongeveer overeen met de fases van het verpleegproces/-plan.

5. Proces wordt beïnvloed door persoonlijke waardes van zorgprofessionals

Zorgprofessionals worden in het beoordelen van de gezondheidsstatus van de cliënt sterk beïnvloed door persoonlijke waarden, levens/werkervaring, persoonlijkheid en cultuur (Appleton & Cowley, 2008).

Ook in de interviews worden enkele kenmerken benoemd van de hierboven genoemde beïnvloedende factoren voor de jeugdverpleegkundige. Als voornaamste factor wordt de werkervaring genoemd in de interviews. De andere factoren worden in zeer beperkte mate benoemd in de interviews. Ondanks dat naar dit principe niet specifiek is gevraagd in de interviews mag wellicht worden aangenomen dat elke zorgprofessional de eigen persoonlijkheid, culturele waarden en normen, de persoonlijke kennis en eerdere ervaringen meeneemt in het verpleegkundig handelen (in de huisbezoeken), evenals de intuïtie en het instinct van de zorgprofessional. Iedere zorgprofessional legt zijn eigen accenten op de verpleegkundige zorgverlening, maar in de basis moet het hetzelfde zijn. Daarnaast moet de zorgprofessional ook rekening houden met de persoonlijke waardes en opvattingen van de cliënt.

6. Alle cliënten kunnen on vervulde behoeftes hebben

De zorgprofessional maakt van tevoren geen onderscheid in welke personen bij voorbaat al een zorgvraag kunnen hebben en bij welke personen dit onwaarschijnlijker is. Het uitgangspunt moet zijn dat iedereen een zorgvraag kan hebben (Appleton & Cowley, 2008).

Principe zes is niet expliciet benoemd in de interviews, maar kan wel worden opgemaakt uit de vermelding dat zorgprofessionals onbevooroordeeld te werk moeten gaan. Moeders uit gezinnen met bijvoorbeeld een hoge sociaal economische status (SES) kunnen even goed niet lekker in hun vel zitten als moeders met een lage SES. In dit onderzoek gaat dit principe wellicht ook niet op omdat de EPDS-10 geen onderscheid maakt in moeders. De jeugdverpleegkundige kan bij elke moeder met een enigszins verhoogde score op huisbezoek gaan (indien toestemming is verleend).

7. Prioritering

Ten slotte gaat principe zeven, prioritering, meer over het geheel; welke familie krijgt wel hulp en welke familie niet (Appleton & Cowley, 2008).

Dit principe gaat niet zozeer op voor dit onderzoek omdat aan iedereen met een enigszins verhoogde score op de EPDS-10 een huisbezoek wordt gebracht (indien toestemming is verleend).

De reflectieve-interactieve benadering van Bryans (2005)

Op basis van de uitkomsten van de interviews kan gesteld worden dat de jeugdverpleegkundigen de reflectieve-interactieve benadering van Bryans (2005) nastreven. Dit valt op te maken uit het feit dat de jeugdverpleegkundigen aangeven dat deze huisbezoeken fungeren om de zorgvraag van de moeder te achterhalen. Vaak wordt aan het begin van het huisbezoek de aanleiding voor het huisbezoek verteld en/of stelt de jeugdverpleegkundige de open vraag 'hoe gaat het met je?'. Het is de taak van de jeugdverpleegkundige om de moeder op haar gemak te stellen. Verschillende kenmerken komen hierbij in de interviews naar voren: luisteren, niet bevooroordeeld zijn, de moeder het gevoel geven dat ze jou kan vertrouwen en dat ze gehoord wordt, een open sfeer creëren, reflecteren wat je ziet en hoort, parafraseren, begripvol zijn, de kern kunnen pakken, empathie tonen en de cliënt meegeven dat zij absoluut niet de enige is die zich zo voelt. Daarnaast benadrukken de jeugdverpleegkundigen dat elke situatie verschillend is en dat het huisbezoek een zekere mate van vrije ruimte nodig heeft om op de verschillende contexten in te kunnen spelen. Hierdoor ontstaat een op maat gemaakte zorgverlening. Bovendien geven de jeugdverpleegkundigen aan dat ze het cliëntenperspectief moeten nastreven want pas dan kunnen er (eventuele) veranderingen in het gedrag of de situatie plaatsvinden.

5.2.2 Risico inschatting

Besluitvormingsmodellen zoals die van Carroll & Johnson (1990) worden hoogstwaarschijnlijk ook onbewust toegepast in de huisbezoeken. Alle zeven fases worden in de zorgverlening doorlopen zonder dat de jeugdverpleegkundigen ook daadwerkelijk bewust zijn dat ze deze stappen maken.

Daarnaast is het balansmodel van Bakker (1998) duidelijk terug te vinden in de interviews met de jeugdverpleegkundigen. Zij letten vooral op risicofactoren die de draaglast in het dagelijks leven verzwaken en op beschermende factoren die de draagkracht versterken. Dit leidt (wellicht onbewust en automatisch) tot een inschatting van het aanwezige risico. De huisbezoeken kunnen een completer beeld schetsen van deze risicofactoren en beschermende factoren.

5.3 Mate van competentie

5.3.1 Gevoel van competentie

Er werd overwegend positief gereageerd op de mate waarin de jeugdverpleegkundigen zicht krijgen op een mogelijke postpartum depressie. Moeders die enigszins hoog scoren op de EPDS-10, zijn ook meestal de moeders die openstaan voor een gesprek hierover. Wanneer de jeugdverpleegkundige in de huisbezoeken dan open vragen stelt, reflecteert en voornamelijk luistert naar het verhaal van de moeder, breken de moeders vaak al open. Toch zijn de jeugdverpleegkundigen zich bewust van het feit dat zij waarschijnlijk ook moeders met een postpartum depressie hebben gemist. Daarnaast zijn de jeugdverpleegkundigen over het algemeen van mening dat ze voldoende kennis hebben om een postpartum depressie te signaleren; oftewel genoeg kennis om de huisbezoeken te kunnen uitvoeren. Vier van de dertien jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij behoefte hebben aan meer informatie over dit onderwerp en dan met name over de signalen en risicofactoren van een postpartum depressie. Ook achten alle jeugdverpleegkundigen zich vaardig genoeg om de zorgvraag van de moeder te kunnen achterhalen. Immers, ze zijn hier voor opgeleid. Daarentegen zou een opfriscursus over bepaalde gesprekstechnieken voor een huisbezoek voor sommige jeugdverpleegkundigen welkom zijn.

Alle jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij het niet moeilijk vinden om de uitkomsten met moeder te bespreken. De EPDS-10 maakt als het ware de weg vrij om dit onderwerp met moeder te kunnen bespreken. Bovendien wordt bij het maken van een afspraak om op huisbezoek te komen, al aangegeven dat de jeugdverpleegkundige langs komt omdat de EPDS-10 enigszins verhoogd is en zij het idee heeft dat moeder niet goed in haar vel zit. Hierdoor is de moeder al enigszins voorbereid. Daarnaast geven de jeugdverpleegkundigen aan dat zij merken dat de moeder het vaak wel lastig vindt om te benoemen dat ze niet lekker in haar vel zit. Wanneer de moeder weerstand vertoont of zelf niet het inzicht heeft in haar situatie, vinden de jeugdverpleegkundigen dit wel een moeilijke situatie. Immers, zonder de wil van de cliënt is het moeilijk om goede hulp te kunnen bieden. Ook wordt er dan een groter beroep gedaan op de (kennis en) vaardigheden van de jeugdverpleegkundige om de cliënt op dezelfde level te krijgen. In de meeste gevallen laat de jeugdverpleegkundige het gesprek dan even bezinken en draait de moeder later vaak wel weer bij.

