

Mijn cliënt is



wat nu?



Afstudeeronderzoek van:

Afstudeerbegeleider CHE:

Afstudeerbegeleider de Driestroom:

Datum:

Copyright:

Nienke den Boer (061098)

Janneke Verwolf (070117)

Carine Rozeveld-Aalbers

Bas van Diggelen

10-06-2011

Christelijke Hogeschool Ede

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Inhoud

Samenvatting	4
Voorwoord	5
3. Inleiding op het onderzoek	6
3.1. Aanleiding en motivatie voor dit onderzoek	6
3.2. Probleemstelling	6
3.3. Doelstelling en vraagstelling	7
3.4. Relevantie	8
4. Methode beschrijving.....	9
4.1. Methode	9
4.2. Respondenten.....	9
4.3. Overzicht meetinstrumenten	10
4.4. Procedure	10
5. Resultaten literatuuronderzoek	12
5.1. Doelgroep omschrijving	12
5.2. Lichamelijke en emotionele verandering bij zwangerschap	18
5.3. Factoren	20
5.3.1. Beschermende factoren	21
5.3.2. Risicofactoren.....	22
5.4. Ondervangen van beschermende en risicofactoren	22
5.5. Begeleidingswijze	23
Conclusie op het literatuuronderzoek	28
6. Resultaten praktijkonderzoek	30
6.1. Zwangerschapsbeleving cliënten	30
6.1.1. Beleving van de zwangerschap door cliënten	30
6.1.2. Beleving zwangerschap volgens medewerkers	31
6.1.3. Kennis van cliënten	32
6.2. Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom	33
6.2.1. Hulp die genoemd wordt door cliënten	33
6.2.2. Wat cliënten zeggen over begeleiding die ze ontvangen.....	33
6.3. Netwerk.....	35
6.3.1. Familie volgens cliënten	35
6.3.2. Reacties naaste betrokkenen van cliënten op zwangerschap	36
6.3.3. Familie volgens medewerkers	36
6.3.4. Netwerk buiten de familie volgens medewerkers	37
6.3.5. Partner volgens medewerkers.....	37
6.4. Factoren	38
6.4.1. Wonen	38
6.4.2. Financiën/werk	39
6.4.3. Cliëntfactoren.....	40
6.4.4. Houding van cliënten	41
6.5. Mening medewerkers over de begeleiding	42
6.5.1. Wat medewerkers nu doen	42
6.5.2. Houding van medewerkers naar cliënten toe.....	43
6.5.3. Aspecten van de manier van werken van medewerkers	45

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

6.5.4.	Belangen van medewerkers.....	46
6.5.5.	Cliënt over AMK.....	47
6.5.6.	Medewerkers over AMK	47
6.5.7.	Ideeën van medewerkers.....	48
	Conclusie op het praktijkonderzoek	50
7.	Conclusie	53
8.	Aanbevelingen	56
9.	Discussie	58
10.	Bibliografie.....	60
11.	Bijlagen	62
	Bijlage 1 Relatie met de Creatieve Professional	62
	Bijlage 2 Interview vragen.....	63
	Bijlage 3 Kernlabel definiëring	64
	Bijlage 4 Praktische zaken die komen kijken bij een zwangerschap.....	66
	Bijlage 5 Lichamelijke veranderingen tijdens een zwangerschap	67
	Bijlage 6 Procesverslag.....	68
	Bijlage 7 Achtergrondinformatie de Driestroom.....	73

Samenvatting

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag hoe medewerkers van de Driestroom, een organisatie die ondersteuning en begeleiding biedt aan volwassenen met een beperking en kinderen met een ontwikkelingsachterstand, aan kunnen sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Door de veranderde maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke beperking wonen mensen met een lichte verstandelijke beperking steeds vaker zelfstandig. Integratie wordt de afgelopen jaren steeds meer aangemoedigd door de overheid. Mensen met een lichte verstandelijke beperking leven dus steeds vaker hetzelfde leven als mensen zonder een verstandelijke beperking. Echter, mensen met een lichte verstandelijke beperking kunnen door hun beperking niet volledig zelfstandig functioneren in de maatschappij. Doordat mensen met een lichte verstandelijke beperking midden in de samenleving staan worden ze regelmatig geconfronteerd met burens, familie etc. die kinderen hebben. Door het zien van de gezinssituatie van anderen kan het verlangen ontstaan om zelf ook kinderen te krijgen. Dit heeft tot gevolg dat er steeds meer vrouwen met een lichte verstandelijke beperking zwanger worden. Dat er zorgen zijn over het slagen van de opvoeding van een kind bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking blijkt uit de media en de politiek. Zij besteden vooral aandacht aan de wenselijkheid van deze zwangerschappen. De wenselijkheid van deze zwangerschappen laten we in dit onderzoek buiten beeld. Uit de vraag van de Driestroom blijkt dat zij willen aansluiten bij de zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking die er nu binnen de organisatie zijn. Het spreekt ons aan dat de Driestroom op zoek is naar manieren om cliënten ondersteuning te bieden zodat de zwangerschap en het uiteindelijke ouderschap succesvol verlopen.

De vraag hoe medewerkers van de Driestroom aan kunnen sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is vierledig. De vier belangrijkste facetten van dit onderzoek zijn: het hebben van een lichte verstandelijke beperking, zwanger zijn, ondersteuningswensen en aansluitingsmogelijkheden. Dit onderzoek is opgebouwd uit een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Voor het praktijkonderzoek hebben we kwalitatieve interviews afgenomen bij cliënten en medewerkers van de Driestroom. Om aan te sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het allereerst belangrijk om aan te sluiten bij de verstandelijke beperking. Dit kan door rekening te houden met het beperkte adaptief en abstract denkvermogen van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hier kan rekening mee worden gehouden door het concreet-aanschouwelijk maken van situaties. Vrouwen met een lichte verstandelijke beperking beleven hun zwangerschap anders. Vooral de emotionele veranderingen kunnen moeilijk te plaatsen zijn door een disharmonisch ontwikkelingsprofiel. Hierbij kan het concreet-aanschouwelijk maken van wat er gebeurt tijdens een zwangerschap rust geven. Uit dit onderzoek is gebleken dat zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking weinig ondersteuningswensen noemen. Dit kan komen doordat cliënten vooral met het hier en nu bezig zijn. Medewerkers maken zich daarentegen wel veel zorgen. Zij voelen de verantwoording om de cliënt voor te bereiden op het ouderschap. Om er voor de cliënt te kunnen zijn tijdens een zwangerschap is het belangrijk dat er voor medewerkers duidelijkheid komt over een eventuele melding bij het AMK en over het contact met andere instanties. Deze duidelijkheid creëert ruimte om aan te blijven sluiten bij de cliënt. Deze ruimte ontstaat doordat de medewerker open kan zijn naar de cliënt toe. Tegelijkertijd wordt hiermee een loyaliteitsconflict bij de medewerker voorkomen. Er is gebleken dat bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking veel risicofactoren aanwezig zijn. Deze risicofactoren kunnen het succesvolle verloop van de zwangerschap beïnvloeden. Door de beschermende en risicofactoren in beeld te brengen zien zij waar de risicofactoren ondervangen kunnen worden.

Voorwoord

Ede, mei 2011

Voor u ligt het afstudeeronderzoek dat wij gemaakt hebben ter afronding van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede. We hebben dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Driestroom. We hebben ons hierbij gericht op de sector Begeleid Zelfstandig Wonen, kortweg BZW. Ons onderzoek richt zich op de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. De hoofdvraag van ons onderzoek luidt als volgt:

Op welke wijze kunnen medewerkers van de Driestroom aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking?

In dit onderzoek leest u het antwoord op bovenstaande vraag. Dit antwoord is tot stand gekomen door middel van een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. We hebben het werken aan dit onderzoek als leerzaam ervaren. Vooral de gesprekken met cliënten en medewerkers waren voor ons zeer interessant.

We willen een aantal mensen bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Ten eerste willen we onze dankbaarheid uiten richting Bas van Diggelen, orthopedagoog binnen de Driestroom, tevens onze opdrachtgever. We bedanken hem voor zijn begeleiding en ondersteuning tijdens dit onderzoek.

Speciale dank gaat uit naar de medewerkers en cliënten van de Driestroom die wij hebben mogen interviewen. De vele interessante gesprekken die wij hebben mogen voeren hebben een grote input voor ons onderzoek geleverd.

Ten slotte willen we Carine Rozeveld-Aalbers heel hartelijk bedanken. Haar positieve insteek en kritisch opbouwende feedback zijn onmisbaar geweest voor ons.

Nienke den Boer

Janneke Verwolf

3. Inleiding op het onderzoek

In dit hoofdstuk geven we eerst weer wat de aanleiding en motivatie voor dit onderzoek is. Vervolgens brengen we de probleemstelling in beeld, gevolgd door de doelstelling en vraagstelling van dit onderzoek. Tot slot geven we de praktische en theoretische relevantie van dit onderzoek weer.

3.1. Aanleiding en motivatie voor dit onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek is een vraag van de Driestroom. De Driestroom is een organisatie die ondersteuning en begeleiding biedt aan volwassenen met een beperking en kinderen met een ontwikkelingsachterstand. Verdere informatie over de Driestroom staat in bijlage 7. Bas van Diggelen is orthopedagoog binnen de Driestroom en hij is onze opdrachtgever namens deze organisatie. In een gesprek met Bas van Diggelen kwam de vraag naar voren om de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking in beeld te brengen. In dit gesprek kwam naar voren dat er eventueel een spanningsveld zou zijn tussen de wensen van cliënten en de gesignaleerde behoeften van de medewerkers. De opdrachtgever gaf aan dat men binnen de instelling zoekende is naar een passende manier om met deze doelgroep om te gaan. Er was bijvoorbeeld binnen de instelling wel veel informatie over ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Echter over de fase voorafgaand aan het ouderschap, de zwangerschap, is weinig bekend.

Dit onderzoek sprak ons persoonlijk ook erg aan, om een aantal redenen. We hebben allebei voor onze opleiding SPH de minor Gehandicaptenzorg gevolgd. Daarnaast hebben we ook allebei de jaarstage gelopen op een woongroep voor mensen met een verstandelijke beperking. Om die reden zijn wij bijzonder enthousiast over de doelgroep van dit onderzoek, namelijk zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Het viel ons op dat er veel aandacht is voor de *wenselijkheid* van ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In de politiek en in de media is hier aandacht aan besteed, waarbij de nadruk lag op het onvermogen van mensen met een verstandelijke beperking om een kind op te voeden. Dit onderzoek gaat niet in op de wenselijkheid van ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, maar wil aansluiting zoeken bij deze doelgroep. Het doel van deze aansluiting is het zo optimaal mogelijk ondersteunen van de cliënt tijdens de zwangerschap en bij het aanstaand ouderschap. Hierdoor gaat men niet meer uit van de onmogelijkheden van mensen met een verstandelijke beperking, maar van de mogelijkheden. Als beginnend professional willen wij hier graag een bijdrage aan leveren. Ons onderzoek is gerelateerd aan het opleidingsprofiel van de SPH. In bijlage 1 geven we een beschrijving van deze relatie.

Dus de aanleiding voor dit onderzoek komt voort uit een vraag van de Driestroom alsmede uit onze eigen belangstelling voor de doelgroep en onze wens om een bijdrage te kunnen leveren aan het verbeteren van de hulpverlening.

3.2. Probleemstelling

De probleemstelling van dit onderzoek is dat er weinig tot geen informatie over de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is. Binnen de Driestroom is onduidelijkheid over deze ondersteuningswensen en de door medewerkers gesignaleerde ondersteuningsbehoeften.

Doordat er weinig bekend is over ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking wordt het voor begeleiders van de Driestroom moeilijker om aan te kunnen sluiten bij hun cliënten. Dat er weinig bekend is over ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke blijkt uit de vraag van de Driestroom en uit het feit dat er in de literatuur weinig over deze wensen te vinden is. De doelgroep van dit onderzoek is relatief nieuw, hierdoor is weinig bekend over deze ondersteuningswensen. Daarnaast ligt de nadruk in de literatuur voornamelijk op de wenselijkheid van ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en op de vraag of mensen met een lichte verstandelijke beperking in staat zijn tot goed genoeg ouderschap. Doordat men zich hierop richt wordt er voorbijgegaan aan de kansen die er zijn om mensen met een lichte verstandelijke beperking te ondersteunen tijdens de zwangerschap en voor te bereiden op het aanstaande ouderschap.

3.3. Doelstelling en vraagstelling

De doelstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Na afronding van dit onderzoek is er een (advies/stappenplan/aanbeveling) waarin beschreven staat hoe de begeleiding van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking kan aansluiten bij de ondersteuningswensen van deze vrouwen.

Om de doelstelling van dit onderzoek te behalen hebben we een hoofdvraag voor ons onderzoek opgesteld. De hoofdvraag van ons onderzoek luidt als volgt:

Op welke wijze kunnen medewerkers van de Driestroom aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking?

Om de bovenstaande hoofdvraag te beantwoorden hebben we een aantal deelvragen opgesteld. Deze deelvragen richten zich telkens op een specifiek onderdeel van onze hoofdvraag, waardoor we geleidelijk aan steeds meer tot beantwoording van onze hoofdvraag komen. De deelvragen die we geformuleerd hebben zijn de volgende:

Deelvraag 1: Waaruit bestaat de ondersteuning aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking binnen de Driestroom op dit moment?

Deelvraag 2: Wat betekent het voor vrouwen met een lichte verstandelijke beperking om zwanger te zijn en welke invloed heeft zwangerschap en (aanstaaend) ouderschap op het welzijn van deze vrouwen?

Deelvraag 3: Welke ondersteuningswensen hebben zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking?

Deelvraag 4: Welke ondersteuningsbehoefte signaleren medewerkers van de Driestroom?

Deelvraag 5: Hoe kan de begeleiding van de Driestroom omgaan met beschermende en risicofactoren in de hulpverlening aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking?

Hieronder beschrijven we hoe dit verslag is opgebouwd.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag hebben we zowel literatuur als praktijkonderzoek gedaan. In hoofdstuk 4 beschrijven we de methode die we gehanteerd hebben om dit onderzoek uit te voeren. Daarbij beschrijven we eveneens de respondenten en de meetinstrumenten. Tot slot beschrijven we de gevolgde procedure. In hoofdstuk 5 beschrijven we de resultaten van het literatuuronderzoek. Dit hoofdstuk bestaat uit de volgende paragrafen: Doelgroepomschrijving, Lichamelijke en emotionele veranderingen bij zwangerschap, Factoren, Ondervangen van beschermende en risicofactoren en ten slotte Begeleidingswijze. We geven eerst een beschrijving van de doelgroep mensen met een lichte verstandelijke beperking. We beschrijven de ontwikkeling van de maatschappelijke positie van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Vervolgens geven we een definitie van een lichte verstandelijke beperking. Hierna beschrijven we de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking. In de volgende paragraaf beschrijven we de lichamelijke en emotionele veranderingen die plaatsvinden tijdens een zwangerschap en de invloed van deze veranderingen op mensen met een lichte verstandelijke beperking. In de paragraaf Factoren beschrijven we de beschermende en risicofactoren die invloed kunnen hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Daarna beschrijven we hoe deze factoren door de begeleiding ondervangen kunnen worden. In de laatste paragraaf beschrijven we een begeleidingswijze die aansluit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hierbij beschrijven we een viertal methodieken die passend zijn bij de coachende begeleidingswijze. We sluiten hoofdstuk 5 af met de conclusies. In hoofdstuk 6 beschrijven we de resultaten van het praktijkonderzoek. Dit hoofdstuk bestaat uit de volgende paragrafen: Zwangerschapsbeleving cliënten, Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom, Netwerk, Factoren en Mening medewerkers over de begeleiding. We beschrijven eerst de

zwangerschapsbeleving van cliënten volgens cliënten *en* medewerkers. Vervolgens beschrijven in de volgende paragraaf de hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom en hun mening over die hulp. In de paragraaf Netwerk beschrijven we de invloed van het netwerk van cliënten op het verloop van de zwangerschap. De volgende paragraaf, Factoren, geeft weer welke andere factoren van invloed zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. In de laatste paragraaf beschrijven we wat medewerkers vinden van hun werk en aspecten die het werken met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking beïnvloeden. We sluiten dit hoofdstuk af met een conclusie op het praktijkonderzoek. In hoofdstuk 7 geven we antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. In hoofdstuk 8 doen we aanbevelingen richting medewerkers en de organisatie van de Driestroom. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de conclusies. Tenslotte beschrijven we in hoofdstuk 9 de sterke en minder sterke kanten van dit onderzoek.

3.4. Relevantie

Dit onderzoek heeft zowel theoretische als praktische relevantie. De theoretische relevantie van dit onderzoek is dat dit onderzoek een bijdrage levert aan de kennis m.b.t. ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Zoals in de probleemstelling staat beschreven, is er weinig literatuur beschikbaar waarin de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking staan beschreven. Ook hebben we geen literatuur gevonden waarin staat beschreven wat de gevolgen van een zwangerschap zijn voor vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Er zijn twee redenen waarom dit onderzoek praktische relevantie heeft. Ten eerste is het belangrijk voor zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Door dit onderzoek kan er eventueel meer tegemoet gekomen worden aan hun ondersteuningswensen. Ten tweede heeft de Driestroom baat bij dit onderzoek. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg die de Driestroom biedt. We zien dat deze doelgroep groeit, omdat steeds meer mensen met een verstandelijke beperking zelfstandig gaan wonen. De overheid heeft de wens dat mensen met een verstandelijke beperking meer in de maatschappij komen te staan. Tegelijkertijd is er steeds minder geld beschikbaar voor deze doelgroep. Doordat er minder geld beschikbaar is, krijgen mensen met een lichte verstandelijke beperking ook minder begeleiding, terwijl deze begeleiding juist tijdens een zwangerschap nodig kan zijn. Omdat er steeds minder tijd is, is het extra belangrijk om in die korte tijd goed aan te sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Om die reden is het nodig om de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking in beeld te krijgen.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de methode die we gehanteerd hebben om dit onderzoek uit te voeren.

4. Methode beschrijving

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst welke methode we gebruikt hebben om antwoord te geven op onze onderzoeksvraag. Vervolgens geven we weer wie onze respondenten zijn en hoe we tot deze respondenten zijn gekomen. Daarna geven we een overzicht van de meetinstrumenten en we sluiten af met de procedure van het literatuuronderzoek en de interviews.

4.1. Methode

We hebben een tweetal methodes gehanteerd om dit onderzoek uit te voeren: literatuuronderzoek en een kwalitatieve survey door middel van interviews. We zijn gestart met het literatuuronderzoek. Dit hebben we gedaan om ons onderzoek te verankeren in bestaande theorieën. We hebben ons in het literatuuronderzoek gericht op de doelgroep mensen met een lichte verstandelijke beperking. Daarnaast zijn we ingegaan op zwangerschap en de daarbij behorende veranderingen. Ook hebben we gekeken naar welke theorieën en methodieken er zijn in de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking. Na de theoretische verdieping zijn we begonnen met de kwalitatieve survey. Er zijn een aantal methodes om praktijkonderzoek uit te voeren. Wij hebben gekozen voor een kwalitatieve survey, en dan specifiek het houden van interviews. Een kwalitatieve survey gaat uit van een richtinggevende en open vraagstelling. Er wordt uitvoerig ingegaan op gebeurtenissen, opvattingen en ideeën die er onder de doelgroep leven (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009, p. 128). Bij een kwalitatieve survey zijn er twee manieren om aan data te komen, namelijk interviews en observatie. We hebben de voorkeur gegeven aan het afnemen van interviews boven het doen van observaties. Het doen van observaties was niet wenselijk, omdat de doelgroep van ons onderzoek zich binnen de Begeleid Zelfstandig Wonen sector bevindt. Observeren zou dan betekenen dat we regelmatig bij de cliënten thuis zouden zijn. Dit wilden we niet omdat we teveel inbreuk zouden doen op de privacy van cliënten en werknemers. Een andere reden om de voorkeur te geven aan interviews was dat we op deze manier konden doorvragen naar de meningen van de deelnemers. Het doorvragen leverde ons belangrijke data voor dit onderzoek, waardoor we alle facetten van dit onderzoek in beeld hebben gebracht.

We hebben gekozen voor een halfgestructureerd interview. Kenmerken van een halfgestructureerd interview zijn: de onderwerpen die aan bod komen en de belangrijkste vragen liggen van tevoren vast. Er kan echter wel van deze volgorde worden afgeweken en er kan tijdens het interview bepaald worden waarop doorgevraagd wordt (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009). Door het van tevoren vastleggen van de onderwerpen hebben we ervoor gewaakt dat we niet te veel afdwaalden van de onderzoeksvraag. Deze manier van interviewen was passend voor dit onderzoek omdat er op deze manier ruimte was voor de persoonlijke meningen van de respondenten. In de volgende paragraaf beschrijven we wie onze respondenten zijn en hoe we hen gevonden hebben.

4.2. Respondenten

We hebben ervoor gekozen om ons onderzoek te houden onder medewerkers *en* cliënten van de Driestroom. Ons onderzoek heeft betrekking op beide groepen. We richten ons op cliënten omdat we onderzoeken welke ondersteuningswensen zij eventueel hebben. Daarnaast richten we ons op medewerkers omdat zij input kunnen geven over de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Ook zijn de medewerkers degenen die de uiteindelijke begeleiding bieden aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

Om respondenten voor ons onderzoek te vinden hebben we contact opgenomen met Bas van Diggelen. Hij heeft ons de namen van een aantal teamcoördinatoren van Begeleid Zelfstandig Wonen teams van de Driestroom gegeven. Deze teams bevinden zich in zowel Arnhem als in Nijmegen. We hebben ons gericht op de Begeleid Zelfstandig Wonen sector van de Driestroom, omdat zwangerschappen eigenlijk alleen binnen deze sector voorkomen. Door contact te leggen met de verschillende teamcoördinatoren binnen de Driestroom hebben we uiteindelijk 13 interviews afgenomen, 7 daarvan waren met medewerkers en 6 met cliënten. Onze oorspronkelijke doelstelling was het afnemen van 20 interviews, waarvan 10 met cliënten en 10 met medewerkers. Niet alle medewerkers die we benaderd hebben waren in staat om deel te nemen aan dit onderzoek. Daar waren een aantal redenen voor, bijvoorbeeld een gebrek aan tijd. Er werd ook door medewerkers die niet mee wilden werken aangegeven dat ze weinig ervaring hadden met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

We hebben alleen met medewerkers contact gehad voor het maken van afspraken voor de interviews. We zijn zelf niet in direct contact getreden met cliënten, we hebben ons daarvoor laten leiden door de medewerkers. Zij waren beter in staat om in te schatten of cliënten in staat en bereid waren om mee te werken. Over een aantal cliënten kwam naar voren dat het op dit moment niet wenselijk was om deel te nemen aan dit onderzoek, omdat het onderwerp te heftig was. Door het contact met cliënten via de medewerkers te laten verlopen hebben we de privacy van cliënten gerespecteerd. Met het oog op de privacy van de deelnemers aan dit onderzoek hebben we er voor gekozen om geen verdere persoonsgegevens te vermelden. De volgende paragraaf beschrijft hoe het interview, dat we bij bovenstaande respondenten hebben afgenomen, tot stand is gekomen.

4.3. Overzicht meetinstrumenten

Het meetinstrument voor de kwalitatieve survey is een halfgestructureerd interview. Het doel van deze interviews is om meer informatie te verkrijgen over de verschillende thema's die in het onderzoek naar voren komen. De thema's hebben we afgeleid van de hoofdvraag en deelvragen van ons onderzoek.

De verschillende thema's zijn:

- Zwangerschapsbeleving van cliënten
- Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom
- Het netwerk en andere factoren die invloed kunnen hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking
- De mening van medewerkers over de begeleiding die zij bieden

Bij het opstellen van de interviews hebben we ons laten leiden door deze thema's. Ons praktijkonderzoek is een kwalitatieve survey en daar hoort een halfgestructureerd interview bij. Om die reden hebben we vooraf vragen voor de interviews opgesteld. We hebben de vraagstelling open gehouden, maar ons wel gericht op de door ons vastgestelde thema's.

Omdat we zowel met medewerkers als met cliënten van de Driestroom in gesprek zijn gegaan hebben we twee verschillende interviews opgesteld. Bij het opstellen van het interview voor de cliënten hebben we rekening gehouden met hun beperking. Vanuit het literatuuronderzoek en onze eigen ervaring wisten we waar we rekening mee moesten houden bij het in gesprek gaan met mensen met een lichte verstandelijke beperking. Om die reden hebben we ons taalgebruik aangepast en de vraagstelling kort gehouden. Hiermee konden we voorkomen dat cliënten ons niet begrepen. Het interview voor de medewerkers hebben we eerst gemaakt. Vervolgens hebben we het interview voor cliënten daarvan afgeleid. We hebben de interviews toegevoegd als bijlage 2. De volgende paragraaf beschrijft welke procedure gevolgd is bij het doen van het literatuuronderzoek en het afnemen van de interviews.

4.4. Procedure

Literatuur

Voor het verwerken van relevante theorieën hebben we ons laten leiden door een aantal thema's die zijn afgeleid van de hoofdvraag en deelvragen. Toen we aan dit onderzoek begonnen wisten we dat er in de literatuur niet veel te vinden was over zwangerschapsbeleving en ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Om deze reden hebben we ons bij het literatuuronderzoek gericht op andere aspecten van dit onderzoek. De thema's zwangerschapsbeleving en ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking komen aan bod in het praktijkonderzoek. Het literatuuronderzoek beslaat de volgende onderwerpen:

- Doelgroepbeschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Lichamelijke en emotionele veranderingen tijdens de zwangerschap
- Beschermende en risicofactoren tijdens zwangerschap en aanstaand ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Begeleidingwijze en methodieken die toepasbaar zijn in de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking

We zijn begonnen met het maken van een overzicht van relevante literatuur. Het overzicht hebben we gebaseerd op aanbevelingen die we hebben gekregen en op literatuur die zelf gevonden hebben. Door het kritisch lezen van de literatuur zijn we gaan bepalen welke literatuur bruikbaar was voor het beschrijven van de thema's. Daarna zijn we de thema's gaan beschrijven.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Interviews

We hebben zowel aan medewerkers als aan cliënten vooraf toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen. Aan het begin van de gesprekken zijn we nagegaan of het doel van het gesprek duidelijk was. In een enkel geval hebben we nog een korte uitleg gegeven. Bij cliënten hebben we de nadruk gelegd op hun vrijheid om zelf te bepalen of ze wel of geen antwoord wilden geven op vragen die we stelden. Dit hebben we gedaan omdat we soms merkten dat cliënten het toch wel spannend vonden om mee te werken. Ook hebben we de respondenten er van verzekerd dat de interviews anoniem verwerkt worden. In dit onderzoeksverslag hebben we de medewerkers en cliënten fictieve namen gegeven. Hiermee zorgen we ervoor dat ons onderzoek ethisch verantwoord is. Andere voorwaarden voor een ethisch verantwoord onderzoek (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009, pp. 32, 33) zijn: de vrijwillige meewerking van respondenten, geen valse voorstelling van zaken geven en geen nadelige gevolgen voor de respondenten. Hier hebben we ons aan gehouden. We hebben van tevoren met elkaar afgesproken wie van ons het interview zou afnemen en wie voor zichzelf vragen zou noteren. Deze konden dan later gesteld worden. Dit zorgde voor rust in de gesprekken. Per gesprek hebben we ingeschat of we onze vraagstelling aan moesten passen aan de cliënt die we voor ons hadden. Als cliënten de vraagstelling niet begrepen pasten wij deze aan. De interviews varieerden behoorlijk in tijdsduur. Het grootste verschil was tussen medewerkers en cliënten. Cliënten gaven vaak kortere antwoorden en we moesten meer doorvragen. Bij een aantal cliënten merkten we dat de concentratie na ongeveer een half uur afnam. We hebben daar op dat moment rekening mee gehouden door de interviews af te ronden. De medewerkers waren aanwezig bij de interviews die we afnamen met cliënten. Hierdoor zou het kunnen zijn dat cliënten niet alles hebben gezegd wat ze zouden willen zeggen over de begeleiding en de beleving van de zwangerschap.

Voor de verwerking van de data uit de interviews hebben we ons gehouden aan hoofdstuk 10, 11 en 12 uit het Basisboek Kwalitatief onderzoek (Baarda, Goede, & Teunissen, 2009). Ook hebben we gebruik gemaakt van de colleges Onderzoek van T. van Laar. We hebben de interviews opgenomen en vervolgens zo snel mogelijk uitgetypt. Hierna zijn we irrelevante informatie gaan schrappen. Hierbij hielden we de onderzoeksvraag in ons achterhoofd. De geschrapte tekst hebben we opgedeeld in fragmenten. Deze fragmenten hebben we vervolgens voorzien van een label. Bij het ordenen van de labels hebben we labels die met elkaar te maken hadden onder één kernlabel gezet. Daarna hebben we de kernlabels voorzien van een definitie. Deze definities vormen de basis voor het praktijkonderzoek zoals het in dit verslag beschreven staat. We hebben de uitgetypte, geschrapte, gefragmenteerde en gelabelde interviews opgenomen in een databoek. Het databoek is geen onderdeel van de bijlagen in dit onderzoeksverslag, maar verkrijgbaar als aparte bijlage. Tevens is in het databoek te vinden welke fictieve namen corresponderen met welke interviews.

In bovenstaand hoofdstuk heeft u kunnen lezen hoe dit onderzoek tot stand is gekomen. Dit onderzoek is opgebouwd uit een literatuuronderzoek en een kwalitatieve survey. De interviews voor de kwalitatieve survey hebben we afgenomen bij medewerkers *en* cliënten van de Driestroom. Het doel van de interviews was het verkrijgen van data over de volgende thema's:

- Zwangerschapsbeleving van cliënten
- Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom
- Het netwerk en andere factoren die invloed kunnen hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking
- De mening van medewerkers over de begeleiding die zij bieden

Het doel van het literatuuronderzoek was het verkrijgen van informatie over de volgende thema's:

- Doelgroepbeschrijving mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Lichamelijke en emotionele veranderingen tijdens de zwangerschap
- Beschermende en risicofactoren tijdens zwangerschap en aanstaand ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Begeleidingwijze en methodieken die toepasbaar zijn in de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking

In het volgende hoofdstuk geven we de resultaten van het literatuuronderzoek weer. Het literatuuronderzoek is gebaseerd op bovenstaande thema's.

5. Resultaten literatuuronderzoek

Door het onderzoeken van literatuur geven we antwoord op een aantal deelvragen. Het geheel van de deelvragen geeft uiteindelijk antwoord op de hoofdvraag: Op welke wijze kunnen medewerkers van de Driestroom aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Hieronder beschrijven we welke thema's aan bod komen in het literatuuronderzoek.

Om meer te kunnen zeggen over ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk om een beeld te hebben van wat een lichte verstandelijke beperking inhoudt. Dit beeld schetsen we door allereerst in te gaan op de ontwikkeling van de maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke beperking. Daarna definiëren we het begrip lichte verstandelijke beperking. Vervolgens beschrijven we de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking en het daaruit voortvloeiende disharmonische ontwikkelingsprofiel. Ten slotte beschrijven we de theorie van Ervaringsordening, die aansluit op een disharmonische ontwikkeling.

Naast de verstandelijke beperking is zwangerschap een aspect van de doelgroep van dit onderzoek. We beschrijven die reden de invloed van lichamelijke en emotionele veranderingen tijdens de zwangerschap en de invloed die deze veranderingen hebben op mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Vervolgens beschrijven we beschermende en risicofactoren die van invloed zijn op het welbevinden van zwangere vrouwen. Om zo optimaal mogelijk aan te kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk om op de hoogte te zijn van de verschillende factoren die een rol spelen in het leven van deze vrouwen. Hierna gaan we in op de mogelijkheden voor begeleiders om deze beschermende en risicofactoren te beïnvloeden.

Ten slotte beschrijven we welke begeleidingswijze aansluit op de behoeften van mensen met een verstandelijke beperking. Aan de hand daarvan beschrijven we een aantal methodieken die aansluiten bij deze begeleidingswijze. De methodieken die we beschrijven zijn: het ondersteuningsplan, oplossingsgericht werken, het eigen initiatief model en shaping.

De eerste paragraaf van dit hoofdstuk bevat een omschrijving van de doelgroep, namelijk zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

5.1. Doelgroep omschrijving

We beginnen met een overzicht van de ontwikkeling van de positie van mensen met een verstandelijke beperking binnen de maatschappij en kijken naar een aantal paradigma's¹ die de veranderende positie van mensen met een verstandelijke beperking in beeld brengen. Hierin komt naar voren hoe mensen met een verstandelijke beperking in de loop van de tijd steeds zelfstandiger zijn geworden. Deze toegenomen zelfstandigheid heeft er mede aan bijgedragen dat mensen met een verstandelijke beperking steeds vaker kinderen willen en krijgen. Deze ontwikkeling is daarom van belang voor ons onderzoek.

De historisch-maatschappelijke positie van mensen met beperkingen.

De historisch-maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke beperking wordt beschreven door Van Gennep (Waardig leven met beperkingen: over veranderingen in de hulpverlening aan mensen met beperkingen in hun verstandelijke mogelijkheden, 2007). In de Verlichting, een politieke en filosofische stroming van ongeveer 1650 tot het einde van de 18^e eeuw, kwam er steeds meer aandacht voor de rede, het verstand. Hierdoor kwam er ook meer aandacht voor de ontwikkeling van mensen met beperkingen in hun verstandelijke ontwikkeling. De algemene opvatting in die tijd was dat mensen met beperkte verstandelijke mogelijkheden door middel van pedagogische methodes konden worden voorbereid op een zelfstandig bestaan in hun gemeenschap. Men bracht kinderen met een verstandelijke beperking onder in schoolinternaten. Er werd gedacht

¹ Een paradigma is een samenhangend stelsel van modellen en theorieën die een denkkader vormen waarbinnen de "werkelijkheid" geanalyseerd en beschreven wordt.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

dat mensen met een verstandelijke beperking genezen konden worden. Halverwege de 19^e eeuw werd echter duidelijk dat deze verwachting te optimistisch was. Er was wel sprake van een positieve invloed van de pedagogische methodes, maar deze invloed was niet in alle gevallen even groot. Men zocht de oorzaak van het falen uitsluitend in de medische oorzaken die ten grondslag lagen aan de verstandelijke beperking. Er ontstond een meer pessimistische medische visie, die de pedagogische visie in de tweede helft van de 19^e eeuw ging domineren. De medische visie zag mensen met een verstandelijke beperking als patiënten die ziek waren. De enige oplossing was dus verzorging in instituten. Op een gegeven moment werden mensen met een verstandelijke beperking steeds meer gezien als minderwaardig, door hun biologische tekortkomingen. Mensen met een verstandelijke beperking werden gezien als ballast en zelfs bedreiging voor de samenleving. Dit leidde er toe dat deze mensen werden geplaatst in instituten buiten de samenleving, om zo de samenleving te beschermen. Langzamerhand kwamen er steeds meer veranderingen in de opvatting over mensen met een verstandelijke beperking. Dit kwam onder meer voort uit veranderende maatschappelijke en wetenschappelijke opvattingen. Deze veranderingen leidden er toe dat de nadruk steeds meer lag op de hulpverlening en wat mensen met een verstandelijke beperking nodig hadden. Hieruit ontstonden een aantal paradigma's, te weten het defectparadigma, het ontwikkelingsparadigma en het burgerschapsparadigma.