De jeugdverpleegkundigen moeten voor zichzelf afwegen (risico inschatting) of moeder doorverwezen moet worden naar de huisarts of dat de jeugdverpleegkundige de moeder zelf kan ondersteunen wanneer er kleine aanpassingsproblemen zijn. Er is weinig onduidelijkheid over de vervolgstappen omdat de huisarts altijd wordt ingeschakeld wanneer er meer aan de hand is met moeder. Dit laat direct de hoofdtaak van de JGZ zien, wat ook duidelijk in een

huisbezoek naar voren komt: (preventie en) signalering. Enkele jeugdverpleegkundigen geven aan dat ze behoefte hebben aan een sociale kaart ter ondersteuning of meer informatie over wat het vervolgtraject precies inhoudt.

5.3.2 Kennis

Er kunnen twee type kennis worden onderscheiden die van toepassing zijn op de huisbezoeken, namelijk inhoudelijke kennis (met betrekking tot voornamelijk de aandoening postpartum depressie) en sociale kennis (oftewel mensenkennis). Met betrekking tot de inhoudelijke kennis benoemen de jeugdverpleegkundigen dat, wanneer er grote vermoedens van postpartum depressie bestaan, ze voornamelijk letten op de relatie/band tussen moeder en kind (signalen). Aspecten die hierbij van toepassing zijn: hoe ze met het kindje omgaat, hoe ze oogcontact maakt, of ze alleen durft te zijn met het kind, of ze er plezier aan beleeft, of ze afstandelijk is naar het kind toe en hoe ze omgaat met het huilen van het kind. Verdere aspecten die de jeugdverpleegkundigen benoemen bij de moeder waren: hoe vlak is de moeder, straalt ze wat uit als ze het over haar kind heeft, zorgt ze goed voor zichzelf (eten en ontspanning), hoe gaat ze om met de moeheid/slapeloosheid, pakt ze adviezen op en wat straalt ze in het geheel uit? Ook benoemen de jeugdverpleegkundigen enkele risicofactoren zoals sociale steun, verlies van eigen identiteit, gecompliceerde zwangerschap en hoge verwachtingen van het moederschap. Daarnaast wordt onder sociale kennis voornamelijk het benaderen van de moeder (ouders) verstaan. Bovendien zijn de meningen verdeeld over hoe de jeugdverpleegkundigen de meeste kennis over dit onderwerp hebben vergaard; sommigen benoemen de opleiding als grote bron maar de meesten hebben de kennis vergaard door praktijkervaring.

5.3.3 Vaardigheden

Er zijn in hoofdlijnen twee type vaardigheden te onderscheiden in de antwoorden van de jeugdverpleegkundigen, namelijk analytische en communicatieve vaardigheden. Onder de analytische vaardigheden in de huisbezoeken verstaat men onder andere het signaleren, het verhelderen van de zorgvraag en het op tijd doorverwijzen. Op de vraag of de jeugdverpleegkundigen ook bewust bepaalde communicatietechnieken toepassen in de huisbezoeken, geven de meesten aan dat dit niet het geval is. Toch zijn er in de antwoorden enkele technieken en strategieën te onderscheiden, zoals: het stellen van open vragen, niet bevooroordeeld zijn, de moeder het gevoel geven dat ze jou kan vertrouwen en dat ze gehoord wordt, een open sfeer creëren, reflecteren wat je ziet en hoort, parafraseren, begripvol zijn, de kern kunnen pakken, goed kunnen luisteren, empathie tonen en de cliënt meegeven dat zij absoluut niet de enige is die zich zo voelt.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de opgestelde deelvragen. Daarnaast is er ruimte voor het bespreken van zowel de sterke punten van dit onderzoek als ook de zwakke punten. Per deelvraag komt eerst de beantwoording aan bod waarna vervolgens de sterke en de zwakke punten uiteengezet worden.

6.1 Werkwijze volgens de literatuur

De belangrijkste bevinding is dat het lastig is om een ‘best practice’ te formuleren voor het afleggen van huisbezoeken door jeugdverpleegkundigen. *Hoe* de jeugdverpleegkundigen precies de zorgvraag van de cliënt achterhalen in de huisbezoeken, *welke* strategieën zij hiervoor gebruiken en hoe zij komen tot de vervolgstappen, is zeer complex om te analyseren. Vele factoren zijn namelijk van invloed op dit proces waardoor een concrete handelingswijze moeilijk te formuleren is. In een vergelijkbaar onderzoek van Appleton & Cowley (2008) komt ook naar voren dat de wetenschappelijke literatuur rondom dit onderwerp beperkt is. Daarnaast zijn verschillende deskundigen op het gebied van de verpleegkunde geraadpleegd, evenals onderzoekers met vergelijkbare onderzoeken die dit ook bevestigen. Daarentegen bestaan er verschillende (voornamelijk Amerikaanse) studies die de effectiviteit van een programma waarin zorgprofessionals op huisbezoek gaan, hebben aangetoond (Christie & Bunting, 2011). Hierbij concluderen de meeste studies dat er vervolgonderzoek nodig is naar de inhoud van de huisbezoeken.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de literatuurstudie zich specifiek op het relatief onbekende terrein van de huisbezoeken heeft gericht, wat geheel aansluit bij de doelstelling van dit onderzoek. Bovendien komt uit het recente onderzoek van Appleton & Cowley (2008) bredere principes naar voren die goed naast de resultaten uit het praktijkonderzoek gelegd konden worden. Een zwak punt is dat er ondanks een uitgebreid literatuuronderzoek maar weinig wetenschappelijke artikelen (geschikt) zijn gevonden. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat de focus is gelegd op de zorgverlening in huisbezoeken in plaats van op een groter geheel. Daarnaast zijn enkele artikelen, die zijn gebruikt voor de beantwoording van de eerste deelvraag, buitenlandse artikelen. Het kan voorkomen dat de bevindingen uit buitenlandse artikelen niet altijd opgaan voor de Nederlandse setting. Echter, in dit onderzoek is hier weinig sprake van omdat de doelstelling van de huisbezoeken gelijk zijn: achterhalen wat de zorgvraag van de cliënt is en passende hulp bieden.

6.2 Huidige werkwijze

De huisbezoeken naar aanleiding van een enigszins verhoogde score op de EPDS-10 worden unaniem als zeer waardevol ervaren door de jeugdverpleegkundigen. De huisbezoeken kunnen namelijk een completer beeld geven van de situatie waarin de moeder verkeert. Bij het in kaart brengen van de praktijkvoering in de huisbezoeken door middel van interviews met de jeugdverpleegkundigen, kunnen enkele stappen worden onderscheiden in het proces, namelijk: (1) het verzamelen van gegevens over de cliënt, kind en omgeving, (2) het vaststellen van de zorgvraag, (3) het besluiten welke actie gepast is in de specifieke situatie en de (4) evaluatie. Hierbij geven de jeugdverpleegkundigen aan dat ze bij sommige stappen (met name de punten twee en drie) het lastig vinden om in detail te specificeren wat ze nu precies doen in de huisbezoeken. Ondanks dat de vier geformuleerde stappen een logische opeenvolging is van de te nemen stappen, is dit wel degelijk een relevante uitkomst; het bewijst dat ze niet ‘zomaar iets doen’. Daarnaast geven de jeugdverpleegkundigen aan dat ze behoefte hebben aan een checklist en een sociale kaart.