Het defectparadigma sloot aan bij het medisch denken over mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking waren ziek en moesten verpleegd of verzorgd worden, het liefst buiten de maatschappij. In reactie hierop ontstond het ontwikkelingsparadigma. Mensen met een verstandelijke beperking werden steeds meer gezien als mensen met mogelijkheden. Dit sluit weer aan op het pedagogisch model, want mensen met een verstandelijke beperking werden gezien als leerling. Mensen met een verstandelijke beperking hoorden in de samenleving, maar wel in speciale voorzieningen, zoals gezinsvervangende tehuizen, dagverblijven en speciale scholen voor mensen met een verstandelijke beperking. Vanuit deze manier van denken ontstond het burgerschapsparadigma. Mensen met een verstandelijke beperking zijn volwaardige burgers van de samenleving en moeten ook met alle reguliere woon, werk en schoolvoorzieningen meedraaien. Er wordt gestreefd naar in ieder geval integratie en het liefst naar inclusie. Het zogenaamde burgerschapsparadigma heeft bijgedragen aan de de-institutionalisering van mensen met een verstandelijke beperking. Het burgerschapsparadigma ziet mensen met een verstandelijke beperking als burger met rechten en plichten. Dit in tegenstelling tot het defectparadigma, dat mensen met een verstandelijke beperking als patiënt met beperkingen ziet en het ontwikkelingsparadigma, dat mensen met een verstandelijke beperking als leerling ziet en als mens met mogelijkheden. Vanuit het beeld van mensen met een verstandelijke beperking vindt het burgerschapsparadigma gewone voorzieningen in de samenleving de beste plaats voor mensen met een verstandelijke beperking (Schuurman, z.d.).

De manier waarop mensen met een verstandelijke beperking benaderd worden is afhankelijk van wat de maatschappij hierover denkt en van persoonlijke opvattingen. Het hebben van een bepaalde visie heeft invloed op hoe men omgaat met mensen met een verstandelijke beperking (Bosch, 1994, p. 77).

We zien dus dat de positie van mensen met een verstandelijke beperking door de jaren heen veranderd is. Mensen met een verstandelijke beperking werden vroeger gezien als buitenstaanders, nu worden mensen met een verstandelijke beperking betrokken in de maatschappij. Deze ontwikkeling draagt er aan bij dat vrouwen met een lichte verstandelijke beperking steeds vaker zwanger raken. Na bovenstaande beschrijving van de ontwikkeling van de positie van mensen met een verstandelijke beperking, beschrijven we hieronder hoe een verstandelijke beperking gedefinieerd wordt.

Definitie van een verstandelijke beperking, vanuit de DSM:

Om een verstandelijke beperking te definiëren zijn er verschillende mogelijkheden. In dit verslag maken we gebruik van de definitie uit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kortweg de DSM (Tasman & First, 2007).

- A. Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ test (bij zeer jonge kinderen op basis van een inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddelde functioneren).

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

- B. Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dat wil zeggen: of betrokkene er in slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.
- C. Begin voor het 18e jaar.

In Nederland is het zo dat iemand met een lichte verstandelijke beperking een IQ heeft tussen de 50 en de 85 (Cocq, 2011). Hierin wijkt Nederland af van de DSM criteria. Dit maakt ook dat ons onderzoek zich richt op een bredere doelgroep.

Een verstandelijke beperking houdt dus in dat het IQ van iemand minimaal 2 standaarddeviaties onder het gemiddelde (= 100) zit, waarbij er weer verschillende graden zijn om de ernst van een verstandelijke beperking weer te geven. Tegelijkertijd is er sprake van een tekort in het aanpassingsvermogen. Dat tekort heeft weer gevolgen op een aantal terreinen, zoals bijvoorbeeld zelfverzorging, werk, zelfstandig kunnen wonen en sociale en relationele vaardigheden. Ons onderzoek richt zich op mensen met een lichte verstandelijke beperking, dit betekent dat het IQ tussen de 50 en 85 zit. De IQ score is echter niet alleszeggend, vooral de aanpassingsvaardigheden zullen bepalen in hoeverre iemand met een verstandelijke beperking mee kan draaien in de maatschappij. Dit zal elders in dit verslag meer aan bod komen, onder andere bij de ervaringsordening van Timmers-Huigens.

De feitelijke IQ score geeft dus geen volledig beeld van iemands verstandelijke ontwikkeling, daarom beschrijven we hieronder de cognitieve ontwikkeling. We beschrijven welke gevolgen een bepaalde IQ score heeft op de cognitieve ontwikkeling en welke gevolgen dit heeft in de omgang met mensen met een verstandelijke beperking.

Cognitieve ontwikkeling.

De cognitieve ontwikkeling van mensen heeft betrekking op de ontwikkeling van onder andere het denken, waarnemen, bewustzijn, geheugen en concentratie. Ook de mate waarin iemand in staat is om kennis op te nemen, te verwerken en opnieuw te gebruiken. Er zijn verschillende theorieën om deze ontwikkeling in kaart te brengen. Wij kiezen er voor om de theorie van Piaget te hanteren, omdat deze theorie ook de verschillende graden van verstandelijke beperkingen inzichtelijk maakt en ze als het ware koppelt aan een fase van cognitieve ontwikkeling. Hieronder beschrijven we eerst schematisch de graad van de verstandelijke beperking, de IQ score die daar bij hoort en de ontwikkelingsleeftijd gekoppeld aan de cognitieve fases van Piaget. Vervolgens gaan we dit schema verder uitleggen.

Indeling in niveaus volgens Piaget (Graaff, 1996):

Graad van verstandelijke beperking	IQ	Ontwikkelings - leeftijd	Cognitieve fase	Gedrag en ontwikkeling
Diep	0-20	Tot 2 jaar	Sensomotorisch	Geringe mogelijkheden
Ernstig	20-35	2-4 jaar	Pre-operationeel	Geen zelfredzaamheid
Matig	35-50	4-7 jaar	Pre-logisch	"Trainbaar"
Licht	50-70	7-11 jaar	Concrete operaties	Kan sociale vaardigheden leren
Zwakbegaafd	70-90	11-.. jaar	Abstract	Normaal, maar trager

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Piaget gaat er van uit dat iedereen dezelfde ontwikkeling doormaakt op cognitief gebied. Hij heeft daarvoor een aantal stadia beschreven, die ieder kind volgens hem doorloopt. In het bovenstaande schema staan de namen van de fases². Verder beschouwt Piaget intelligentie als een eigenschap die vooral iets zegt over iemands vermogen om zich aan te passen aan nieuwe situaties, aan de omgeving. Iemand is intelligent als hij zich succesvol aan kan passen aan de veranderende omgeving. Als dit niet lukt en iemand een bepaalde verandering niet kan plaatsen is er sprake van een *cognitieve dissonantie*. Om de dissonantie te herstellen kunnen mensen twee dingen doen, assimileren en accommoderen. Bij *assimilatie* wordt nieuwe informatie binnen bestaande denkkaders/strategieën geplaatst. Bij *accommoderen* past de nieuwe informatie niet binnen bestaande kaders en moeten nieuwe kaders gemaakt worden. Zoals al eerder gezegd, verloopt de cognitieve ontwikkeling van mensen in fasen, waarbij elke fase kenmerkende assimilatie en accommodatieprocessen laat zien. Bovenstaand schema laat zien dat mensen met een lichte verstandelijke beperking vooral in de fase van concreet operationeel denken zitten. Om meer inzicht in deze fase te krijgen geven we hieronder een uitgebreidere beschrijving hier van.

Volgens de Graaff ziet de fase van de concrete operaties er als volgt uit:

“In deze fase, van ongeveer 7 tot 11 jaar, ziet het kind steeds meer samenhang tussen de dingen. Het leert de dingen steeds beter hanteren. Kohnstamm³ zegt dan ook dat deze samenhangen in het hoofd van het kind eruit zien als een ‘netwerk van handleidingen voor gedrag’, een soort instructies dus. Wat moet ik doen om dit of dat te bereiken? In deze fase is het kind in staat een paar stappen vooruit of achteruit te doen en te bedenken wat er dan gebeurt. Optellen en aftrekken, vermenigvuldigen en delen worden mogelijk: eerst heel concreet met appels en peren, daarna met cijfers die net als woorden symbolen zijn en verwijzen naar de appels en peren. De intelligentie blijft concreet, gebonden aan het concreet-aanschouwelijke, gericht op de werkelijkheid. Het oplossen van een probleem dat alleen mondeling is uitgelegd is nauwelijks mogelijk.” (Graaff, 1996, pp. 30-31).

Bovenstaand citaat laat zien dat mensen die op dit niveau functioneren vooral gebaat zijn bij concrete situaties, gekoppeld aan hun eigen beleving. De formeel-operationele periode wordt haast nooit bereikt. In die periode leren mensen nadenken over abstracte situaties en problemen, los van hun eigen concrete ervaringen. Het gaat dan om zaken die niet in hun directe omgeving zijn of situaties die nog moeten plaatsvinden. Het vooruitkijken naar de geboorte van een kind, wat vaak nog een aantal maanden duurt, is dan iets waar mensen met een lichte verstandelijke beperking niet altijd toe in staat zullen zijn.

Het adaptief vermogen van mensen met een lichte verstandelijke beperking is anders ontwikkeld dan bij mensen zonder een lichte verstandelijke beperking. Het adaptief vermogen beschrijft in hoeverre iemand in staat is zich aan te passen aan nieuwe situaties (Bogerd, 2007). Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben in de meeste gevallen moeite met veranderingen en om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Dit kan tot gevolg hebben dat mensen met een lichte verstandelijke beperking moeite hebben met de nieuwe situatie die ontstaat door de zwangerschap. Doordat het langer duurt voordat men in staat is om zich aan te passen aan de zwangerschap zal het regelen van praktische zaken ook vooruit geschoven kunnen worden. Als hulpverlener is het van belang hier rekening mee te houden en eventueel in te sturen.

Uit deze beschrijving van de cognitieve ontwikkeling blijkt dat de ontwikkeling in fasen verloopt. Mensen met een lichte verstandelijke beperking komen over het algemeen niet verder dan de fase van concrete operaties. Dit heeft gevolgen voor de benadering van mensen met een verstandelijke beperking. Het zal bijvoorbeeld niet verstandig zijn om te ver in de toekomst te gaan kijken met mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het is vooral belangrijk om in het hier en nu te blijven en om in te gaan op concrete ervaringen en daarbij abstracte situaties te mijden.

Naast de cognitieve ontwikkeling vindt er ook een sociaal emotionele ontwikkeling plaats. De cognitieve ontwikkeling richt zich op de ontwikkeling van het denken, zoals we hierboven hebben beschreven. De sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen heeft betrekking op de manier waarop

² In verschillende boeken staan verschillende leeftijden bij de fases. In dit verslag houden we de indeling van Graaff aan.

³ Rita Kohnstamm, auteur van de Kleine Ontwikkelingspsychologie

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

mensen met hun gevoelens omgaan en op hun sociale interacties. We beschrijven hoe de cognitieve ontwikkeling zich verhoudt tot de sociaal emotionele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking.

Sociaal emotionele ontwikkeling.

Volgens De Groot (Werken met ontwikkelingsleeftijden, afstemmen op mensen met een verstandelijke beperking, 2009) bestaat de term sociaal-emotioneel functioneren uit twee begrippen, namelijk het sociale en het emotionele. Sociaal heeft betrekking op de omgang met een ander, de interactie met de omgeving. Emotioneel heeft meer betrekking op het individu, over zijn gemoedstoestand en gevoel. Deze begrippen staan los van elkaar maar zijn tegelijkertijd ook weer niet van elkaar te scheiden.

Het niveau van het sociaal-emotioneel functioneren is nog moeilijker te meten dan bijvoorbeeld intelligentie. Het is een abstract gegeven, wat niet is uit te drukken in kwantitatieve gegevens als een IQ-getal. Daarom wordt het sociaal-emotioneel functioneren vaak beschreven in termen van mijlpalen die iemand bereikt heeft, of in termen van fasen die iemand heeft doorlopen. De sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen met een verstandelijke beperking verloopt hetzelfde als die van kinderen zonder een verstandelijke beperking. Het verloop is wel trager en bereikt eerder zijn plafond. Anton Došen gaat ervan uit dat alle mensen met dezelfde basis emoties geboren worden en dat deze emoties gedurende hun leven verder ontwikkeld worden. Deze ontwikkeling verloopt via fasen, zoals we al eerder aangaven. We geven hieronder een schematische weergave van deze fasen en een aantal kenmerken die daar bij horen (Belie & Morisse, 2007):

	Leeftijd	Fase	Te bereiken persoonlijkheidskenmerken
1	0-6 maanden	Adaptiefase	Psycho-fysiologische homeostase: sensorische integratie, integratie van structuur van ruimte, tijd en personen.
2	6-18 maanden	Eerste socialisatiefase	Gehechtheid, basale veiligheid.
3	18-36 maanden	Eerste individuatiefase	Zelfdifferentiatie: bewust worden van zichzelf door afstand te kunnen nemen van lichamelijk contact en belangrijke anderen, door communicatie op afstand en het begin van de persoonlijkheidsopbouw.
4	3-7 jaar	Identificatiefase	Ego vorming: via regels en sociaal gedrag.
5	7-12 jaar	Realiteitsfase	Egodifferentiatie (ontwikkeling van het morele en religieuze ego) en realiteitsbewustwording.

Bij mensen met een verstandelijke beperking komt het regelmatig voor dat de sociaal-emotionele ontwikkeling achterloopt op de cognitieve of verstandelijke ontwikkeling, dit wordt ook wel een disharmonische ontwikkeling genoemd. Dit verschil in sociaal-emotioneel niveau en cognitief niveau kan er voor zorgen dat begeleiders niet goed kunnen aansluiten bij de behoeften van de cliënt, waardoor de cliënt over- of ondervraagd wordt. Als iemand bijvoorbeeld qua verstandelijke vermogens meer aan lijkt te kunnen dan hij op emotioneel gebied werkelijk aan kan. In IQ testen wordt gebruik gemaakt van een verbaal en een performaal IQ. Het verbale IQ heeft betrekking op woordenschat, taalgevoel en het redeneringsvermogen. Het performale IQ is een meting van hoe men praktisch omgaat met kennis. Bij mensen van wie het verbale IQ hoger is en dus de taalvaardigheden groter zijn, ziet men vaak dat ze overschat worden door hun omgeving. Op basis van de verbale capaciteiten verwacht de maatschappij meer van deze mensen dan ze daadwerkelijk kunnen. Bij een hoger performaal IQ is er eerder sprake van onderschatting omdat deze mensen minder goed hun gedachten en gevoelens kunnen verwoorden. Deze verschillen zorgen ervoor dat er niet gemakkelijk een stempel kan worden gedrukt op de intelligentie van mensen met een lichte verstandelijke beperking, omdat ze erg wisselend scoren op de verschillende onderdelen van IQ testen.

Hierboven benoemden we de disharmonische ontwikkeling die (vooral) mensen met een lichte verstandelijke beperking kunnen hebben. Hierdoor kan het gebeuren dat modellen zoals die van

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Piaget niet volledig recht doen aan de mens met een verstandelijke beperking. Daarom besteden we ook aandacht aan de theorie die D. Timmers-Huigens heeft ontwikkeld, die van de ervaringsordening. Dit model kan begeleiders handvaten bieden om aan te sluiten bij de behoeften van mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Ervaringsordening.

Het model van de Ervaringsordening, ontwikkeld door D. Timmers-Huigens en beschreven door G. Burger (Verplegen van verstandelijk gehandicapten, 2005), gaat ervan uit dat mensen op een bepaalde manier hun werkelijkheid ordenen (wat doe je met informatie die op je afkomt, hoe verwerk je die en hoe reageer je daar op) en een ontwikkeling doormaken in deze manier van ordenen.

Timmers-Huigens gaat er van uit dat mensen tijdens hun leven voortdurend wisselen van stijl van ordenen. In stressvolle situaties kunnen mensen behoefte hebben aan een meer basale vorm van ervaringsordening. Er worden vier vormen van ervaringsordening onderscheiden, met bijbehorende kenmerken, die we hieronder in beeld brengen.

Ervaringsordening	Niveauaanduiding	Kenmerken
Lichaamsgebonden ervaringsordening	Zeer ernstige verstandelijke beperking	Lichamelijk en zintuiglijk beleven Communicatie via lichaamstaal, klanken
Associatieve ervaringsordening	Ernstige verstandelijke beperking	Het zien van middel-doel relaties (dit heb ik nodig om dat te bereiken), beginnende taalontwikkeling
Structurerende ervaringsordening	Matige verstandelijke beperking	Kan een complex geheel overzien Taal een belangrijk communicatiemiddel
Vormgevende ervaringsordening	Lichte verstandelijke beperking	Vorming van persoonlijkheid en eigen identiteit Zelfstandig en bewust keuzes kunnen maken

Door te bepalen in welke ervaringsordening iemand zich bevindt, kan er door begeleiders optimaal worden aangesloten bij de behoeften die iemand heeft als hij zich in een bepaalde fase bevindt. Voor begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk om zich bewust te zijn van het feit dat mensen met een lichte verstandelijke beperking regelmatig wisselen van fase van ervaringsordening. Volgens Timmers-Huigens voelen mensen zich lekker in situaties waar een positief antwoord komt op vier vragen die zij als het ware altijd aan zichzelf stellen. Om aan te sluiten bij mensen met een verstandelijke beperking en hun behoeftes is het van belang dat begeleiders zich bewust zijn van onderstaande vragen.