Een sterk punt van het houden van interviews in de focusgroepen is dat deze een diepgaand beeld hebben geschetst van de werkwijze in de huisbezoeken naar aanleiding van een positieve screening vanuit het perspectief van de jeugdverpleegkundigen. Dankzij de focusgroepen konden de jeugdverpleegkundigen met elkaar in discussie gaan, wat vaak meer relevante informatie oplevert dan een één-op-één interview. Er is geprobeerd om de vragen in de interviews zo open mogelijk te stellen waarbij de antwoorden van de jeugdverpleegkundigen zo weinig mogelijk sociaal wenselijke antwoorden zouden opleveren. Dit kan tevens ook een nadeel zijn omdat de antwoorden ook vrij open waren met soms weinig richting of structuur. Een zwak punt van dit onderzoek is dat het perspectief van de cliënt niet is meegenomen en dat er geen objectieve observering van derden in de huisbezoeken is gedaan. Dit komt mede door het korte tijdsbestek waarin dit onderzoek is uitgevoerd. Bovendien is het de vraag in hoeverre dit onderzoek te generaliseren is naar een groter geheel, doordat er gekozen is voor een case study en het lage aantal respondenten/uitgevoerde huisbezoeken. Overigens werd in een voorgaande studie een hoger aantal huisbezoeken door de jeugdverpleegkundigen gevonden naar aanleiding van een positieve screening, namelijk 35 huisbezoeken door 10 jeugdverpleegkundigen (Olde Reuver of Briel, 2011).

6.3 Mate van overeenstemming

Er is sprake van grote overeenstemming tussen de gevonden onderdelen uit de literatuur en de huidige werkwijze van de jeugdverpleegkundigen in de huisbezoeken. Zes van de zeven onderliggende principes van Appleton & Cowley (2008) zijn terug te vinden in de interviews met de jeugdverpleegkundigen. Van deze zes zijn drie onderliggende principes niet expliciet

benoemd in de interviews maar wel indirect af te leiden van de antwoorden van de jeugdverpleegkundigen. De benaderingen van Bryans (2005), het besluitvormingsmodel van Carroll & Johnson (1990) en het Balansmodel van Bakker (1998) kunnen ook enigszins (en vaak impliciet) worden afgeleid uit de interviews met de jeugdverpleegkundigen.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat de betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt versterkt door de grote overeenkomsten tussen de praktijkvoering en de literatuur. Als zwak punt van dit onderzoek kan beschouwd worden het lage aantal respondenten, zodat de informatie uit de interviews moeilijk te kwantificeren zijn in de vergelijking.

6.4 Mate van competentie

De jeugdverpleegkundigen zijn overwegend positief over de mate waarop zij inzicht krijgen in de situatie van de moeder, deze uitkomsten met moeder te bespreken en moeder eventueel doorverwijzen. De enigszins verhoogde score op de EPDS-10 maakt als het ware de weg vrij voor een gesprek met de moeder over dit onderwerp. Wanneer de moeder heeft ingestemd in een huisbezoek door de jeugdverpleegkundige, is de grootste drempel vaak door de moeder al genomen en ‘breekt’ zij vaak ‘open’. De jeugdverpleegkundigen achten zich dan vaardig en bekwaam genoeg om de huisbezoeken te kunnen uitvoeren. Immers, ze zijn opgeleid voor dit werk en de meeste jeugdverpleegkundigen uit deze onderzoekspopulatie hebben veel werkervaring. Wanneer het gevoel van de jeugdverpleegkundige niet ‘pluis’ is op basis van verschillende factoren, kan de jeugdverpleegkundige altijd doorverwijzen naar de huisarts. Daarentegen zou een opfriscursus over bepaalde gesprekstechnieken voor een huisbezoek en meer informatie over het vervolgtraject voor sommige jeugdverpleegkundigen welkom zijn.

Het is relevant voor de GGD Twente om na te gaan of haar werknemers zich voldoende competent voelen om deze huisbezoeken af te leggen. Hebben zij zelf het idee dat ze voldoende kennis en vaardigheden bezitten om optimaal te kunnen handelen in de huisbezoeken of is er behoefte aan extra trainingen? Dit onderzoek tracht hierop een antwoord te geven. Een zwak punt van deze studie is dat de antwoorden van de jeugdverpleegkundigen mogelijk sociaal wenselijk zijn omdat de vragen in een groep gesteld zijn. De dynamiek van de groep bepaalt de mate waarin de jeugdverpleegkundigen eerlijke antwoorden durven te geven op de vragen over de beoordeling van de eigen mate van competentie. Een ander zwak punt is dat de benoemde kennis en vaardigheden een totaal plaatje is van alle jeugdverpleegkundigen bij elkaar. Wanneer er gekeken wordt naar de individuele kennis en vaardigheden, zou dit per jeugdverpleegkundige een ander beeld kunnen opleveren. Echter, de essentie van het signaleren van problemen bij de moeder en met name een postpartum depressie heeft (bijna) elke jeugdverpleegkundige wel te pakken maar op sommige punten is wellicht aanscherping vereist.

7. Conclusie & aanbevelingen

Dit hoofdstuk tracht een antwoord te geven op de hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek. Daarnaast worden de aanbevelingen gepresenteerd die uit de resultaten, discussie en conclusie naar voren komen.

7.1 Conclusie

Komt de huidige werkwijze van de jeugdverpleegkundige in de huisbezoeken na een positieve screening op postpartum depressie in Twente, overeen met de ‘best practice’ op het gebied van professioneel verpleegkundig handelen?

In het vorige hoofdstuk is vermeld dat er geen ‘best practice’ uit de literatuur geformuleerd kon worden, doordat het professioneel verpleegkundig handelen in de huisbezoeken verbonden is aan contextuele factoren. Wel zijn er enkele principes, effectieve benaderingen en modellen gevonden die van toepassing zijn op de verpleegkundige zorgverlening in de huisbezoeken. Geconcludeerd kan worden dat deze gevonden onderdelen in sterke mate overeenkomen met de resultaten uit de interviews. Ondanks dat de jeugdverpleegkundigen het lastig vinden om het eigen handelen in detail toe te lichten, handelen ze toch volgens een methodiek van (1) gegevensverzameling, (2) zorgvraag vaststellen, (3) actie en (4) evaluatie.

7.2 Aanbevelingen

Enkele aanbevelingen kunnen worden afgeleid uit de verkregen informatie uit dit onderzoek. Deze aanbevelingen dienen ter bevordering van de kwaliteit van verpleegkundige zorgverlening in de JGZ.