De vragen zijn:

- Is mijn lichaam veilig?

Het Lichaamsgebonden deel van Ervaringsordening. Een mens is nu eenmaal zijn lichaam. Het lichaam is het instrument om ervaringen op te doen. Het voelen, zien, horen, ruiken, proeven van de omgeving geeft informatie over de werkelijkheid buiten het lichaam en het lichaam zelf. Door middel van wat een mens voelt, ruikt, proeft en hoort, doet een mens ervaringen op. Bijvoorbeeld wassen, eten, enzovoort (Timmers-Huigens).

- Is mijn omgeving hier en nu betrouwbaar?

Het Associatieve deel van Ervaringsordening, waarmee je in jezelf vaststelt: dit hoort bij dat, zo kan ik verwachten dat het is. De Associatieve ervaringsordening ontstaat vanuit enkelvoudige associaties (lamp aan/uit doen) tot hele complexe associatiereeksen, zoals aankleden of de verkeersregels. Een beker zien, en daarbij weten dat je gaat drinken is

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

een voorbeeld van een simpele associatie. Eerst gebeurt dit, dan dat. De associaties worden steeds ingewikkelder. Er ontstaan dan associatiereeksen (Timmers-Huigens).

- Ken ik de samenhang van de gebeurtenis waar ik mee te maken heb?
Het Structurerende deel van Ervaringsordening; waarmee je een samenhang van meer dan twee delen kunt overzien, het heden wordt gekoppeld aan verleden en de toekomst. Mensen leren nu dat, ondanks afwijkingen, situaties nog hetzelfde zijn en verandering word als minder bedreigend ervaren. Men raakt niet meteen het overzicht kwijt als er iets gebeurt wat normaal gesproken niet gebeurt (Timmers-Huigens).
- Mag ik er zijn zoals ik ben?
Het Vormgevende deel van Ervaringsordening; mag ik mezelf zijn, mag ik vorm geven aan mezelf in deze situatie? In de vormgevende ervaringsordening ontwikkelen mensen een eigen identiteit, leren ze eigen mogelijkheden en onmogelijkheden kennen, kwaliteiten benutten en keuzes maken (Timmers-Huigens).

Zoals al eerder gezegd, gaat Timmers-Huigens er van uit dat mensen voortdurend wisselen van stijl van ordenen. Echter, bij mensen met een verstandelijke beperking zal dit minder vaak het geval zijn, omdat zij eerder aan het plafond van hun ontwikkeling zitten. Vaak zal blijken dat deze mensen één bepaalde manier van ordenen vooral hanteren. Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking zullen er meer mogelijkheden zijn om te schakelen tussen manieren van ordenen, maar er zal altijd rekening moeten worden gehouden met hun beperkte ontwikkeling. Als een vrouw met een lichte verstandelijke beperking zwanger raakt is het te verwachten dat zij vooral de Lichaamsgebonden Ervaringsordeningsfase zal hanteren. Begeleiders kunnen cliënten helpen door uit te leggen wat er in het lichaam van de cliënt gebeurt. Hierdoor zullen cliënten zich veiliger voelen.

In bovenstaande paragraaf hebben we gezien dat de maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke beperking veranderd is. Mensen met een verstandelijke beperking werden vroeger behandeld als buitenstaanders, tegenwoordig ligt de nadruk op integratie en inclusie. Vervolgens hebben we de definitie van een verstandelijke beperking weergegeven. We hebben gebruik gemaakt van de definitie van de DSM en de criteria die daar bij horen weergegeven. Vanuit deze definitie zijn we verder ingegaan op de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking. Hierin kwam naar voren dat er bij mensen met een verstandelijke beperking sprake kan zijn van een disharmonische ontwikkeling en daarom hebben we het model van Timmers-Huigens beschreven. Timmers-Huigens heeft een aantal vragen opgesteld om na te gaan in welke Ervaringsordeningsfase iemand zich bevindt. Deze vragen kunnen als hulpmiddel voor begeleiders dienen, zodat ze aan kunnen sluiten bij de Ervaringsordeningsfase waarin een cliënt zich bevindt. In de volgende paragraaf beschrijven we lichamelijke en emotionele veranderingen bij een zwangerschap.

5.2. Lichamelijke en emotionele verandering bij zwangerschap

Dit onderzoek richt zich op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. De doelgroep van ons onderzoek is tweeledig, aan de ene kant hebben deze mensen een verstandelijke beperking en aan de andere kant zijn ze zwanger. In de voorgaande paragraaf staat de verstandelijke beperking centraal. In deze paragraaf staat de zwangerschap centraal. We beschrijven welke invloed deze heeft op vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

Op lichamelijk gebied vinden tijdens een zwangerschap een heleboel veranderingen plaats. Er groeit tenslotte een nieuw leven en het lichaam van een zwangere vrouw ondervindt daar gevolgen van. Dit is voor vrouwen met een lichte verstandelijke beperking hetzelfde als voor vrouwen zonder een verstandelijke beperking. De bekendste veranderingen zijn ochtendmisselijkheid en het last hebben van hormonale veranderingen. In bijlage 5 vindt u een uitgebreide omschrijving van lichamelijke veranderingen tijdens een zwangerschap. Vanuit de theorie over Ervaringsordening is duidelijk geworden dat de lichamelijke veiligheid een vereiste is voor het welbevinden van mensen. De veelheid aan veranderingen kunnen er voor zorgen dat een zwangerschap voor onrust zorgt. Zwangere vrouwen kunnen zich onveilig gaan voelen. Ook de ontwikkelingsleeftijd van mensen met een verstandelijke beperking heeft invloed op hoe men omgaat met een zwangerschap. Mensen met

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

een lichte verstandelijke beperking hebben een ontwikkelingsleeftijd van 7 tot 11 jaar. Tegelijkertijd zijn ze ouder in hun feitelijke leeftijd. Iemand ziet er dus uit als 30 jaar oud maar is in zijn of haar ontwikkeling nog maar 9. Een zwangerschap is dan een heleboel om te verwerken. Het is belangrijk om mensen met een lichte verstandelijke beperking goed uit te leggen wat er gebeurt tijdens een zwangerschap. Met goed bedoelen we concreet en stapsgewijs. Ook het visualiseren van veranderingen kan onrust wegnemen.

Hierboven beschrijven we dat er lichamelijke veranderingen plaatsvinden tijdens een zwangerschap. Deze veranderingen hebben invloed op het welbevinden van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Naast de lichamelijke veranderingen vinden er ook veranderingen plaats op emotioneel gebied. Deze veranderingen hebben ook invloed op het welbevinden van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Deze emotionele veranderingen beschrijven we hieronder.

Een zwangerschap heeft op emotioneel gebied veel invloed op de aanstaande moeder. Volgens Bindler, Ladewig en Ball zal een vrouw gedurende de zwangerschap prioriteiten gaan stellen, ze doet de meest noodzakelijke dingen. Ze heeft minder tijd voor mensen in haar omgeving. Hierdoor vinden er veranderingen plaats in hun relaties. Hoe een vrouw omgaat met de stress die een zwangerschap veroorzaakt is afhankelijk van verschillende factoren: emotionele gesteldheid, haar sociologische en culturele achtergrond en van de mate waarin ze de zwangerschap accepteert. Vrouwen hebben aan het begin van hun zwangerschap regelmatig te maken met ambivalente gevoelens. Dit gevoel kan veroorzaakt worden door het gevoel dat de zwangerschap niet op het juiste moment plaatsvindt. Aanstaande moeders maken zich zorgen over hoe ze hun relaties moeten indelen en over de nieuwe rol die ze zelf aan zullen moeten nemen. Daarnaast kunnen niet opgeloste conflicten met hun eigen moeder naar boven komen. Er ontstaan ook angsten over de zwangerschap en de bevalling. In sommige gevallen kan ambivalentie zich uiten door depressie, ontevredenheid over de veranderingen van het lichaam, ernstige stemmingswisselingen en het niet kunnen accepteren van de veranderingen in het leven van de vrouw (London, Ladewig, Ball, & Bindler, 2007). Het gelukzalige gevoel dat vrouwen beschrijven bij het zwanger zijn zal er voor zorgen dat vrouwen beter om kunnen gaan met bovenstaande ongemakken. Dit gevoel van gelukzaligheid wordt veroorzaakt doordat er een overgang plaatsvindt naar een nieuwe fase in het gevoelsleven. Een vrouw wordt zich bewust van een nieuwe en positieve dimensie van persoonlijke mogelijkheden. Een vrouw gaat uitzien naar de geboorte van het kind, ook dit zorgt ervoor dat de lasten van de zwangerschap beter te dragen zijn. Aan het einde van de zwangerschap kan ongeduld ontstaan bij de moeder. Dit komt omdat de moeder vaak niet kan wachten om het kind te leren kennen. Aan het einde van de zwangerschap ontstaat regelmatig angst om te bevallen. Deze angst wordt echter vaak niet onderkend. Om spanning bij de zwangere vrouw te voorkomen is het belangrijk dat ze deze angst accepteert en bespreekt met anderen (Larousse, 2004).

Hierboven beschrijven we de emotionele veranderingen die plaatsvinden tijdens een zwangerschap. De theorie die we hierbij hebben gebruikt is voor zover wij weten in zijn algemeenheid voor vrouwen geschreven, dus niet gericht op vrouwen met een verstandelijke beperking. Theorie specifiek gericht op de invloed van zwangerschap op vrouwen met een lichte verstandelijke beperking hebben we niet kunnen vinden. Het niveau van iemands sociaal emotionele ontwikkeling kan van invloed zijn op hoe iemand omgaat met deze veranderingen. De sociaal emotionele ontwikkeling van iemand met een lichte verstandelijke beperking kan afwijken van zijn of haar cognitieve ontwikkeling. Een cliënt kan een cognitieve ontwikkelingsleeftijd hebben van 9 jaar, maar qua sociaal emotionele ontwikkeling op het niveau van een kind van 3 jaar zitten. In zo'n geval zal het heel moeilijk zijn voor de cliënt om de emotionele veranderingen te verwerken. Deze veranderingen kunnen veel stress met zich mee brengen. Daarom beschrijven we in de volgende alinea hoe stress gemeten kan worden.

Thomas Holmes en Richard Rahe hebben een schaal ontwikkeld waarop stress gemeten kan worden. De stress wordt gemeten aan de hand van een aantal life events. Deze life events zijn gebeurtenissen die ingrijpend kunnen zijn in het leven van mensen. Ieder life event heeft een bepaalde score. Aan de scores bij elkaar opgeteld kan gemeten worden of het stress leven waar een persoon op zit gezond is (Brynsbaert, 2006). Dat zwangerschap ingrijpend is in het leven van mensen blijkt uit deze schaal. Zwangerschap geeft namelijk veertig punten op de stresschaal en staat

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

daarmee op de twaalfde plek van ingrijpende gebeurtenissen. Het krijgen van een nieuw gezinslid geeft negenendertig punten en staat dus op de elfde plaats. Een aantal andere factoren op de stresschaal, die hierboven beschreven staan, kunnen ook komen kijken bij zwangerschap bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking, bijvoorbeeld de verandering van eetgewoonten, de verandering in slaapgewoonten en verandering in de sociale activiteiten.

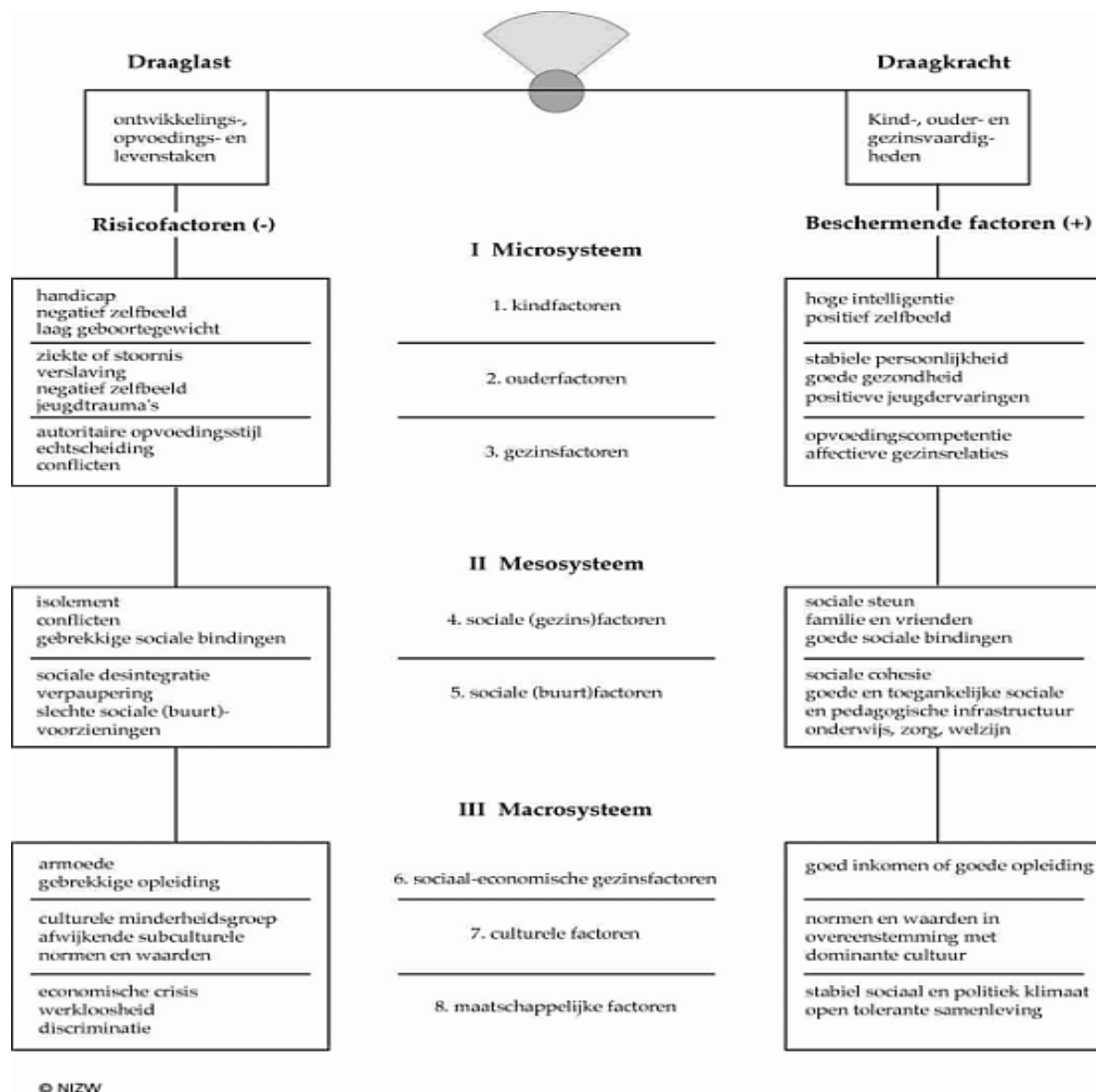
Uit bovenstaande maken we op dat er behoorlijk veel veranderingen plaats vinden bij vrouwen die zwanger zijn. Ten eerste vinden er veranderingen plaats op lichamelijk gebied. Onder andere misselijkheid en hormonale veranderingen zijn enkele van deze veranderingen. Deze veranderingen hebben invloed op het emotionele welzijn van deze vrouwen. Als we het model van de ervaringsordening uit de eerste paragraaf er naast leggen, zien we dat mensen zich prettig voelen als een aantal vragen positief beantwoord kunnen worden. Een van deze vragen heeft betrekking op het lichamelijk welbevinden. De vraag hierbij is, is mijn lichaam veilig? De lichamelijke veranderingen zouden ervoor kunnen zorgen dat er geen positief antwoord op deze vraag komt. Ook de emotionele veranderingen kunnen veel teweeg brengen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Als de sociaal emotionele ontwikkeling achterloopt op de cognitieve ontwikkeling bestaat het risico dat mensen met een lichte verstandelijke beperking niet begrijpen welke veranderingen er plaatsvinden tijdens een zwangerschap. Het niet begrijpen van deze veranderingen kan voor stress zorgen. Willen begeleiders aan kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking dan is het goed om te weten hoeveel stress iemand ervaart. Het stressniveau kan gemeten worden door middel van een stresschaal, ontwikkeld door Holmes en Rahe. Vervolgens kunnen begeleiders gaan proberen om, als het nodig is, het stressniveau te verlagen.

Naast lichamelijke en emotionele veranderingen die invloed hebben op het welbevinden van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking, zijn er ook andere factoren die het welbevinden en het succesvol verloop van de zwangerschap beïnvloeden. Deze factoren staan beschreven in de volgende paragraaf.

5.3. Factoren

In deze paragraaf gaan we verder in op factoren die het leven van de zwangere vrouw beïnvloeden. Om alle factoren in beeld te brengen die invloed hebben op het verloop van de zwangerschap willen we deze beschrijven in beschermende en risicofactoren. Onder beschermende factoren verstaan we factoren die de kans op succesvol verloop van de zwangerschap en het aanstaand ouderschap vergroten. Tevens verminderen de beschermende factoren de invloed van risicofactoren. Onder risicofactoren verstaan we factoren die de kans op een succesvol verloop van de zwangerschap en aanstaand ouderschap verminderen. Zowel de beschermende als de risicofactoren zijn onderverdeeld in micro, meso en macro factoren. Voor een schematische weergave van beschermende en risicofactoren maken we gebruik van afbeelding 1. Deze afbeelding geeft het micro, meso en macro niveau weer en splitst deze verder op. Het microniveau wordt verdeeld in kindfactoren, ouderfactoren en gezinsfactoren. Het mesoniveau wordt verdeeld in sociale gezinsfactoren en sociale buurtfactoren. Ten slotte wordt het macroniveau opgedeeld in sociaaleconomische gezinsfactoren, culturele factoren en maatschappelijke factoren. Het geheel van beschermende factoren is de basis van de draagkracht van iemand, het geheel van risicofactoren is de draaglast van iemand. Deze afbeelding is niet specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking ontwikkeld, daarom beschrijven we onder de afbeelding nog een aantal factoren die specifiek gelden voor mensen met een verstandelijke beperking.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?



Afbeelding 1.

Dit schema geeft een duidelijk overzicht van de beschermende en risicofactoren. De draagkracht kan versterkt worden door beschermende factoren in stand te houden of te versterken. Draaglast kan worden vermindert door risicofactoren in te perken.

5.3.1. Beschermende factoren

De factoren die we beschrijven in deze paragraaf hebben betrekking op zwangerschap en aanstaand ouderschap bij vrouwen met een verstandelijke beperking. Een beschermende factor voor zwangere vrouwen met een verstandelijke beperking is het hebben van een stabiele relatie. Daarbij wordt het hebben van een sterke partner omschreven als beschermend. Als aanstaande ouders een woning, een baan en inkomen hebben is dit ook een beschermende factor. Voor het opvoeden van het kind en dus met vertrouwen uitzien naar de geboorte, is het een beschermende factor als de ouder zelf een goede jeugd heeft gehad. Een goede jeugd wordt omschreven als het hebben van een ouder die een voorbeeldfunctie heeft vervuld. Daarnaast zijn liefde en affectie, een goede verzorging en goede of adequate scholing van belang. Het hebben van een netwerk is een beschermende factor. Hier zijn echter nuances in aan te brengen. Of een netwerk beschermend is hangt af van een aantal factoren: welke mensen er tot het netwerk behoren en of de relaties binnen dit netwerk hecht zijn of juist niet. Het is ook belangrijk hoe vaak men in contact komt met de personen binnen het netwerk. Ten slotte is het van belang hoe bereikbaar bepaalde voorzieningen zijn voor de aanstaande ouders. Afhankelijk van de verstandelijke beperking van de aanstaande ouder zijn er

een aantal beschermende factoren op sociaal emotioneel gebied. Deze beschermende factoren zijn: emotionele stabiliteit, het hebben van een positief zelfbeeld, het in staat zijn om impulsen te controleren, frustratietolerantie, gewetensfunctie, het hebben van vertrouwen en in staat zijn tot zelfreflectie. Een andere beschermende factor is de leerbaarheid van de zwangere vrouw, een vraag die hierbij belangrijk is of zij in staat is om het geleerde in andere situaties toe te passen. Daarnaast is bereidheid tot ondersteuning en veranderingsgericht aan de slag gaan een beschermende factor. Om veranderingsgericht aan het werk te gaan moeten hier natuurlijk de mogelijkheden voor zijn. De mate van voorlichting kan een beschermende factor zijn; als vrouwen beter zijn voorgelicht over zwangerschappen zullen zij beter begrijpen wat er gebeurt. Daarnaast zullen vrouwen die beter zijn voorgelicht hulp en ondersteuning beter kunnen accepteren (Joha, ouders met een verstandelijke beperking, 2004, pp. 17-18-19).

5.3.2. Risicofactoren

Voor ouders met een licht verstandelijke beperking bestaan er ook risicofactoren. Een eerste risicofactor is de aanwezigheid van meerdere kinderen. Een andere risicofactor is het ontbreken van een eigen woning, een baan en inkomen. Als de aanstaande ouder in haar jeugd uit huis geplaatst is of als er verwaarlozing heeft plaatsgevonden kan dit leiden tot onmacht in de opvoeding, dus ook in het met vertrouwen uitzien naar het kind. Om deze reden worden deze ervaringen ook als risicofactor gezien. Ook vanuit het netwerk kan er sprake zijn van risicofactoren. Risicofactoren vanuit het netwerk zijn: het plaatsvinden van pestgedrag of isolatie, als mensen in de omgeving negatieve verwachtingen en een sceptische houding hebben, onrust met de burens en een andere culturele achtergrond hebben dan de andere buurtbewoners. Er bestaan ook risicofactoren binnen de persoon zelf; deze risicofactoren zijn op sociaal-emotioneel gebied: emotionele labiliteit, een negatief zelfbeeld, een slechte impulscontrole, een lage frustratietolerantie, weinig vertrouwen, een slechte gewetensfunctie en een slecht vermogen tot zelfreflectie. Een andere risicofactor ontstaat als de aanstaande ouder zich niet leerbaar wil opstellen en datgene wat zij leert niet in andere situaties weet toe te passen. Een andere risicofactor bestaat als ouders niet goed voorgelicht en voorbereid zijn op de zwangerschap (Joha, ouders met een verstandelijke beperking, 2004, pp. 17-18-19).

Uit bovenstaande paragraaf blijkt dat er bij de zwangerschap van vrouwen met een lichte verstandelijke beperking beschermende en risicofactoren zijn. Het succesvol verloop van de zwangerschap kan beïnvloed worden door deze factoren. Dit onderzoek richt zich op het aansluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Er zijn echter ook beschermende en risicofactoren buiten de zwangere vrouw zelf naar voren gekomen. Zo speelt bijvoorbeeld het netwerk een belangrijke rol. Om aan te kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijk beperking moet dus niet alleen rekening worden gehouden met de zwangere vrouw, maar ook met externe factoren. Hoe begeleiders met deze factoren rekening kunnen houden beschrijven we in de volgende paragraaf.

5.4. Ondervangen van beschermende en risicofactoren

Begeleiders kunnen een rol spelen in het ondervangen van beschermende en risicofactoren. In de voorgaande paragraaf hebben we een overzicht gegeven van beschermende en risicofactoren. Om duidelijk te maken welke rol begeleiders van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking kunnen spelen in het ondervangen van beschermende en risicofactoren citeren we het Nederlands Jeugdinstituut:

“Gezinnen met meervoudige risicofactoren zijn op de drie verschillende niveaus bijzonder kwetsbaar en lopen extra kans op opvoedings- of ontwikkelingsproblemen. De verschillende factoren kunnen elkaar in principe versterken of verzwakken. Zo is uit onderzoek gebleken dat de invloed van risicofactoren gereduceerd kan worden indien er sprake is van beschermende factoren in de omgeving van het kind. De meest beschermende factor is in dit verband de sociale steun. Een risicofactor op het ene niveau hoeft niet noodzakelijk door een beschermende factor op hetzelfde niveau te worden gecompenseerd: beschermende factoren op het macroniveau kunnen bijvoorbeeld tegenwicht bieden tegen bedreigende factoren op mesoniveau. Een ophoping van risicofactoren moet worden gecompenseerd door een ophoping van beschermende factoren.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Om de wisselwerking tussen beschermende en risicofactoren, tussen individuele ontwikkeling en sociale omgeving en tussen de verschillende socialisatiemilieus in kaart te brengen, kunnen de begrippen draagkracht en draaglast worden gebruikt. Draagkracht is het geheel van competenties en beschermende factoren waarmee ouders en kinderen de draaglast het hoofd bieden. Draaglast is het geheel van taken dat ouders en kinderen te vervullen hebben (voorzien in de primaire levensbehoeften en materiële behoeften, huishoudelijke en maatschappelijke taken, opvoeding enz.). De verhouding tussen draagkracht en draaglast bepaalt of ouders de opvoeding daadwerkelijk 'aankunnen'." (NIZW, z.d.).

Als zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking zelf niet in staat zijn om deze balans te vinden, is het een taak voor begeleiders om hier een rol in te spelen. Als begeleider van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het daarom van belang om de beschermende en risicofactoren in kaart te brengen. Zodra men dit duidelijk heeft weet men ook op welk gebied veranderingen gestimuleerd zouden kunnen worden. Door deze veranderingen kan de draagkracht van mensen met een lichte verstandelijke beperking vergroot worden, waardoor de kans op een succesvolle zwangerschap ook toeneemt.

In de twee voorgaande paragrafen hebben we beschreven welke beschermende en risicofactoren van invloed zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking en hoe deze ondervangen kunnen worden. De balans in draagkracht en draaglast van een zwangere vrouw met een lichte verstandelijke beperking is belangrijk voor het succesvol verlopen van de zwangerschap. Om deze balans te vinden moeten begeleiders de beschermende factoren vergroten en de risicofactoren verkleinen. Daarom is het belangrijk om deze factoren in beeld te brengen. Om verder in te gaan op begeleidingstaken beschrijven we in de volgende paragraaf, op basis van de doelgroepanalyse, een begeleidingswijze die aansluit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

5.5. Begeleidingswijze

In dit onderzoek wordt de vraag gesteld hoe begeleiders van de Driestroom aan kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Het hanteren van een bepaalde begeleidingswijze kan invloed hebben op de mate waarin begeleiders aansluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Daarom beschrijven we hieronder welke begeleidingswijze het beste aansluit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Vanuit de theorie over cognitieve ontwikkeling zien we dat mensen met een lichte verstandelijke beperking vaak in de concreet operationele fase zitten. Voor de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking heeft dit een aantal consequenties. Het is bijvoorbeeld belangrijk om in het uitleggen van situaties die nog moeten plaatsvinden zo concreet mogelijk te zijn.

In de omgang met anderen, dus de sociale vaardigheden, hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak nog een coach nodig. Door dat mensen met een verstandelijke beperking moeite hebben met abstract denken en het interpreteren van complexe situaties ervaren deze mensen vaak problemen in sociale situaties. Ook het generaliseren van situaties is vaak iets wat niet goed lukt. Het herhalen van informatie en het opnieuw vertalen naar andere situaties is nodig om situaties begrijpelijk te maken voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Bij het uitleggen van een situatie aan iemand met een lichte verstandelijke beperking is het raadzaam om aan te sluiten bij situaties die de cliënt aan den lijve heeft ondervonden (Groot, 2009).

Mensen met een lichte verstandelijke beperking beseffen dat ze een verstandelijke beperking hebben. Ze hebben een reëel inzicht in de eigen sterke en zwakke kanten en daar mee een inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen. Ze ervaren ook sterk het anders zijn. Soms is het een moeizaam proces om dit anders zijn te accepteren. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben vaak een sterke behoefte aan autonomie en onafhankelijkheid. Echter door hun beperkte begripsvermogen lukt het meestal niet om zelfstandig te functioneren in de maatschappij. Het gevoel dat ze afhankelijk zijn en blijven van anderen kan angst voor de toekomst te weeg brengen. De meest passende begeleidingsstijl is een coachende benaderingswijze. Niet betuttelende begeleiding en respect voor de autonomie van de cliënt staan centraal (Groot, 2009).

We zien dus dat mensen met een lichte verstandelijke beperking het meest baat hebben bij een coachende begeleidingswijze. Een coachende begeleidingswijze betekent dat een begeleider het initiatief grotendeels overlaat aan de cliënt. De begeleiding heeft een aanvullende rol en geeft richting als dat nodig is. Hieronder beschrijven we een aantal methodieken die aansluiten bij deze begeleidingswijze. In deze methodieken komen onderdelen van een coachende begeleidingsstijl terug, die we zojuist beschreven hebben. De methodieken die we beschrijven zijn de volgende: het ondersteuningsplan, oplossingsgericht werken, het eigen initiatief model en shaping.

Het ondersteuningsplan.

Het ondersteuningsplan, zoals het beschreven wordt door Hermesen, Keukens en Meer (Mensen met een verstandelijke beperking, 2007), is niet specifiek ontwikkeld voor mensen met een lichte verstandelijke beperking, wel is het goed bruikbaar voor deze doelgroep. Een ondersteuningsplan zal in verschillende instellingen verschillende namen hebben. De toepassing er van zal binnen de verschillende instellingen wel overeenkomen. Mensen met een lichte verstandelijke beperking, die tot op zekere hoogte zelfredzaam zijn, eigen keuzen kunnen maken en inzicht hebben in hun eigen beperkingen zullen zeer gebaat zijn bij een plan dat de cliënt centraal stelt en uitgaat van de ondersteuningswensen van deze cliënt. Daarin zien we ook de coachende rol van de begeleider en het inspelen op de initiatieven van de cliënt terug: het ondersteuningsplan stelt de cliënt centraal, gaat op zoek naar de ondersteuningswensen van de cliënt en probeert die te realiseren. In het ondersteuningsplan wordt gewerkt met doelen. Deze doelen worden, in overleg met de cliënt, opgesteld door de begeleider. De cliënt heeft dus zelf een grote inbreng in het bepalen van de doelen waar hij of zij aan wil werken, waardoor de cliënt zich meer verantwoordelijk zal voelen om hiermee aan de slag te gaan. Tegelijkertijd biedt het ondersteuningsplan begeleiders de gelegenheid om cliënten te wijzen op de doelen die zijn opgesteld. Hierdoor kan de begeleiding de cliënt aanspreken op zijn verantwoordelijkheid. In overleg met de cliënt kan de begeleiding doelen opstellen met betrekking tot de zwangerschap van een cliënt. Het is dan belangrijk dat de cliënt achter de doelen staat en bereid is om hier aan te werken. Het ondersteuningsplan is methodisch, en voor iedereen makkelijk te vinden. Dit zorgt ervoor dat de begeleiding aan cliënten voorspelbaar is. Het naleven ervan kan soms lastig zijn, omdat het om een verandering in het denken en doen vraagt, zowel aan de kant van de ondersteuner als aan de kant van de cliënt.

De persoonlijke toekomstplanning (PTP) methode speelt een grote rol in het opstellen van het IOP. Met behulp van PTP worden de toekomstwensen van de cliënt verkent. Een belangrijk onderdeel is de steungroep, een groep van mensen uit het netwerk van de cliënt, vrienden, familie en professionals. Ook is er een coach aanwezig om het hele proces te ondersteunen. De mogelijkheden van de cliënt staan centraal en er wordt uitgegaan van de droom van de cliënt. “Het biedt een nieuwe dimensie aan het orthopedagogisch denken en handelen waarin de persoon met een beperking als een gelijkwaardige burger wordt gezien die zelf keuzen leert maken en controle leert verwerven over zijn eigen leven.” (Gils, z.d.)

Het individueel ondersteuningsplan stelt de cliënt centraal en gaat uit van de ondersteuningswensen van de cliënt. De cliënt is mede verantwoordelijk voor de doelen die in dit ondersteuningsplan staan. De persoonlijke toekomstplanning geeft de cliënt de mogelijkheid om over zijn dromen na te denken. Vervolgens wordt geprobeerd deze dromen zo veel mogelijk om te zetten in doelen. Een begeleider neemt tijdens het opstellen van het ondersteuningsplan een coachende rol in. Dit doet hij door uit te gaan van de wensen en dromen van de cliënt. Hieronder beschrijven we een andere methodiek waarin de mening van de cliënt voorop wordt gesteld en de begeleider een coachende rol inneemt.

Oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten.

Oplossingsgerichte therapie is een vorm van cognitieve gedragstherapie. Het gaat echter niet uit van probleemgedrag, maar richt zich op momenten waarop bepaalde dingen al wel goed gaan, oftewel uitzonderingssituaties. Er wordt uit gegaan van de cliënt en van de door hem gewenste situatie in de toekomst. De cliënt is dus expert, i.p.v. de begeleider. Dit zorgt er voor dat er meer hoop ontstaat, omdat er (bijna) niet meer over het probleem gepraat wordt. Als men namelijk constant over het probleem praat bestaat het risico dat er een vicieuze cirkel ontstaat, waarin het

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

probleem steeds groter wordt. Door op zoek te gaan naar wat de cliënt wil bereiken blijft de regie bij de cliënt. Dit sluit aan bij een coachende begeleidingswijze.

Er zijn een aantal uitgangspunten geformuleerd (Roeden & Bannink, 2007, pp. 30-35) die duidelijk maken waar oplossingsgericht werken om draait. We werken deze uitgangspunten kort uit, om meer inzicht te geven in deze manier van begeleiden.

1. Weerstand is geen bruikbaar begrip.

De term weerstand heeft iets negatiefs in zich, wat kan suggereren dat de cliënt niet zou *willen*. Weerstand moet meer worden gezien als een signaal van de cliënt dat de begeleider te hard van stapel loopt. Hiermee worden beide partijen uitgenodigd tot afstemming van wat men wil.

2. Er is altijd sprake van samenwerking.

De begeleider en de cliënt horen samen te werken tegen het probleem. Iemand die oplossingsgericht te werk gaat zoekt naar wat belangrijk is voor de cliënt en maakt gebruik van hulpbronnen en sterke kanten van de cliënt. De samenwerking wordt bevorderd door uit te gaan van de mogelijkheden van de cliënt.

3. Verandering is onvermijdelijk.

De vraag is niet *of*, maar *wanneer* er verandering zal optreden. Iemand die oplossingsgericht werkt vraagt de cliënt: wat wil je in plaats van je probleem?

4. Slechts een kleine verandering is nodig.

Er wordt uitgegaan van het belang van kleine veranderingen, die vervolgens zouden kunnen omslaan in grote veranderingen. Als men waarde hecht aan iets kleins, geeft dat de cliënt hoop. Een voorbeeld hiervan is dat men op zoek gaat naar uitzonderingssituaties, waarbij het probleem dus *niet* voor komt.

5. De meeste cliënten zijn al in het bezit van de hulpbronnen die zij nodig hebben om te veranderen.

Cliënten hebben competenties, vaardigheden en hulpbronnen om om te gaan met de moeilijkheden van het leven. Het is aan de begeleider om die er bij te betrekken.

6. Problemen zijn niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen.

Een begeleider die oplossingsgericht werkt kijkt terug naar wat in het verleden wel gewerkt heeft en niet gewerkt heeft om een bepaalde moeilijkheid op te lossen. Van daaruit word verder gekeken naar wat men in het heden kan doen.