- Er is vervolgonderzoek nodig naar een theoretisch kader voor de huisbezoeken (naar aanleiding van een positieve screening op postpartum depressie) wat de jeugdverpleegkundigen steun kan geven en waarbij ook het cliëntenperspectief wordt meegenomen.
- Overweeg om een checklist te maken waarin inhoudelijke thema’s aan de orde komen die de jeugdverpleegkundigen kunnen nalopen in de huisbezoeken.
- Overweeg om per team duidelijke afspraken te maken over de registratie en ordening van de huisbezoeken zodat er een goede afstemming in het team van professionals bestaat.
- Overweeg om een sociale kaart te maken waardoor de jeugdverpleegkundigen meer op de hoogte zijn van regionale mogelijkheden voor ondersteuning en begeleiding.
- Besteed in de continue (bij)scholing van jeugdverpleegkundigen aandacht aan cases voor de huisbezoeken naar aanleiding van een enigszins verhoogde score op de EPDS-10.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., *DSM-V*). Washington: Author.
- Appleton, J.V., Cowley, S. (2008). Health visiting assessment—unpacking critical attributes in health visitor needs assessment practice: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (2), 232-245.
- Bakker, I., Bakker, C., Van Dijke, A., & Terpstra, L. (1998). *O&O in perspectief*. Utrecht: NIZW.
- Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression; It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*, 106 (5), 40- 50.
- Bennett, S.S. (2007). *Postpartum depressie voor Dummies*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Boeije H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek; stappenplan kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs. 2005.
- Brealey, S.D., Hewitt, C., Green, J.M., Morrell, J., & Gilbody, S. (2010). Screening for postnatal depression – is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (4), 328-344.
- Bruijns, S., Buskop-Kobussen, M. (1996). *Diagnostiek & interventie voor verpleegkundigen in de ouder- en kindzorg*. Assen: Van Gorcum.
- Bryans, A. (2005). At home with clients: a study of health visiting expertise. *Community Practitioner*, (78) 10, 358-362.
- Bryans, A., & McIntosh, J. (1996). Decision making in community nursing: an analysis of the stages of decision making as they relate to community nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 24–30.
- Buist A.E., Barnett, B.E.W., Milgrom J., Pope, S., Condon J.T., Ellwood D.A., Boyce P.M., Austin M.V., & Hayes B.A. (2002). To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *Preventing Depression*, 177, 101- 105.
- Carroll, J.S., & Johnson, E.J. (1990). *Decision Research: A Field Guide*. London: Sage Publications.
- Christie, J., & Bunting, B. (2011). The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (6), 689-702.

- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and longterm effect of psychological treatment of post-partum depression. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression; Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Doesum van, K. T. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 6 (2), 157-176.
- Eliens, A.M., & van Zelm, R.T. (2011). *Verpleegkundige besluitvorming; het verpleegkundig proces en de besluitvorming hierover*. Dwingeloo: Kavanah.
- Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J.J., Tolley, K., Blair, M., Dewey M., & Brummell, K. (2000). The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*, 4 (13).
- Engels, E., & Haspels, A.A. (2003). Een behandeling van postpartum depressie (PPD). *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 20 (9), 244-249.
- Gemmill, A.W., Leigh, B., Ericksen, J., & Milgrom, J. (2006). A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health*, 6 (211), 1-8.
- Geurts, P. (1999). *Van probleem naar onderzoek. Een praktische handleiding met COO-cursus*. Bussum: Coutinho.
- GGZ Nederland (z.d.). *Stel extra jeugdcoach aan die cliënten door doolhof van zorg gidst*. Verkregen op 31 juli 2013, van <http://www.ggznederland.nl/index.php?p=504608>
- Gomby, D.S., Culross, P.L., & Behrman, R.E. (1999). Home visiting: recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children: Home Visiting-Recent Program Evaluations*, 9 (1), 4-26.
- Henry, G.T. (1990). *Practical sampling*. Newbury Park: SAGE Publications, Inc.
- Hewitt, C.E., & Gilbody, S.M. (2009). Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: a systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116 (8), 1019-1027.
- Hewitt, C.E., Gilbody, S.M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., Green, J., Morrell, J., Barkham, M., Light, K., & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment Programme*, 13 (36).
- Howitt, D., Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

- Jong de, J.H.J. & Kerstens, J.A.M. (1997). *Inleiding in de verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kersten-Alvarez, L.E., et al. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (10), 1160-1170.
- Klompshouwer, J.L., Hulst van, A.M. (1994). Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 1009-1014.
- Liberto, T.L. (2012). Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *Journal of Pediatric Health Care*, 26 (2), 109-117.
- Louwerse, K., & van Overbeeke-van Sluijs, J. (2010). *Themarapport; ouders en het consultatiebureau*. Verkregen op 2 juli 2013, van www.scoopzld.nl
- Miller, L.J. (2002). Postpartum depression. *The Journal Of The American Medical Association*, 287 (6), 762-765.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Verkregen op 27 mei 2013, van http://www.nationaalkompas.nl/object_binary/o6580_Basistaken-jeugdgezond_tcm19-97448.pdf
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77 (2), 99-101.
- Nieswiadomy, R.M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Nikken, P. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ouder-baby interventie'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Verkregen op 27 juli 2013, van www.nji.nl
- Olde Reuver of Briel, C. (2011). *Een inventariserend onderzoek naar het gebruik van een screeningslijst voor postpartum depressie in de JGZ 0-4 jaar in Twente*. Enschede: bachelor scriptie.
- Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., & Gilbody, S. (2009). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*, 339. B5203.
- Plochg T., Juttman R.E., Klazinga, N.S., & Mackenbach J.P. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pop, V.J., Komproe, I.H., & Son van, M.J. (1992). Characteristics of the edinburgh post natal depression scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 26 (2), 105-110.
- Postma S. (2008). *JGZ-richtlijn; vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Quan, K. (2011). *The everything new nurse book; gain confidence, manage your schedule, and be ready for anything!* Avon: Adams Media.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal Of Affective Disorders*, 113 (1-2), 77-87.
- Rashad, R. (2013). *The power of family unity: how to use it to gain economical freedom for generations*. USA: Xlibris Corporation.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.). *Bevolkingsonderzoeken en screeningen*. Verkregen op 12 juni 2013, van http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoeken_en_screeningen
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), 289-295.
- Schoot, T., Danen-de Vries, S., Pool, J., & Vaate bij de, E. (2009). *De verpleegkundige als zorgverlener*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Straalen van, L., Meerveld, J., & Mast, J. (2004). *Competentiebeschrijvingen voor jeugdverpleegkundigen in de thuiszorg; module bij het handboek 'In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg'*. Meppel: Krips.
- Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2003). A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of General Practice*, 53, 614-619.
- Swanborn, P.G. (1994). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom Onderwijs.
- V&VN (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Verkregen op 12 juni 2013, van http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWLR5lzp_8%3D&tabid=1852
- Wilson, J.M.G., Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Verkregen op 10 juli 2013, van http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf
- Ziman, J. (1996). 'Postacademic science': constructing knowledge with networks and forms. *Science Studies*, 1 (9), 67-80.

Bijlage 1: De EPDS-10¹

De volgende vragen hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen zeven dagen heeft gevoeld. Kruis dat antwoord aan dat het beste aangeeft hoe u zich voelde. Er is telkens maar één antwoord mogelijk.

1. Ik heb kunnen lachen en de zonnige kant van de dingen kunnen inzien.

- a. Zoveel als ik altijd kon
- b. Niet zoveel nu als anders
- c. Zeker niet zoveel nu als anders
- d. Helemaal niet

2. Ik heb met plezier naar dingen uitgekeken.

- a. Zoals altijd of meer
- b. Wat minder dan ik gewend was
- c. Absoluut minder dan ik gewend was
- d. Nauwelijks

3. Ik heb mijzelf onnodig verwijten gemaakt als er iets fout ging.

- a. Ja, heel vaak
- b. Ja, soms
- c. Niet erg vaak
- d. Nee, nooit

4. Ik ben bang of bezorgd geweest zonder dat er een aanleiding was.

- a. Nee, helemaal niet
- b. Nauwelijks
- c. Ja, soms
- d. Ja, zeer vaak

¹ Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (z.d.). *Vragenlijsten*. Verkregen op 14 juli 2013, van www.lkzp.nl/patienten.php

5. Ik reageerde schrikachtig of paniekerig zonder echte goede reden.

- a. Ja, tamelijk vaak
- b. Ja, soms
- c. Nee, niet vaak
- d. Nooit

6. De dingen groeiden me boven het hoofd.

- a. Ja, meestal was ik er niet tegen opgewassen
- b. Ja, soms was ik minder goed tegen dingen opgewassen dan anders
- c. Nee, meestal kon ik de dingen erg goed aan
- d. Nee, ik kon alles even goed aan als anders

7. Ik voelde me zo ongelukkig dat ik er bijna niet van kon slapen.

- a. Ja, meestal
- b. Ja, soms
- c. Niet vaak
- d. Helemaal niet

8. Ik voelde me somber en beroerd.

- a. Ja, bijna steeds
- b. Ja, tamelijk vaak
- c. Niet erg vaak
- d. Nee, helemaal niet

9. Ik was zo ongelukkig dat ik heb zitten huilen.

- a. Ja, heel vaak
- b. Ja, tamelijk vaak
- c. Alleen af en toe
- d. Nee, nooit

10. Ik heb er aan gedacht om mezelf iets aan te doen.

- a. Ja, tamelijk vaak
- b. Soms
- c. Nauwelijks
- d. Nooit

Bijlage 2: Handleiding EPDS-10

Het gevalideerde EPDS-screeningsinstrument wordt gebruikt tijdens de artsenconsulten van 1, 3 en 6 maanden.

Werkwijze

1. De verpleegkundige JGZ informeert ouders tijdens het postnatale huisbezoek dat de JGZ werkt met de EPDS, wanneer en waarom we dit doen.
2. De CB-assistente JGZ deelt de vragenlijst, behorend bij de EPDS, uit aan ouders die komen voorafgaand aan het consult van 1, 3 en 6 maand. De vragenlijst wordt door de moeder ingevuld.
3. De arts JGZ bespreekt de vragenlijst met de moeder en noteert de score in het DD JGZ onder het kopje 'Hoe gaat het met ouder(s)'
4. De arts JGZ bespreekt tijdens de nabespreking CB met de verpleegkundige JGZ welke actie er ondernomen is of dient te worden.
5. De ingevulde vragenlijst wordt vernietigd.

Afhankelijk van de score kunnen de volgende **acties** plaats vinden:

- 0-8 punten: Geen of vrijwel geen aanwijzing dat er een PPD aanwezig is.
- 9-12 punten: Waarschijnlijk wat aanpassingsproblemen aan een leven met baby.
Eventueel huisbezoek door verpleegkundige JGZ .
- 13-14 punten: Er zijn signalen die lijken op PPD. Verpleegkundige JGZ brengt huisbezoek en er vindt indien nodig een verwijzing plaats.
- 15 + punten: PPD is waarschijnlijk. Indien overeenstemming met klinische indruk, verwijzen naar de huisarts of de GGZ.

Verwijzing

Moeders, bij wie de diagnose PPD is gesteld, door de huisarts of de GGZ, kunnen zich aanmelden bij een KOPP project. De aanmelding kan ook plaats vinden door de arts JGZ of de verpleegkundige JGZ.

KOPP staat voor 'Kinderen van ouders met psychiatrische problematiek'.

Binnen het KOPP-project zijn tal van activiteiten ontwikkeld, die ouders ondersteunen in hun rol als opvoeder.

Voor ouders met baby's is er de 'moeder-baby' interventie, namelijk 'Contact met je baby'.

Informatie voor ouder(s)/ verzorger(s) over ‘Contact met je baby’

Extra steun voor ouders psychische problemen en een baby tot 12 maanden.

Voor mensen met psychische problemen en hun partners bieden Mediant en Dimence ‘Contact met je baby’. In maximaal 10 huisbezoeken is er aandacht en tijd voor vragen over opvoeding, verzorging en de omgang tussen jou en je baby. Doel is telkens het verbeteren van het contact met je baby. Hierdoor zal niet alleen jouw zelfvertrouwen groeien, ook je baby zal zich steeds beter ontwikkelen.

Een moeder: ‘Na de bevalling was ik zo moe. Ik moest herstellen. Ik kon mijn kind er eenvoudig niet bij hebben...’

Een vader: ‘Voor vaders is het anders, dacht ik altijd. Maar dat is dus niet waar.’

Een moeder: ‘ik was opeens zelf moeder en ik kon alleen maar denken aan wat ik zelf als kind allemaal gemist had.’

Je hebt een kindje gekregen. Misschien kort geleden, misschien kennen jullie elkaar al weer een poosje. En, hoe is dat? Heeft het je leven erg veranderd? Had je je hierop voorbereid? Of is het allemaal anders dan je verwachtte. Is die roze wolk in geen velden of wegen te bekennen en vraag je je soms wel eens af hoe het verder moet?

Ondersteuning

Zelf zorgen voor je baby. Het leren begrijpen en er een band mee opbouwen. Voelen dat je het kunt! Allemaal zaken die belangrijk zijn voor de ontwikkeling van je kindje en de ontwikkeling van je gevoel als ouder.

Wat kun je doen als dat niet lukt? Als je het gevoel hebt dat je tekort schiet? Als je al zenuwachtig wordt bij de gedachte dat je baby straks weer gaat huilen. De afdelingen van **Mediant en Dimence** hebben oog voor jou en je baby. Zij bieden ondersteuning, geen therapie, in de eerste 12 maanden van jouw nieuwe leven samen met je baby.

Meer informatie te vinden: **www.mediant.nl** en **www.dimence.nl**

Bijlage 3: De functionele gezondheidspatronen van Gordon

1. “Gezondheidsbeleving en gezondheidsinstandhouding: omvat wat de cliënt van zijn gezondheid en welzijn vindt en hoe hij voor zijn gezondheid zorgt. Het gaat dus om de wijze waarop de cliënt zijn gezondheid beleeft en de relevantie daarvan voor zijn huidige en toekomstige activiteiten. Inbegrepen zijn ook de omgang met gezondheidsrisico's en het algehele gezondheidsgedrag, zoals activiteiten die de geestelijke en lichamelijke gezondheid bevorderen, het opvolgen van medische en verpleegkundige voorschriften en de medewerking aan nazorg.
2. Voeding en stofwisseling: omvat de opname van vocht en voedsel in verhouding tot de fysiologische behoeften, evenals de indicatoren van de plaatselijk aanwezige voedingsmiddelen. Inbegrepen zijn individuele eet- en drinkpatronen, de dagelijkse eettijden, soorten en hoeveelheden geconsumeerd vocht en voedsel, voorkeuren voor bepaalde voedingsmiddelen en het gebruik van voeding- en vitaminesupplementen. Ook borstvoeding en het voedingspatroon van zuigelingen behoren tot dit patroon. Verder vallen eventuele huiddefecten en het algemene vermogen tot genezing onder dit patroon, evenals de toestand van huid, haar, nagels, slijmvlies en gebit, en lichaamstemperatuur, lengte en gewicht.
3. Uitscheiding: omvat de uitscheidingsfunctie van darmen, blaas en huid. Inbegrepen zijn de subjectief beleefde regelmaat van de uitscheiding, eventueel gebruik (van) laxantia of andere middelen om de ontlasting op te wekken en eventuele veranderingen of problemen wat tijd, wijze, kwaliteit en/of kwantiteit van uitscheiding betreft. Ook eventuele hulpmiddelen (katheter plaswekker, stoma-artikelen) vallen onder dit patroon.
4. Activiteit: omvat het geheel van lichaamsbeweging, activiteiten, ontspanning, recreatie en vrijetijdsbesteding. Hieronder vallen alle activiteiten van het dagelijks leven (ADL) die energie kosten, zoals wassen, kleden, koken, boodschappen doen, eten, werken en het huishouden. Ook de soort, kwaliteit, en kwantiteit van lichaamsbeweging en regelmatig beoefende sport horen tot dit patroon. Eveneens inbegrepen zijn factoren die een belemmering vormen voor het gewenste of verwachte individuele patroon, zoals neuromusculaire functiestoornissen, benauwdheid, angina of spierkrampen bij inspanning. Tot slot maken de vrijetijdsbesteding en alle recreatieve activiteiten die de cliënt alleen of met anderen onderneemt, deel uit van dit patroon. De nadruk ligt op activiteiten die van groot

belang zijn voor de cliënt.