7. Het is niet nodig veel over het probleem te weten om het te kunnen oplossen.

Geen enkel probleem is er altijd in dezelfde mate, er zijn altijd uitzonderingen. De aandacht van de cliënt wordt gericht op eerdere successen in plaats van op mislukkingen. Dit creëert een positieve verwachting.

8. De cliënt definieert het behandeldoel.

Begeleiders kunnen door hun opleiding en kennis gaan denken dat zij de expert zijn op het gebied van de problemen van cliënten. Bij oplossingsgericht werken neemt de begeleider een 'niet-wetende' houding aan. De cliënt is de expert van zijn eigen leven en ze weten zelf wat het beste bij hun behoeften past.

9. De werkelijkheid wordt door de observator bepaald en de oplossingsgerichte professional neemt deel aan het scheppen van de werkelijkheid van het systeem waarmee hij werkt.

Psychoanalytici zullen onopgeloste conflicten zien, probleemgerichte gedragstherapeuten zien aangeleerd probleemgedrag. Bij oplossingsgericht werken worden cliënten aangemoedigd om hun verhaal te vertellen op basis van hun doel, in plaats van het doel te baseren op hun verhaal.

10. Er zijn veel manieren om naar een situatie te kijken, alle even juist.

Er is geen definitieve en juiste verklaring van de werkelijkheid. Verschillen in het benaderen van de werkelijkheid worden aangemoedigd, omdat ze allemaal op hun eigen manier succesvol kunnen zijn.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Het oplossingsgericht werken is afgeleid van de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve therapie doet een beroep op de cognitieve vaardigheden van mensen. Echter voor mensen met een verstandelijke beperking, die verminderde cognitieve vaardigheden hebben, zijn er ook mogelijkheden om met muzische middelen te werken. Zo kunnen bepaalde voorstellen visueel worden gemaakt, waarmee wordt aangesloten op de belevingswereld van de cliënt. Ook is het belangrijk om vragen minder abstract te maken, omdat mensen met een lichte verstandelijke beperking hier niet goed mee om kunnen gaan. Het is dus belangrijk om de gespreksvoering aan te passen aan het niveau van de cliënt en rekening te houden met zijn of haar verstandelijke beperking. Er wordt uitgegaan van de expertise van de cliënt, met betrekking tot zijn eigen situatie. Hiermee doet men als begeleider recht aan de mogelijkheden van mensen met een lichte verstandelijke beperking, door de cliënt zelf te laten nadenken. Tegelijkertijd vergroot men hiermee het zelfvertrouwen van cliënten, omdat de competenties van de cliënt benadrukt worden. Een ander belangrijk aspect van oplossingsgericht werken is het benadrukken van situaties waarin iets goed gaat. Dit bevordert ook het zelfvertrouwen van cliënten en maakt situaties overzichtelijker voor de cliënt. Volgens het oplossingsgericht werken zijn motivatie om te veranderen en vertrouwen in het kunnen nodig om een bepaald doel te bereiken. Een manier om motivatie en vertrouwen te meten is het stellen van de zgn. schaalvraag. Hierbij geeft een cliënt aan, op een schaal van nul tot tien, hoeveel vertrouwen/motivatie hij of zij heeft om te veranderen. Het door de cliënt gegeven cijfer biedt aanknopingsmogelijkheden om verder in gesprek te gaan. Het belang van het concreet maken van situaties, zoals beschreven in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk, komt tot uiting in de samenwerking tussen begeleider en cliënt. Het stellen van de schaalvraag is een manier om te concretiseren. Samenwerking is één van de uitgangspunten van oplossingsgericht werken.

Het oplossingsgericht werken biedt cliënten meer regie over hun leven, omdat er wordt uitgegaan van de expertise van de cliënt. Door de cliënt zelf op zoek te laten gaan naar oplossingen neemt de begeleider een coachende rol in. Door de gespreksvoering aan te passen kan deze methode goed gebruikt worden in het werken met mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hieronder beschrijven we de volgende methode, het Eigen Initiatief Model, dat uitgaat van de supportvisie.

Eigen Initiatief Model (EIM).

Het uitgangspunt van het Eigen Initiatief Model, ontwikkeld door Besten&Vulpen (Begeleid ontdekkend leren, het Eigen Initiatief Model in zes stappen, 2009), is dat mensen met een verstandelijke beperking denkvaardigheden kunnen leren. Het model gaat uit van de zogenaamde supportvisie. Letterlijk vertaald betekend support ondersteuning. De supportvisie is er op gericht om iemand met een verstandelijke beperking zoveel mogelijk de regie over zijn eigen leven te geven. Wat iemand zelf kan, doet hij zelf. Wat iemand zelf niet meer kan wordt in de eerste plaats aangevuld door mensen uit zijn eigen netwerk. Door de regie zo veel mogelijk bij de cliënt te laten komt de coachende begeleidingswijze terug.

Stoplichtmodel

Bij het werken volgens het eigen initiatief model staat het zelf nadenken van de cliënt centraal. Het stoplichtmodel is een handvat voor cliënten en hulpverleners. Dit model zorgt ervoor dat denkstappen in het uitvoeren van bepaalde taken duidelijk worden. Afbeelding 2 geeft een weergave van een ingevuld stoplichtmodel. De begeleider kan dit model gebruiken om de cliënt te stimuleren zelf na te denken. Hierdoor kan voorkomen worden dat de cliënt bij voorbaat al om hulp vraagt. Daarnaast voorkomt dit model dat de begeleider denkstappen van de cliënt overneemt.

Afbeelding 2 maakt stappen duidelijk als men zelfstandig wil gaan werken. Dit thema en de stappen in het stoplicht kunnen naar eigen inzicht veranderd worden. Zo kan er bijvoorbeeld ook een stappenplan geschreven worden voor zelfstandig schoonmaken. Het rode licht zorgt ervoor dat men van te voren nadenkt over de richting waar iemand heen wil. Het oranje licht zorgt ervoor dat er tussendoor als het ware geëvalueerd wordt of het goed gaat en wat er beter kan. Het groene licht zorgt ervoor dat men terug kijkt op de genomen stappen. Zo kan er geleerd worden van wat er goed en minder goed ging (Mulder & Dekker, 2000).



Afbeelding 2

De schrijvers hebben, om het model te ondersteunen, een vijftal competenties van effectieve begeleiders opgesteld (Besten & Vulpen, 2009, p. 21), die het werken met het EIM beter mogelijk maken.

De competenties zijn de volgende:

1. Cliëntgericht handelen; men zoekt naar de vraag van de cliënt en neemt deze als vertrekpunt voor het handelen.
2. Doelgericht handelen; men zet de vraag van de cliënt om in doelstellingen en richt het handelen op het realiseren hiervan.
3. Ontwikkelingsgericht handelen; men laat zien kwaliteiten en vaardigheden bij een cliënt vrij te maken, zodat deze zo zelfstandig mogelijk functioneert zonder dat hij wordt overvraagd.
4. Netwerkgericht handelen; men is in staat met de cliënt een netwerk op te bouwen, waar nodig uit te breiden en te onderhouden.
5. Samenwerkingsgericht handelen; men werkt zo samen met de cliënt, zijn netwerk en collega's dat dit maximaal bijdraagt aan het beantwoorden van de vraag van de cliënt.

Bovenstaande competenties geven begeleiders concrete handvatten over het aansluiten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hiermee doen zij recht aan de autonomie van cliënten met een lichte verstandelijke beperking.

Het eigen initiatief model laat de regie zoveel mogelijk over aan de cliënt. Hieruit blijkt de coachende rol van de begeleider. Het werken volgens dit model zorgt ervoor dat men een zo concreet mogelijk kader aan de cliënt biedt. Het beperkte abstracte denkvermogen van mensen met een lichte verstandelijke beperking maakt dat het belangrijk is om gebeurtenissen concreet te maken. Dit is naar voren gekomen in de beschrijving van de doelgroep. Het concretiseren komt ook naar voren bij de methode shaping. Deze methode beschrijven we hieronder.

Shaping

In de doelgroepanalyse is gebleken dat mensen met een lichte verstandelijke beperking een beperkt abstract denkvermogen hebben. Dit abstract denkvermogen is echter belangrijk in de voorbereiding op ouderschap, omdat er dan vooruitgedacht moet worden. Zij zijn zwanger maar zijn moeilijk in staat om zich nieuwe situaties in te kunnen denken. Zij kunnen zich dus moeilijk voorstellen hoe het zal zijn om te bevallen en een kind te hebben. Dit kan tot gevolg hebben dat ze dus ook niet kunnen overzien wat er nodig is als de baby er is. Dit kan op praktisch gebied tot lastige situaties leiden. Omdat mensen met een lichte verstandelijke beperking moeite hebben abstract te denken is het belangrijk activiteiten die gedaan moeten worden voor te structureren en te concretiseren. Een manier waarop dit kan is shaping. Shaping houdt in dat opdrachten verdeeld worden in kleine

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

stapjes. Door deze stapjes wordt een bepaalde activiteit haalbaar en overzichtelijk voor de cliënt (Baasgaard & Wagner, 2004). Bij het ondersteuningplan staat omschreven dat begeleiders samen met hun cliënt doelen opstellen. Deze doelen kunnen door middel van shaping in stukjes worden gehakt. Hierdoor worden deze doelen, die groot kunnen zijn, inzichtelijk gemaakt voor cliënten.

Bij deze methode speelt het bekrachtigen van cliënten een belangrijke rol. Bekrachtiging houdt in dat iemand een positieve consequentie ondervindt door het gedrag wat hij vertoont. Als complexe taken worden opgedeeld in voor de cliënt behapbare opdrachten wordt de cliënt in staat gesteld om zelf complexe taken te voltooien. Dit zorgt voor zelfvertrouwen en zorgt ervoor dat de cliënt zoveel mogelijk zijn autonomie behoudt. Hierin komt de coachende begeleidingswijze naar voren, omdat men de cliënt de verantwoordelijkheid geeft maar niet aan zijn lot overlaat. De positieve consequenties die een cliënt ondervindt als de tussenstappen behaald worden, geven de cliënt bevestiging van de eigen mogelijkheden.

Zoals hierboven beschreven staat kan het onvermogen tot abstract denken op praktisch gebied voor lastige situaties zorgen. Bij een zwangerschap moeten nou eenmaal veel praktische zaken geregeld worden. Een overzicht hiervan staat in bijlage 4. In het werken met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk dat de begeleider deze zaken niet uit het oog verliest.

Hierboven heeft u een viertal methodes kunnen lezen die aansluiten bij de coachende begeleidingswijze. De belangrijkste kenmerken van een coachende begeleidingswijze zijn: dat de autonomie van de cliënt centraal staat en dat men niet betuttelend is in de begeleiding. De coachende begeleidingswijze blijkt bij het ondersteuningsplan uit het feit dat de cliënt hierin centraal staat en dat men uitgaat van de ondersteuningswensen van de cliënt. Bij het oplossingsgericht werken blijkt de coachende begeleidingswijze vooral uit het feit dat de cliënt wordt gezien als expert. De coachende begeleidingswijze komt bij het eigen initiatief model terug doordat deze methode uitgaat van de supportvisie. De supportvisie is er op gericht om iemand met een verstandelijke beperking zo veel mogelijk de regie over zijn eigen leven te geven. Shaping tot slot geeft blijk van de coachende begeleidingswijze door complexe taken in kleine opdrachten te verdelen. Hierdoor geeft men de cliënt verantwoordelijkheid maar hij wordt niet aan zijn lot overgelaten. We sluiten het literatuuronderzoek af door hieronder de conclusies te beschrijven.

Conclusie op het literatuuronderzoek

Als afsluiting van ons literatuuronderzoek geven we hieronder de belangrijkste bevindingen uit dit literatuuronderzoek weer.

De maatschappelijke positie van mensen met een verstandelijke beperking is veranderd. Waar mensen met een verstandelijke beperking in het verleden buiten de maatschappij stonden en gezien werden als ziek, ligt nu de nadruk op ontwikkeling en integratie. Mensen met een verstandelijke beperking horen midden in de maatschappij en hebben dezelfde rechten als mensen zonder verstandelijke beperking. Deze ontwikkeling heeft er aan bijgedragen dat de doelgroep van dit onderzoek is ontstaan, namelijk zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Deze doelgroep kenmerkt zich door een IQ score tussen de 50 en 85 en een tekort in het aanpassingsvermogen. De aanpassingsvaardigheden zijn bepalend voor de mate waarin iemand met een verstandelijke beperking mee kan draaien in de maatschappij. Het IQ en het aanpassingsvermogen verschillen per persoon. Dit maakt dat deze doelgroep erg divers is. Vanuit de beschrijving van de cognitieve ontwikkeling stellen we vast dat er aspecten zijn waar de begeleiding rekening mee zou moeten houden om goed aan te kunnen sluiten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Mensen met een lichte verstandelijke beperking komen in hun cognitieve ontwikkeling over het algemeen niet verder dan de fase van concrete operaties. In de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk om abstracte situaties te mijden en zich vooral te richten op concrete ervaringen in het hier en nu. Bij een zwangerschap is het echter wel van belang om voorbereidingen te treffen voor de komst van de baby. Om hier op een goede manier mee om te kunnen gaan is het aan te raden om de zaken die geregeld moeten worden niet in een keer voor te leggen aan de cliënt. Het is beter om deze informatie te visualiseren en te verspreiden over een langere periode.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Niet alleen de cognitieve ontwikkeling speelt in rol in hoe de zwangerschap beleefd wordt. Ook de sociaal-emotionele ontwikkeling heeft hier invloed op. Alle mensen doorlopen dezelfde fasen in hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Bij mensen een verstandelijke verloopt deze ontwikkeling trager. Het komt vaak voor dat de sociaal-emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking achter loopt op de cognitieve ontwikkeling. Dit verschil wordt een disharmonisch ontwikkelingsprofiel genoemd. Dat de sociaal-emotionele ontwikkeling achter loopt kan er voor zorgen dat vrouwen met een lichte verstandelijke beperking niet begrijpen welke veranderingen er plaatsvinden tijdens hun zwangerschap. Dit onbegrip kan zorgen voor onrust. De theorie van ervaringsordening kan begeleiders handvatten bieden om tijdens de zwangerschap aan te sluiten bij de belevingswereld van cliënten.

Een ander aandachtsgebied voor begeleiders is het in balans brengen van de draaglast en de draagkracht van cliënten. De draagkracht en draaglast kunnen in beeld worden gebracht door de beschermende en risicofactoren te inventariseren. De balans tussen draagkracht en draaglast is belangrijk voor het succesvol verlopen van de zwangerschap. Als begeleiders hierbij signaleren dat de draagkracht en de draaglast niet in balans zijn kan het nodig zijn om samen met de cliënt op zoek te gaan naar hoe de balans hersteld kan worden. In het begeleiden van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk om rekening te houden met de behoefte aan autonomie en onafhankelijkheid. Begeleiders kunnen bij die behoefte aansluiten door een coachende begeleidingsstijl te hanteren. Een coachende begeleidingswijze kenmerkt zich door respect voor de autonomie van de cliënt en het niet betuttelend zijn. Een aantal methodieken die aansluiten bij deze coachende begeleidingswijze zijn: het ondersteuningsplan, oplossingsgericht werken, het eigen initiatief model en shaping. De coachende begeleidingswijze blijkt bij het ondersteuningsplan uit het feit dat de cliënt hierin centraal staat en dat men uitgaat van de ondersteuningswensen van de cliënt. Bij het oplossingsgericht werken blijkt de coachende begeleidingswijze vooral uit het feit dat de cliënt wordt gezien als expert. De coachende begeleidingswijze komt bij het eigen initiatief model terug doordat deze methode uitgaat van de supportvisie. De supportvisie is er op gericht om iemand met een verstandelijke beperking zo veel mogelijk de regie over zijn eigen leven te geven. Shaping tot slot geeft blijk van de coachende begeleidingswijze door complexe taken in kleine opdrachten te verdelen. Hierdoor geeft men de cliënt verantwoordelijkheid maar hij wordt niet aan zijn lot overgelaten. Het werken volgens deze methodieken kan het aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking optimaliseren.

Om aan te sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking hebben we vanuit de theorie gezien dat:

- De doelgroep, mensen met een lichte verstandelijke beperking divers is.
- Het belangrijk is om rekening te houden met het adaptief vermogen en abstract denkvermogen van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Dat kan door het concreet-aanschouwelijk maken van situaties en informatie.
- De sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking achter kan lopen op de cognitieve ontwikkeling, kan het voor komen dat de veranderingen die plaatsvinden tijdens een zwangerschap niet begrepen worden. Hier dient in de begeleiding rekening mee te worden gehouden.
- Het belangrijk is om de draagkracht en draaglast van cliënten in beeld te brengen, zodat de begeleiding deze draagkracht en draaglast samen met de cliënt in balans kan brengen.
- Een coachende begeleidingswijze aansluit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

In het volgende hoofdstuk geven we de resultaten van het praktijkonderzoek weer. Dit doen we op basis van de volgende thema's:

- Zwangerschapsbeleving van cliënten
- Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom
- Het netwerk en andere factoren die invloed kunnen hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking
- De mening van medewerkers over de begeleiding die zij bieden

6. Resultaten praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk geven we de resultaten van het praktijkonderzoek weer. Dat doen we aan de hand van een aantal thema's, die we hebben afgeleid van de hoofdvraag van dit onderzoek: Op welke wijze kunnen medewerkers van de Driestroom aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. De thema's zijn: de zwangerschapsbeleving van cliënten, hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom, het netwerk en andere factoren die invloed kunnen hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking en ten slotte de mening van medewerkers over de begeleiding die zij bieden.

Ten eerste beschrijven we wat cliënten hebben gezegd over hoe zij de zwangerschap beleven. Daarbij hoort ook hoe medewerkers zien dat cliënten de zwangerschap beleven. Ook beschrijven we wat cliënten aan kennis hadden over zwangerschap en waar ze die kennis opgedaan hebben.

Ten tweede beschrijven we wat cliënten hebben gezegd over de hulp die ze ontvangen van de Driestroom. Eerst gaan we in op de hulp die cliënten aangeven te ontvangen van de Driestroom, vervolgens geven we weer wat cliënten van die hulp vinden.

Ten derde kijken we naar het netwerk van cliënten. We beschrijven hier wat gezegd is door zowel medewerkers als cliënten. Eerst geven we weer wat cliënten hebben gezegd over hun familie. Daarna vertellen we wat cliënten hebben gezegd over de reactie van hun naaste betrokkenen op hun zwangerschap. Hierna geven we weer wat medewerkers daarover hebben gezegd. We laten eerst zien wat medewerkers over de familie van cliënten gezegd hebben en vervolgens wat ze gezegd hebben over het netwerk van cliënten in zijn algemeenheid. Als laatst beschrijven we de mening van medewerkers over de partner van cliënten.

Ten vierde beschrijven we andere factoren die een rol spelen bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Eerst geven we weer wat cliënten en medewerkers over wonen hebben gezegd. Daarna beschrijven we wat cliënten en medewerkers over financiën en werk van cliënten gezegd hebben. Vervolgens geven we weer wat er door medewerkers is gezegd over factoren die met de cliënt te maken hebben. In het slot van deze paragraaf beschrijven we de houding van cliënten ten opzichte van begeleiding en wat hierover gezegd is door medewerkers en cliënten.

De laatste paragraaf beginnen we met wat medewerkers hebben gezegd over wat ze nu doen voor cliënten. Daarna geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over hun houding naar cliënten toe. Vervolgens komen aspecten van de manier van werken van begeleiders naar voren. Hierna geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over belangen die ze tegenkomen in het werken met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Daarna geven we weer wat een cliënt heeft gezegd over het AMK, waarna we de mening van medewerkers over het AMK beschrijven: eerst vertellen we wat ze merken dat het AMK met cliënten doet en daarna vertellen we welke moeilijkheden melding bij het AMK met zich mee brengt. Hierna geven we een aantal ideeën van medewerkers weer en sluiten we af met wat medewerkers hebben gezegd over scholing.

6.1. Zwangerschapsbeleving cliënten

In deze paragraaf gaan we in op de zwangerschapsbeleving van cliënten. We geven weer wat cliënten en medewerkers hebben gezegd over de beleving van de zwangerschap. Dit schetst een beeld over wat het betekent voor vrouwen met een lichte verstandelijke beperking om zwanger te zijn. Verder willen we in deze paragraaf ingaan op de kennis van cliënten over zwangerschap. We beschrijven welke kennis cliënten hebben en waar ze deze kennis hebben opgedaan. Deze kennis kan van invloed zijn op hoe cliënten hun zwangerschap beleven. Als ze namelijk weten wat er gebeurt dan kan de beleving veranderen. De zwangerschapsbeleving van cliënten kan ook aansluitingsmogelijkheden bieden voor begeleiders.

6.1.1. Beleving van de zwangerschap door cliënten

In de interviews hoopten we erachter te komen hoe cliënten hun zwangerschap beleven. Wat hieruit naar voren gekomen is geven we weer in de onderstaande subparagraaf.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

In de interviews hebben cliënten een aantal zaken genoemd over hoe zij de zwangerschap beleven. Cliënten hebben een aantal dingen met betrekking tot zwangerschap als fijn benoemd en een aantal dingen als minder fijn benoemd. De woorden fijn en gezellig komen vaak naar voren in de interviews. Elsbeth beschrijft haar zwangerschap als volgt:

“Zwanger zijn vond ik heerlijk, ik wou er nog wel een, maar mijn man die wou niet meer.” (C.1.24, 31-03-2011)

Naast het als fijn ervaren van de zwangerschap geven drie cliënten ook aan dat ze blij waren met hun zwangerschap. Petra vertelt dat ze blij is dat ze een kindje krijgt. Twee cliënten geven in de interviews aan dat ze de cadeautjes en de belangstelling wel leuk vinden. Merel geeft aan dat ze zich meer bewust is van haar zwangerschap dan dat ze dat was bij haar eerdere twee kinderen. Ze geeft hierbij aan in haar vorige twee zwangerschappen erg jong te zijn geweest, waardoor er een hele nieuwe wereld voor haar open ging. Merel geeft aan een zwangerschap te zien als een kroon op de relatie. Petra vertelt dat ze de zwangerschap nu vooral fijn vindt omdat ze niet meer ziek is. Hanna noemt dat ze buiten de lichamelijke kwaaltjes verder nergens last van heeft:

“Het enige waar ik last van heb gehad is ja net de liezen zeg maar, omdat dat allemaal aan elkaar zit, verbonden met spieren van het bekken en voor de rest nergens last van.” (C.6.11, 19-04-2011)

Een aantal lichamelijke zaken die komen kijken bij een zwangerschap worden door cliënten als niet prettig benoemd. Vooral misselijkheid en de bevalling komen vaak naar voren. Noortje vertelt hierover het volgende:

“Ik was wel blij ja, dat ik zwanger was, alleen gewoon ja, af en toe dat pijn, dat overgeven, dat ziek zijn, dat soort dingen. Dat was wel een beetje, nee dat hoefde van mij niet. En de bevalling hoefde van mij ook niet. Ik heb gebeten en geknepen. Zoveel pijn was het.” (C.2.32, 31-03-2011)

Twee cliënten vertellen dat ze de zwangerschap in het begin zwaar vonden. Later werd het leuker doordat de misselijkheid over was. Daarnaast geeft Johanna aan dat ze moest oppassen met wat ze at. Noortje vertelt dat ze op een gegeven moment geen gevoel meer had in haar buik. Ze was toen bang dat het kindje weg was. Johanna vertelt dat ze het gevoel had van alles te moeten. Noortje sluit hierbij aan door te vertellen dat ze veel moest rusten voor de baby:

“En dan veel boven liggen hè. Je mag dan niet beneden zitten en je moest naar boven, en in mijn eigen huis wil ik gewoon ja gewoon rustig en je doet niks, ja dan hoef je niet alleen boven te liggen, dat vind ik.” (C.2.26, 31-03-2011)

In bovenstaande subparagraaf is vooral naar voren gekomen dat cliënten hun zwangerschap als fijn en gezellig hebben ervaren. De cadeautjes en de belangstelling vonden cliënten ook leuk. De misselijkheid en de bevalling ervaren zij als minder prettig. In bovenstaande subparagraaf hebben we weergegeven wat cliënten gezegd hebben over de beleving van hun zwangerschap. Ook medewerkers hebben hierover een aantal zaken genoemd. Deze beschrijven we in de volgende subparagraaf.

6.1.2. Beleving zwangerschap volgens medewerkers

Medewerkers hebben in de interviews aangegeven hoe zij zien en denken dat cliënten de zwangerschap beleven. Een aantal medewerkers geeft aan dat de zwangerschap in de beleving van de cliënten alleen maar leuk is. Marieke zegt hierover het volgende:

“Ja, in hun beleving is het vooral allemaal leuk. En het kindje huilt echt niet de hele dag. Het is alleen maar leuk. En verder weten ze het niet.” (M.7.21, 14-04-2011)

Marieke geeft ook aan dat het zien van andere kinderen van invloed is op het beeld dat cliënten hebben van kinderen:

“Want op het moment dat ze een ander kindje zien van broer of zus is het ook een leuk moment want het kindje krijgt aandacht dus het is leuk.” (M.7.22, 14-04-2011)

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Evelien ziet bij haar cliënt dat ze de zwangerschap nu leuk vindt omdat de misselijkheid voorbij is. Volgens Evelien wordt vooral de misselijkheid als last ervaren. Evelien vertelt dat de cliënt ervaart dat er iets gebeurt in haar lichaam, maar dat ze het daar niet veel over heeft. In een ander interview vertelt Marieke dat de kinderen van haar zwangere cliënt voor de cliënt zelf geboren worden en niet voor de wereld. Om deze reden heeft de cliënt een hekel aan dingen die ze moet. Ze denkt volgens Marieke vooral vanuit zichzelf. Evelien ziet dat haar cliënt de zwangerschap op een andere manier beleefde:

“Ja maar weet je wat ik ook wel merk het zijn mensen met een beperking, dus de beleving van de zwangerschap is anders heb ik het idee. En ik ben zelf moeder dus dat is dan de ervaring die ik zelf heb, hoe dat is hé, zwangerschap, een bevalling, moederschap.” (M.3.14, 29-03-2011)

Er wordt door medewerkers aangegeven dat ze het idee hebben dat cliënten hun zwangerschap leuk vinden en geen nadelen zien. Ook vinden cliënten zwangerschap leuk als ze niet meer misselijk zijn. Medewerkers geven ook aan dat ze denken dat cliënten kinderen vooral voor zichzelf krijgen. Vanuit de belevingswereld van cliënten volgens henzelf en volgens medewerkers, beschrijven we in de volgende subparagraaf wat cliënten en medewerkers gezegd hebben over kennis met betrekking tot de zwangerschap.

6.1.3. Kennis van cliënten

Cliënten hebben in de interviews een aantal dingen genoemd die betrekking hebben op kennis over zwangerschap en zwanger zijn. Merel geeft aan dat ze wel kennis had over kinderen in het algemeen, maar weinig kennis had over zwangerschap en bevallen. Elsbeth noemt dat ze niks wist over zwangerschap en wat er allemaal bij kwam kijken. Er wordt aangegeven door Noortje dat het in boeken allemaal heel anders is dan in werkelijkheid:

“Dat wel, maar in boeken lees je toch heel anders als in werkelijkheid is hoor. Ook met de zwangerschap, lees je in boeken toch anders als in werkelijkheid is. Want ik wist niet toen ik van de eerste zwanger was, dat het weeën waren.” (C.2.15.1, 31-03-2011)

Het was de eerste keer ook allemaal nieuw voor Hanna.

Ten slotte geeft een medewerker, Evelien, aan dat cliënten vaak kennis en kwaliteiten missen en dat dit voor lastige situaties kan zorgen:

“En dat is lastig hoor, je zit altijd in een soort dilemma, van tenminste kan je in komen, van cliënten die het allemaal heel graag zelf willen doen en ook heel graag zelf alles willen organiseren maar soms vaak de kennis missen of de kwaliteiten om dat kindje op te voeden.” (M.3.27.2, 29-03-2011)

Ten slotte geven weer wat cliënten hebben gezegd over waar ze kennis opdoen over zwangerschap en kinderen. Noortje geeft aan dat ze kennis heeft opgedaan door gebruik te maken van boeken. Merel heeft afgekeken bij haar zus en geluisterd naar de verloskundige en het ziekenhuis.

Cliënten noemden in bovenstaande subparagraaf dat wat ze in boeken lezen niet overeenkomt met de werkelijkheid. Door een cliënt wordt ook genoemd dat ze geen kennis had over zwangerschap en bevallen. Een medewerker geeft aan dat ze denkt dat cliënten vaak kennis en kwaliteiten missen om een kind op te voeden.

Cliënten hebben aangegeven dat ze hun zwangerschap als fijn en gezellig ervaren. Lichamelijke zaken die betrekking hebben op de zwangerschap ervaren zij als minder prettig. Medewerkers geven aan dat cliënten de zwangerschap voornamelijk als leuk ervaren en zich niet bewust zijn van de minder leuke kanten. Als minder leuke kant van zwangerschap wordt door medewerkers de misselijkheid genoemd; als cliënten geen last meer hebben van misselijkheid dan vinden ze de zwangerschap leuk. Verder hebben cliënten aangegeven dat ze weinig kennis hadden over zwangerschap en bevallen. Ook medewerkers herkennen dit. Een medewerker signaleert ook dat cliënten vaak kennis en kwaliteiten missen om een kind op te voeden. Cliënten doen hun kennis over zwangerschap op uit boeken en door te luisteren naar de verloskundige. In de volgende

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

paragraaf beschrijven we welke hulp cliënten aangeven te ontvangen van de Driestroom en wat cliënten van die hulp vinden.

6.2. Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom

In de interviews hebben we cliënten gevraagd naar de hulp die ze ontvangen van de Driestroom. Hier schetsen we in deze paragraaf een beeld van. We omschrijven welke hulp cliënten aangeven te ontvangen. Daarnaast beschrijven we wat cliënten gezegd hebben over de begeleiding die ze ontvangen.

6.2.1. Hulp die genoemd wordt door cliënten

Cliënten geven aan dat ze hulp ontvangen op de volgende twee gebieden: praktisch en door het in gesprek gaan over wat de cliënt bezig houdt. We geven eerst weer wat cliënten hebben gezegd over de praktische hulp die ze ontvangen. Twee praktische zaken die worden genoemd zijn belastingen en formulieren. Merel geeft aan dat zij de belastingen niet snapt en Elsbeth geeft aan dat ze hulp ontvangt bij formulieren. Ze zegt hierover het volgende:

“Ja, als ik een formulier binnen krijg, zeg maar waar ik er niet meer uit kan komen, of wat ik niet snap. Dan krijg ik goede hulp bij.” (C.1.17, 31-03-2011)

Hanna sluit hier op aan door het volgende te zeggen:

“Ja met gesprekken zoals van woorden wat in de brief staan, die bijvoorbeeld heel groot is en moeilijk te begrijpen is, dan kan ik haar voor bellen, en dan is het wat houdt dat woord in. Dat soort dingen allemaal, wat ik dus niet begrijp, dat vertaalt zij net anders dat ik het wel begrijp.” (C.6.18, 19-04-2011)

Hulpverleners helpen cliënten door te zorgen dat cliënten de post begrijpen. Cliënten geven verder aan dat ze hulp ontvangen bij het huishouden en bij financiën. Ook bellen begeleiders naar cliënten als ze iets dreigen te vergeten en begeleiders nemen cliënten mee naar de dokter. Merel geeft aan dat de begeleiding haar geholpen heeft om uit haar depressie te komen:

“Vooral als je dan zwaar depressief bent en de begeleiding van de Driestroom ziet dat. Die heeft me ook meegenomen naar de dokter. Van kom we gaan er toch even over praten. Toen heb ik medicijnen gehad. Antidepressiva, die slik ik nu nog steeds en het is alleen maar beter met me gegaan. En ook mee naar buiten nemen. En ook bellen als je een afspraak had van joh je had een afspraak denk je daar nog aan? Of ik kom je ff ophalen dan gaan we samen. Dus dat is wel fijn. Daar moet ik wel heel eerlijk in zijn, mede door mijn begeleidster ben ik ook uit mijn depressie gekomen.” (C.5.53.1, 04-04-2011)

Ten slotte noemen cliënten dat begeleiders van de Driestroom contact hebben met andere professionals, zoals de verloskundige, het ziekenhuis en psychiatrische hulp.

Naast de praktische hulp noemen cliënten dat begeleiders van de Driestroom met ze praten en op die manier helpen. Begeleiders vragen aan cliënten hoe het gaat en cliënten kunnen hun moeilijkheden bespreken met de begeleiding.

In bovenstaande subparagraaf staat beschreven welke hulp cliënten ontvangen. Dit kan op praktisch gebied zijn, bijvoorbeeld doordat medewerkers ondersteuning bieden bij het begrijpen van post. Het praten met medewerkers wordt door cliënten ook als hulp genoemd. In de interviews hebben cliënten niet alleen aangegeven welke begeleiding zij ontvangen, zij hebben ook hun mening hierover gegeven. Deze meningen worden in onderstaande subparagraaf omschreven.

6.2.2. Wat cliënten zeggen over begeleiding die ze ontvangen

In de interviews hebben cliënten hun mening gegeven over de begeleiding die zij ontvangen. Cliënten geven een aantal zaken aan die zij in de begeleiding als prettig benoemen en een aantal zaken in de begeleiding die zij als minder prettig benoemen. Als het gaat om de prettige kanten van de begeleiding kwam het woord goed vaak naar voren. Hierbij wordt goede begeleiding en goede steun van de begeleiding genoemd.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Merel benoemt dit als volgt:

“De Driestroom. De begeleiding ook. Daar heb ik hele goede contacten mee.” (C.5.12, 04-04-2011)

Merel vertelt dat ze altijd naar de Driestroom toe kan als ze iets niet snapt. Ze vindt het fijn dat ze altijd om uitleg kan vragen.

Naast de mogelijkheid om naar de Driestroom toe te gaan komt het veel voor dat medewerkers bij de mensen thuis komen. Dit komt omdat de interviews vooral zijn afgenomen bij cliënten en medewerkers die onder de sector begeleid zelfstandig wonen vallen. Hanna zegt over het feit dat de hulpverlener bij haar thuis komt dat ze dit fijn vindt, ze vindt het fijn als de begeleiding er is. Hanna geeft ook aan dat ze ondanks dat de hulpverleenster voor de financiën en de post komt, toch altijd alles kan vragen. Meerdere cliënten geven aan tevreden te zijn over de begeleiding die zij van medewerkers van de Driestroom ontvangen. De tevredenheid blijkt bij Hanna ook als ze aangeeft dat ze het fijn vindt om over haar zwangerschap en problemen te kunnen praten:

“En dat ik erover kan praten. Dat vind ik al heel wat.” (C.6.19, 19-04-2011)

Cliënten geven aan dat medewerkers ook advies geven tijdens het praten over dingen die cliënten lastig vinden. Merel geeft tijdens het interview ook aan dat het advies van de begeleiding heeft geholpen. Merel vertelt dat ze het lastig vindt om mensen uit haar huis te sturen. De begeleiding heeft haar hierover geadviseerd en dit voorgedaan. Dit heeft er voor gezorgd dat ze nu beter in staat is om mensen uit haar huis te sturen. Merel geeft ook aan dat ze het niet zou redden in het gewoon maatschappelijk werk. Ze vertelt dat het gewoon maatschappelijk werk haar te veel zelf laat doen en geen tijd heeft om een vol uur met haar te praten.