5. Slaap en rust: *omvat het patroon van perioden van slaap, rust en ontspanning, verspreid over het etmaal. Inbegrepen zijn ook de subjectieve beleving van de kwaliteit en kwantiteit van slaap en rust en de hoeveelheid energie, alsmede eventuele hulpmiddelen zoals slaapmiddelen of slaappillen of bepaalde gewoonten voor het slapengaan.*
6. Cognitie en waarneming: *omvat alle cognitieve functies of kenvermogens. Tot de cognitieve functies behoren onder andere waarnemen, informatie verwerken, leren, denken en problemen oplossen. Eveneens begrepen in dit patroon zijn de adequaatheid van zien, horen, proeven, voelen en ruiken en eventuele compensatiemechanismen of prothesen. Ook de pijnzin en omgang met pijn vallen onder dit patroon, alsmede het taalvermogen, geheugen, oordeelsvorming en de besluitvorming.*
7. Zelfbeleving: *dit patroon betreft de wijze waarop iemand zichzelf ziet. Het gaat om de ideeën over de eigen persoon, de beleving van de eigen vaardigheden (cognitief, affectief of lichamelijk), het zelfbeeld, de identiteit, het gevoel van eigenwaarde en het algehele patroon van emoties. Ook de lichaamshouding, motoriek oogcontact, stem en spraak maken deel uit van dit patroon.*
8. Rol en relatie: *omvat de belangrijkste rollen en verantwoordelijkheden van de cliënt in zijn huidige levenssituatie en zijn familie-, gezins-, werk- en sociale relaties met de bijbehorende verantwoordelijkheden. Verder horen ook de subjectieve beleving van de rollen en relaties, de tevredenheid van de cliënt ermee en eventuele verstoringen tot het patroon.*
9. Seksualiteit en voortplanting: *omvat de seksuele relaties, seksualiteitsbeleving en het voortplantingspatroon, alsmede de mate van (on)tevredenheid hiermee en de eventuele subjectief ervaren problemen. Bij de vrouw zijn ook de vruchtbaarheid, maturiteitsfase (premenopauze, overgang, postmenopauze) en eventuele subjectief ervaren problemen van belang.*
10. Coping en stresstolerantie: *omvat de wijze waarop iemand met problemen en stress omspringt. Inbegrepen zijn de reserve, de draagkracht of het vermogen persoonlijke crises te doorstaan, coping mechanismen, steun van familie of anderen (mantelzorg) en het subjectief ervaren vermogen om macht over de situatie uit te oefenen.*
11. Waarden en levensovertuiging: *omvat de waarden, normen, doelstellingen en overtuigingen (ook spirituele) waarop iemand zijn keuzen en beslissingen baseert. Inbegrepen zijn dus wat iemand belangrijk acht in het leven, en eventuele subjectief ervaren conflicten tussen bepaalde waarden, overtuigingen of verwachtingen ten aanzien van de gezondheid". (Eliens & van Zelm, 2011, p. 22-24)*

Bijlage 4: De competenties van de jeugdverpleegkundige²

Zorg en preventie	<i>Zorgverlener</i>	1. Om tijdig risico's voor een niet normaal verlopende groei en ontwikkeling van het kind te signaleren, analyseert de jeugdverpleegkundige systematisch factoren die van invloed zijn op de groei en de ontwikkeling van het kind. 2. Om het inzicht en de eigen mogelijkheden van ouder(s)/ verzorger(s) voor het gezond opgroeien van hun kind(eren) te vergroten, gaat de jeugdverpleegkundige uit van een professionele analyse en geeft zij op een methodisch verantwoorde wijze individueel advies, instructie, voorlichting en begeleiding. 3. Om het inzicht en de eigen mogelijkheden van ouder(s)/ verzorger(s) voor het gezond opgroeien van hun kind(eren) te vergroten, geeft de jeugdverpleegkundige op een methodisch verantwoorde wijze groepsvoorlichting. 4. Om de kans op infectieziekten bij kinderen in de wijk te verkleinen, zorgt de jeugdverpleegkundige voor een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad.
	<i>Regisseur</i>	5. Om ervoor te zorgen dat een kind met extra gezondheids- en/of opvoedingsrisico's zo gezond mogelijk opgroeit, stelt de jeugdverpleegkundige een integraal zorgplan op, biedt zij verpleegkundige professionele zorg, coördineert zij de zorg en bewaakt zij het realiseren van integrale doelen. 6. Om tijdig actuele of potentiële gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren te kunnen signaleren en beïnvloeden, participeert de jeugdverpleegkundige in samenwerkingsverbanden op wijk- en buurtniveau en levert zij een bijdrage aan het voorkomen en/of verminderen van deze factoren.

² Straalen van, L., Meerveld, J., & Mast, J. (2004). *Competentiebeschrijvingen voor jeugdverpleegkundigen in de thuiszorg; module bij het handboek 'In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg'*. Meppel: Krips.

Organisatie van zorg	<i>Ontwerper</i>	7. Om ervoor te zorgen dat het voorlichtingsaanbod in de jeugdgezondheidszorg actueel en passend is, werkt de jeugdverpleegkundige mee aan ontwikkeling, implementatie en evaluatie van voorlichtingsprogramma's en/ of –methodieken. 8. Om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening te bevorderen, levert de jeugdverpleegkundige een bijdrage aan de ontwikkeling en invoering van protocollen, procedures en kwaliteitscriteria.
	<i>Coach</i>	9. Om stagiaires en collega's in de jeugdgezondheidszorg te steunen bij hun beroep en groei en ontwikkeling hierin, staat de jeugdverpleegkundige hen als coach ter zijde.
Beroep	<i>Beroeps-beoefenaar</i>	10. Om kwalitatief verantwoorde zorg te bieden, functioneert de jeugdverpleegkundige actief als lid van een organisatie en van een team. 11. Om het vak van jeugdverpleegkundige te ontwikkelen tot een beroep dat aansluit op de eisen van de eenentwintigste eeuw, vervult de jeugdverpleegkundige een actieve rol in de vernieuwing van het beroep en het bevorderen van het beroepsbewustzijn bij haarzelf en haar collega's. 12. Om de zorgverlening te laten voldoen aan de eisen die gesteld mogen worden aan een hbo-opgeleide jeugdverpleegkundige, integreert de jeugdverpleegkundige professionele waarden, maatschappelijke waarden en medische en verpleegtechnische vaardigheden in de uitoefening van haar beroep.

Bijlage 5: Het interview

Introductievragen

1. Wat is uw naam, hoe lang werkt u al als verpleegkundige en hoeveel huisbezoeken heeft u het afgelopen jaar ongeveer afgelegd naar aanleiding van een (enigszins) verhoogde score uit de screening op postpartum depressie? (Zo niet, vragen naar sinds de invoering van de screening)

Vorbereidingsfase HB

2. In welke mate bereid je het huisbezoek voor? (Schaal 1-10 bv. overleg met/overdracht van jeugdarts, doornemen dossier, overleg met collega, etc.)
3. Bedenk je van tevoren een plan voor hoe je het gaat aanpakken? Zoja, hoe ziet dit plan er uit? (Schaal 1-10)

Inleidende fase HB

4. Kun je mij vertellen hoe het laatste huisbezoek dat je hebt afgelegd precies ging?
5. Als je terugkijkt naar het huisbezoek, zijn daar dan verschillende fasen in te onderscheiden of is dit niet duidelijk het geval? (Ja/nee + toelichting)
6. Hoe verzamel je gegevens? (Vragen stellen, observeren, ...)
7. Kun je vertellen waar je allemaal naar vraagt? (Het verhaal, de voorkeuren, zorgen, verwachtingen en de gezondheidstoestand met bijbehorende factoren van de cliënt, ondersteunend netwerk)
8. Kun je vertellen waar je allemaal op let in een huisbezoek (Omgang met kind, partner, ...)
9. Op welke specifieke symptomen van postpartum depressie let je op in het huisbezoek?
10. Gebruik je speciale communicatietechnieken? (...)
11. Wanneer en hoe noteer je de verzamelde gegevens? (Direct of later, volgens bepaalde systematiek of hulpmiddel)

Diagnostische fase HB

12. Hoe kom je tot een verpleegkundige diagnose? (In dit geval wordt de term diagnose breed opgevat, namelijk zowel het gezondheidsprobleem als de reactie hierop)
13. Betrek je de cliënt en haar directe omgeving hierbij? (Cliënt ja/nee, omgeving ja/nee). Zo ja, waarom, en hoe doe je dat? Zo nee, waarom niet?

Planningsfase HB

14. Hoe rond je het huisbezoek af?
15. Wat spreek je af met de cliënt en wat zijn de vervolgstappen?
16. Betrek je de cliënt en haar directe omgeving hierbij? Zo ja, waarom, en hoe doe je dat? Zo nee, waarom niet?

Evaluatiefase

17. Is evaluatie een onderdeel van het huisbezoek?

Belemmeringen

18. Tegen welke moeilijkheden loop je aan tijdens deze huisbezoeken? (Schaal 1-10 per belemmering navragen)
 - a. Ingewikkeldheid van het thema?
 - b. Kennisgebrek verpleegkundige?
 - c. Vaardigheden gebrek verpleegkundige?
 - d. Moeilijkheden in de communicatie over dit thema?
 - e. Gebrek aan hulpmiddelen?
 - f. Onduidelijkheid over vervolgstappen?
 - g. Tijdgebrek?
 - h. Problemen reactie/ medewerking cliënt?

Afsluitingsvraag

19. Wat is volgens jullie het belang van huisbezoeken afleggen naar aanleiding van een enigszins verhoogde score uit de screening op postpartum depressie?

Bijlage 6: De interviewvragen in schema met criteria voor codering

Introductievragen		Subcategorie
1. 2 minuten	Wat is uw naam, hoe lang werkt u al als verpleegkundige en hoeveel huisbezoeken heeft u het afgelopen jaar ongeveer afgelegd naar aanleiding van een (enigszins) verhoogde score uit de screening op postpartum depressie?	<i>Werkervaring als verpleegkundige</i>
		<i>Ervaring met het huisbezoek naar aanleiding van de EPDSI-10</i>
Vorbereidingsfase HB		
2. 3 minuten	In welke mate bereid je het huisbezoek voor? (bv. overleg met jeugdarts, doornemen dossier, overleg met collega, etc.)	<i>Gegevensverzameling</i>
3. 3 minuten	Bedenk je van tevoren een plan voor hoe je het gaat aanpakken?	<i>Planmatig werken</i>
Inleidende fase HB		
4. 8 minuten	Kun je mij vertellen hoe het laatste huisbezoek dat je hebt afgelegd precies ging?	<i>Gegevensverzameling</i>
5. 8 minuten	Als je terugkijkt naar het huisbezoek, zijn daar dan verschillende fasen in te onderscheiden of is dit niet duidelijk het geval? (Ja/ nee + toelichting)	<i>Planmatig werken</i>
6. 3 minuten	Hoe verzamel je gegevens? (Vragen stellen, observeren, ...)	<i>Gegevensverzameling</i>

7. 3 minuten	Kun je vertellen waar je allemaal naar vraagt? (Het verhaal, de voorkeuren, zorgen, verwachtingen en de gezondheidstoestand met bijbehorende factoren van de cliënt, ondersteunend netwerk)	<i>Gegevensverzameling (Kennis)</i>
8. 3 minuten	Kun je vertellen waar je allemaal op let (omgang met kind, partner, ...)	<i>Gegevensverzameling (Kennis)</i>
9. 2 minuten	Op welke specifieke symptomen van postpartum depressie let je op in het huisbezoek?	<i>Kennis</i>
10. 2 minuten	Gebruik je speciale communicatietechnieken? (...)	<i>Vaardigheden</i>
11. 4 minuten	Wanneer en hoe noteer je de verzamelde gegevens? (Direct of later, volgens bepaalde systematiek of hulpmiddel)	<i>Registratie en ordening</i>
Diagnostische fase HB		
12. 5 minuten	Hoe kom je tot een verpleegkundige diagnose?	<i>Zorgvraag vaststellen Actie</i>
13. 3 minuten	Betrek je de cliënt en haar directe omgeving hierbij? (Cliënt ja/nee, omgeving ja/nee). Zo ja, waarom en hoe doe je dat? Zo nee, waarom niet?	<i>Clientgericht werken</i>
Planningsfase fase HB		
14. 3 minuten	Hoe rond je het huisbezoek af?	<i>Evaluatie</i>
15. 3 minuten	Wat spreek je af met de cliënt en wat zijn de vervolgstappen?	<i>Actie</i>
16. 3 minuten	Betrek je de cliënt en haar directe omgeving hierbij? Zo ja, waarom en hoe doe je dat? Zo nee, waarom niet?	<i>Clientgericht werken</i>

Evaluatie fase HB		
17. 2 minuten	Is evaluatie een onderdeel van het huisbezoek?	<i>Evaluatie</i>
Belemmeringen		
18. 6 minuten	Tegen welke moeilijkheden loop je aan tijdens deze huisbezoeken? a) Ingewikkeldheid van het thema? b) Kennisgebrek VP? c) Vaardigheden gebrek VP? d) Moeilijkheden in de communicatie over dit thema? e) Gebrek aan hulpmiddelen? f) Onduidelijkheid over vervolgstappen? g) Tijdgebrek? h) Problemen reactie / medewerking cliënt?	Gevoel van competentie Gevoel van competentie Gevoel van competentie Gevoel van competentie Registratie en ordening Gevoel van competentie Tijdsduur Gevoel van competentie
Afsluitingsvraag		
19. 2 minuten	Wat is volgens jullie het belang van huisbezoeken afleggen naar aanleiding van een enigszins verhoogde score uit de screening op postpartum depressie?	<i>Waardering huisbezoeken</i>

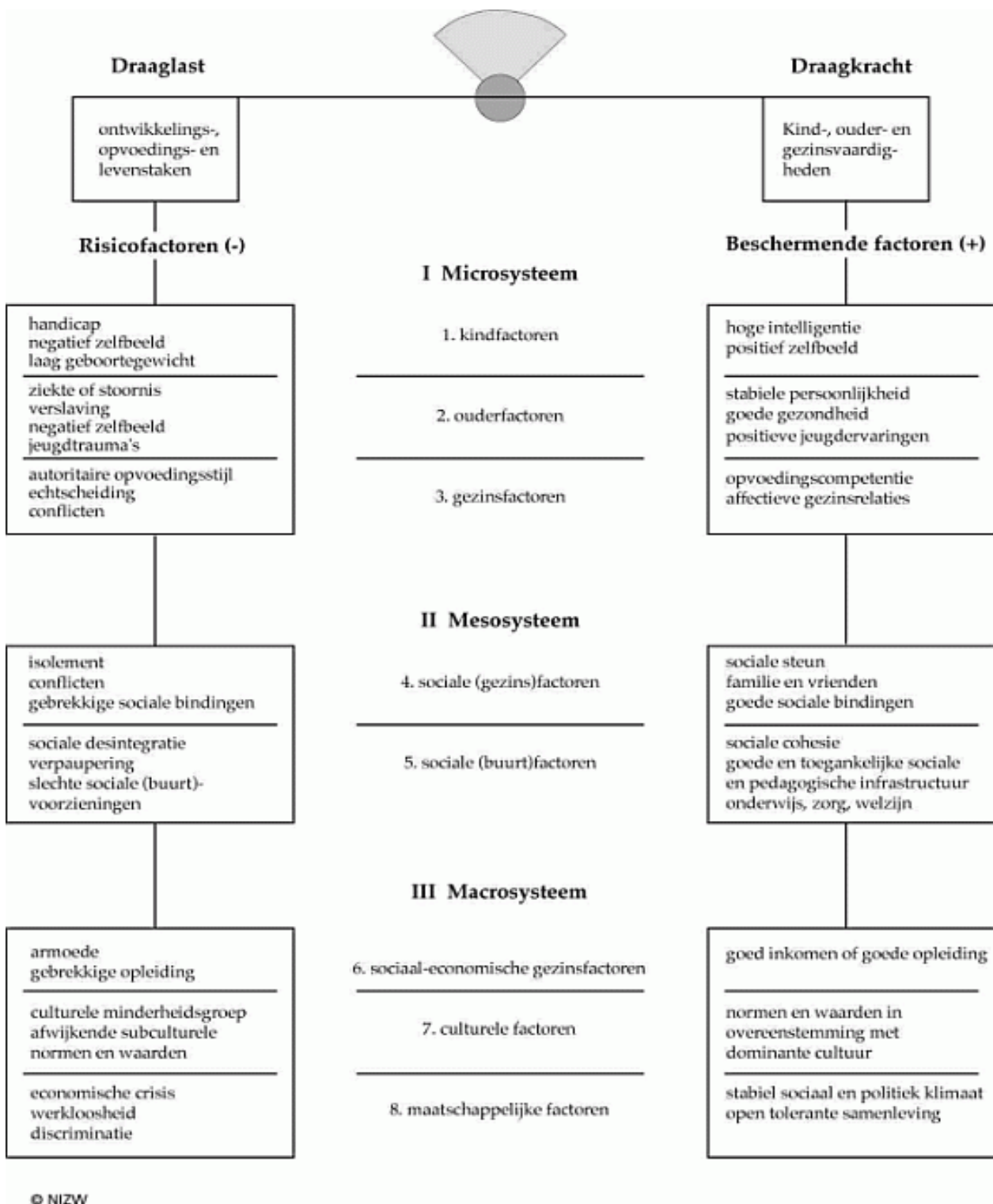
Bijlage 7: Uitwerking zeven fundamentele principes³

1. Holistisch: Een opmerkelijk vondst was dat de focus van de zorgprofessional voornamelijk ligt bij de volwassene en niet bij het kind. De gedachtegang hierachter is dat problemen bij de moeder automatisch effect hebben op het kind en dat dit voorkomen moet worden.
2. Meerdere factoren van invloed → complex proces: Een uitkomst van het onderzoek van Appleton & Cowley (2008) was dat de zorgprofessionals aangaven dat hun handelen in de huisbezoeken een complex proces is omdat meerdere factoren een rol spelen in het identificeren van de zorgvraag. Ook moeten de zorgprofessionals een uitgebreid scala aan kennis en vaardigheden bezitten.
3. Voortdurend in beweging: Verschillende zorgprofessionals gaven in de interviews aan dat de uitkomsten van één huisbezoek niet altijd even betrouwbaar zijn. Het is belangrijk om een vertrouwensband met de cliënt te kunnen opbouwen en dit levert ook weer andere percepties over de gezondheidsstatus op. Ook cliënten gaven aan dat ze pas meer informatie durfden te delen met de zorgprofessionals als ze elkaar langer kenden. Echter, er is maar weinig tijd in de zorg beschikbaar.
4. Moeilijk te formuleren voor zorgprofessionals: Er wordt niet vaak aan de zorgprofessionals gevraagd om het verpleegkundig handelen in detail toe te lichten. Velen geven aan dat bepaalde aspecten van het proces automatisch gaan en dat ‘het’ in hun zit. Ondanks dat zorgprofessionals het moeilijk vinden om hun handelen uit te leggen, geven ze wel het belang aan van het duidelijk formuleren van de stappen in het identificeren van de zorgvraag. De focus in het verpleegkundig handelen ligt namelijk steeds meer bij evidence-based practice.
5. Proces wordt beïnvloed door persoonlijke waarden van zorgprofessionals: Naast het beïnvloed worden door persoonlijke waarden van de zorgprofessional benoemen de zorgprofessionals ook dat ze rekening moeten houden met de opvattingen, levensstijlen en waarden van de cliënt die kunnen verschillen van hun eigen. Daarnaast gaven de zorgprofessionals aan dat ze bewust zijn van het gevaar van te snelle beoordelingen maken van cliënten.

³ Appleton, J.V., Cowley, S. (2008). Health visiting assessment—unpacking critical attributes in health visitor needs assessment practice: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (2), 232-245.

6. Alle cliënten kunnen onvervulde behoeftes hebben: Er heerste overeenstemming in de meningen van de zorgprofessionals dat alle cliënten potentieel een zorgvraag kunnen hebben, zelfs degenen waarvan je het niet zou verwachten (bijv. welgestelde families).
7. Prioritering: Appleton & Cowley (2008) onderscheiden drie niveaus van prioritering. Het eerste niveau bevat een meer generale benadering; de preventieve setting moet het bevorderen en in de gaten houden van jonge families als prioriteit hebben. Het tweede niveau bevat een meer 'regionaal/lokaal' niveau waarbij de zorgprofessional in de dagelijkse zorgverlening prioriteit geeft aan families die op dat moment de meeste behoefte hebben aan contact met de zorgprofessional. Het derde niveau beschrijft meer hoe de verdere zorgverlening vorm moet krijgen, wanneer er eenmaal een beeld is geschetst van de gezondheidsstatus van de cliënt.

Bijlage 8: Het Balansmodel van Bakker⁴



⁴ Bakker, I., Bakker, C., Van Dijke, A., & Terpstra, L. (1998). *O&O in perspectief*. Utrecht: NIZW.