Naast de bovengenoemde prettige kanten van de begeleiding benoemen cliënten ook minder prettige kanten. Johanna geeft aan dat de begeleiding van toen weinig wist over zwangerschap:

“Ze wist weinig eigenlijk over zwangerschap en toen konden we het er niet over hebben.” (C.4.19, 04-04-2011)

Johanna geeft aan dat het gebrek aan kennis van de medewerker er voor gezorgd heeft dat ze het niet over de zwangerschap konden hebben. Er zijn cliënten die aangeven dat ze met medewerkers niet veel praten over de zwangerschap. Daarnaast zijn er ook cliënten die aangeven dat ze niet veel met de begeleiding wilden praten over de zwangerschap. Hanna noemt dat te veel praten over de zwangerschap ook niet goed is. Volgens Hanna is het vooral belangrijk om van de zwangerschap te genieten.

Uit een interview blijkt dat Merel behoefte heeft aan duidelijkheid over de hulp die de Driestroom kan bieden. Ze geeft aan dat ze denkt dat alle cliënten met een verstandelijke beperking dat zullen hebben. Merel kan er niet tegen als zaken langs elkaar heen lopen. Ze geeft aan dat ze bij andere instanties van het kastje naar de muur worden gestuurd. Bij de Driestroom is dit niet het geval, dus op die manier zorgen ze voor duidelijkheid. Merel geeft echter aan dat ze duidelijkheid zou willen zien in de vorm van een pakket met daarin wat de medewerker kan bieden. Ze omschrijft dit als volgt:

“Dat er gewoon een pakket is. Ik noem maar een voorbeeld. Postzaken kun je doen, geldzaken kun je doen maar bijvoorbeeld het ziekenhuis dat zit niet bij hun in het pakket dus daar kunnen ze je ook niet mee helpen. Ze kunnen je raad geven, meer kunnen ze ook niet doen op dat moment.” (C.5.35, 04-04-2011)

Naast de duidelijkheid over wat medewerkers kunnen bieden geeft een andere cliënt, namelijk Johanna, ook aan dat ze duidelijkheid wil in de manier van begeleiden. Ze geeft aan dat de uitleg die haar gegeven wordt te ingewikkeld is, bijvoorbeeld over het geven van de fles. Ze vertelt dat ze het nodig heeft dat dingen rustig worden uitgelegd. Johanna geeft ook aan dat ze graag meer gestimuleerd had willen worden door haar begeleidster.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Merel vertelt in het interview dat ze voor de huidige zwangerschap al twee kinderen heeft gekregen. Bij deze zwangerschappen had ze nog geen begeleiding van de Driestroom. Ze geeft aan dat ze het waarschijnlijk heel anders had aangepakt als de Driestroom er wel was geweest. Ze vertelt dat ze het fijn zou hebben gevonden als ze toen meer ondersteuning had ontvangen, zowel op psychisch gebied als bij de opvoeding.

In bovenstaande subparagraaf geven we weer wat cliënten vinden van de hulp die ze ontvangen. De meningen van cliënten vallen uiteen in prettige en minder prettige kanten van de begeleiding. Bij de prettige kant wordt genoemd dat men kan praten over moeilijke dingen, dat men altijd alles kan vragen en dat de begeleiding vaardigheden heeft aangeleerd. Als minder prettig benoemen cliënten dat er weinig kennis was, dat er behoefte is aan een duidelijk pakket met wat men biedt en dat er behoefte is aan een rustige uitleg.

Op praktisch gebied krijgen cliënten hulp bij de post, begeleiders vertalen wat cliënten niet begrijpen. Op praktisch gebied ontvangen cliënten verder hulp bij de huishouding en bij financiën. Cliënten noemen dat begeleiders van de Driestroom contact hebben met andere professionals. Naast de praktische hulp geven cliënten aan hulp te ontvangen doordat medewerkers met hen in gesprek gaan. Cliënten kunnen hun moeilijkheden bespreken met de begeleiding. Cliënten geven aan dat ze goede begeleiding en goede steun ontvangen. Een cliënt geeft aan dat ze altijd om uitleg kan vragen. Cliënten geven verder aan dat ze advies krijgen van de begeleiding en dat dit advies helpt. Door cliënten zijn ook een aantal zaken genoemd die ze in de begeleiding als minder prettig ervaren. Hierbij komt een gemis aan kennis in de begeleiding naar voren. Een andere cliënt geeft aan dat ze het liever niet te veel over de zwangerschap wilde hebben. Verder werd er door cliënten genoemd dat ze meer gestimuleerd hadden willen worden en dat de uitleg die ze kregen te ingewikkeld was. Ten slotte geeft een cliënt aan dat ze graag duidelijkheid zou willen zien in de vorm van een pakket met daarin wat de medewerker kan bieden. In de volgende paragraaf beschrijven we de invloed van het netwerk op de cliënt en haar zwangerschap.

6.3. Netwerk

Naast de invloed van de begeleiding zijn er een aantal andere factoren die van invloed zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. In deze paragraaf beschrijven we wat er gezegd is over het netwerk als factor en de rol die het netwerk speelt. We geven weer wat er gezegd is door cliënten en door medewerkers. Eerst geven we weer wat cliënten gezegd hebben, over hun familie en over de reactie van naaste betrokkenen op hun zwangerschap. Vervolgens geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over familie van cliënten en over het netwerk van cliënten. Ten slotte gaan we in op wat medewerkers hebben gezegd over de partner van cliënten.

6.3.1. Familie volgens cliënten

Cliënten hebben in de interviews aangegeven of hun familie en partner wel of niet een rol heeft gespeeld of nog steeds speelt. In deze subparagraaf geven we de meningen van een aantal cliënten over hun familie weer.

Als cliënten aangeven dat hun familie of partner een rol heeft gespeeld, dan zijn er verschillende manieren waarop die rol tot uiting is gekomen. Merel geeft aan dat ze veel steun heeft aan haar schoonmoeder en stiefschoonvader:

“Ik heb aan haar heel veel steun, aan mijn schoonmoeder. Aan mijn stief-schoonvader heb ik ook heel veel hulp.” (C.5.17, 04-04-2011)

Merel geeft ook aan dat ze steun heeft aan haar vriend:

“Voor de rest hebben mijn vriend en ik ook heel veel steun aan elkaar.” (C.5.14, 04-04-2011)

Elsbeth noemt in de interviews dat ze veel hulp heeft gehad van haar familie. Als ze ergens niet uit kwam dan hielp haar familie haar. Een andere vorm van hulp was er voor Noortje, die hulp kreeg bij de baby in bad doen. De man van Noortje kon dit niet en toen heeft de zus van Noortje geholpen en dit voorgedaan. De partner van Petra helpt haar door overal mee naar toe te gaan.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Elsbeth zegt het volgende over haar partner:

“Die deed mee helpen met de huishouding. Of hij was op het werk, dat soort dingen. Hij hielp overal mee, heeft hij altijd gedaan.” (C.1.22, 31-03-2011)

Cliënten noemden soms ook dat hun familie geen rol heeft gespeeld of niet aanwezig was. Petra geeft aan dat haar moeder veel werkt en dat haar oma ver weg woont. Om deze reden kunnen die haar niet helpen. Merel noemt dat ze geen steun heeft van haar moeder en dat haar vader is overleden.

Door Noortje wordt aangegeven dat ze het fijn zou hebben gevonden als ze meer contact met de opa's en oma's zou hebben gehad. Ten slotte wordt door Noortje aangegeven dat ze dubbele gevoelens heeft over haar familie, en dat haar zusje mee geweest is naar het ziekenhuis:

“Nou ja, familie, nee, ja nee, hoe moet ik het zeggen. Ik heb wel familie maar ik heb geen familie. Ik heb wel een zusje en ja daar kan ik wel goed mee opschieten, de ene keer wel en de andere keer weer niet. Ja en toevallig was zij bij ons, die heeft ons, die is ook mee geweest naar het ziekenhuis.” (C.2.16, 31-03-2011)

Een aantal cliënten geeft aan dat ze hulp hebben van hun familie en partner. Vormen van hulp waren praktische hulp, uitleg en mee helpen in de huishouding. Ook is door cliënten genoemd dat er geen hulp was van de familie. Dat was omdat ze niet in de buurt wonen, dat ze geen steun geven of zijn overleden. Tenslotte noemt een cliënt dat ze gemengde gevoelens heeft over haar familie. Naast het bovenstaande hebben cliënten ook aangegeven hoe hun omgeving gereageerd heeft op hun zwangerschap. Dit geven we weer in de volgende subparagraaf.

6.3.2. Reacties naaste betrokkenen van cliënten op zwangerschap

Cliënten hebben verschillende dingen gezegd over de reacties van hun naaste omgeving op hun zwangerschap. Een aantal cliënten geeft aan dat mensen in hun omgeving positief reageerden en andere cliënten geven aan dat mensen negatief reageerden. De reactie van mensen die betrokken zijn bij cliënten kan bijdragen aan het succesvol verlopen van de zwangerschap en de voorbereiding op het ouderschap.

Petra noemt dat haar moeder en vriend het leuk vonden dat ze zwanger was. Noortje geeft aan dat mensen in haar omgeving het wel gewoon leuk vonden dat ze zwanger was. Ten slotte noemt Merel de reactie van haar omgeving euforisch:

“Mijn schoonmoeder was helemaal euforisch, het was gewoon heel leuk. En mijn stiefschoonvader ook.” (C.5.57, 04-04-2011)

Het komt ook voor dat cliënten aangeven dat hun omgeving niet positief reageert, zoals de moeder van Merel die zei: alweer een kind? Een ander voorbeeld wordt gegeven door Hanna:

“Nou mijn vader die zei in eerste instantie, doe het nou niet, en mijn broer die zei ook al van doe het nou niet, want je hebt net hooguit een kindje van bijna 2, die is nou wel twee geworden. En jullie zijn een beetje te vroeg, voor de derde.” (C.6.12, 19-04-2011)

Hierboven staat beschreven dat er dus positieve en minder positieve reacties op de zwangerschap van cliënten waren. In de volgende subparagraaf geven we weer wat er door medewerkers is gezegd over familie van cliënten en de rol die familie speelt.

6.3.3. Familie volgens medewerkers

Medewerkers van de Driestroom hebben een aantal zaken benoemd met betrekking tot de familie van cliënten. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven door Suzanne dat de familie helpend is voor een cliënt:

“Die familie is ook heel erg belangrijk. Daar zit ook een kracht in, bij die mevrouw van vanmorgen is de schoonfamilie heel belangrijk, die brengen hun eigenlijk overal naar toe, die gaan mee als het kindje naar het ziekenhuis, gaan mee naar een ouderavond voor de vertaling zeg maar. Die heb

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

je gewoon ook nodig als je even in de penarie zit, van wat moet ik nu, of wat ga ik doen als ik een ziekenhuisopname heb. En hoe regelen we het dan.” (M.6.43, 04-04-2011)

Door Nel wordt genoemd dat de familie niet perse een beschermende factor hoeft te zijn. Ook geeft ze aan dat ze dat eigenlijk binnen de hele BZW sector niet herkent, dat familie een beschermende factor is. Nel geeft ook aan dat de familie de cliënten de hand boven het hoofd kan houden:

“In de straat woont aardig wat familie. En die staan als een man achter de familie met betrekking tot het uit huis halen van kinderen dan wel het feit dat X uit huis is geplaatst. Die vinden allemaal dat ze dat kunnen en we rammen ze wel in elkaar. Het is familie van hem. Zijn zus woont aan de overkant en nog wat burens waar ze contact mee hebben. En dat houdt elkaar allemaal de hand boven het hoofd. Als er wat gebeurt dan.. Nee, nee allemaal bevestiging dat ze het kan. En blijven vechten. Weet je wel dan komt er iemand langs. Blijven vechten hoor, doe gaan ze weer.” (M.1.42, 21-04-2011)

Ten slotte benoemt Marieke dat ouders van cliënten ook een risicofactor kunnen zijn, bijvoorbeeld als die ouders zelf nog een kind hadden gewild. Of als ouders niet achter de cliënt staan.

Medewerkers benoemen aan de ene kant dat familie een helpende factor kan zijn, omdat ze de cliënt ondersteunen. Aan de andere kant komt naar voren dat familie niet altijd een beschermende factor is en zelfs een risicofactor kan zijn, bijvoorbeeld doordat ze de cliënt de hand boven het hoofd houden. Ook ouders kunnen een risicofactor zijn. We geven in de volgende subparagraaf weer wat medewerkers gezegd hebben over het netwerk van cliënten in het algemeen.

6.3.4. Netwerk buiten de familie volgens medewerkers

Over het netwerk in het algemeen zijn ook uitspraken gedaan door medewerkers, die soms positief en soms negatief zijn. Er wordt benoemd door medewerkers dat het netwerk belangrijk is. Yvonne zegt hierover het volgende:

“Maar ja je kunt niet zo veel. Soms moet je ook maar vertrouwen hebben in het netwerk. Dat die het een beetje oppakken.” (M.5.31, 31-03-2011)

Laura geeft aan dat het fijn is als medewerkers kunnen samenwerken met het netwerk. Hier sluit Evelien op aan:

“Het mooiste is als cliënten hun helpende factoren, dus hun hulp kunnen halen uit hun eigen netwerk. Dat is altijd beter dan als er instanties bij moeten komen. Dat is eigenlijk ook wat cliënten het liefste willen.” (M.3.38, 29-03-2011)

Medewerkers geven aan dat er niet altijd een groot netwerk is en dat er soms geen netwerk is om de cliënt te ondersteunen. Ook wordt gezegd dat het netwerk een risicofactor kan zijn. Ook wordt een aantal maal genoemd dat cliënten uit een sociaal zwakker milieu kunnen komen. Marieke benoemt dit als volgt:

“Heel vaak dat is niet altijd maar toch wel heel vaak komen onze cliënten toch uit een ander, sociaal zwakker milieu.” (M.7.33, 14-04-2011)

Er wordt genoemd dat het fijn is als er samengewerkt kan worden met het netwerk. Ook vindt men het beter als cliënten hulp halen uit hun eigen netwerk, in plaats van uit een professioneel netwerk. Medewerkers geven ook aan dat het netwerk soms klein en soms niet aanwezig is. Ten slotte noemen medewerkers dat cliënten vaak uit een sociaal zwakker milieu komen. Door medewerkers is ook het een en ander gezegd over de partner van cliënten. Dit komt naar voren in de volgende subparagraaf.

6.3.5. Partner volgens medewerkers

Over de partner van cliënten is door medewerkers gezegd dat het een hoop scheelt als iemand een partner heeft, maar dat dit niet perse positief hoeft te zijn.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Marieke omschrijft dit als volgt:

“Nee, in dit geval wel. Een derde geval daar was die partner een verslaafde en die was er alleen als het hem uitkwam. En die had een aantal financiële verplichtingen ten aanzien van zijn kinderen en zijn vriendin maar als het geld op is dan maar geen luiers, dan maar een theedoekje om.” (M.7.29, 14-04-2011)

Suzanne geeft aan dat ze soms moet bemiddelen tussen de cliënt en haar partner. Soms kan het netwerk en de partner wel helpend zijn, zoals Laura hieronder aangeeft:

“Daarna hebben we een risicoanalyse gemaakt. Heel basaal, plusjes en minnetjes. Een netwerk en zo'n relatie zijn dan wel een plusje. Want hij heeft een ontzettend goed netwerk. Zijn ouders zijn betrokken, zijn ouders hebben ook een beetje kijk op haar beperking inmiddels. Hij heeft geen verstandelijke beperking.” (M.4.25.2, 21-03-2011)

Medewerkers geven aan dat de aanwezigheid van een partner veel kan schelen, maar dit hoeft niet altijd positief te zijn.

In deze paragraaf hebben we weergegeven wat er gezegd is over de rol die het netwerk van cliënten speelt. Een aantal cliënten hebben aangegeven dat ze wel steun hebben gehad van hun familie. Een aantal cliënten hebben aangegeven vanuit hun familie geen steun te hebben gehad. Medewerkers signaleren ook dat de rol van de familie wisselend kan zijn. De ene medewerker bestempeld de familie als belangrijk, terwijl een andere medewerker de familie juist als een risicofactor ziet. Verder hebben medewerkers aangegeven dat het fijn is als cliënten hun hulp uit hun eigen netwerk halen. Medewerkers hebben ook genoemd dat het prettig is als men kan samenwerken met het netwerk van cliënten. De reactie van naaste betrokkenen van cliënten op hun zwangerschap is wisselend. Ten slotte hebben medewerkers aangegeven dat de aanwezigheid van een partner veel kan schelen. Aan de ene kant kan het helpend zijn, zoals cliënten zelf ook hebben aangegeven. Medewerkers hebben ook aangegeven dat de partner afwezig of niet helpend was. In de volgende paragraaf beschrijven we andere factoren die invloed kunnen hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

6.4. Factoren

Naast het netwerk zijn er ook een aantal andere factoren die invloed hebben op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking naar voren gekomen in ons onderzoek. In dit hoofdstuk geven we deze weer. We gaan in op de factor wonen en wat daar over gezegd is door cliënten en medewerkers. Vervolgens komt de factor financiën/werk aan bod. Daarna geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over factoren van de cliënt die een rol kunnen spelen. We sluiten af met wat er door cliënten en medewerkers gezegd is over de houding van cliënten ten opzichte van begeleiding.

6.4.1. Wonen

Tijdens de interviews hebben medewerkers en cliënten een aantal dingen gezegd over wonen. Dit geven we weer in onderstaande subparagraaf.

Hieronder beschrijven we eerst wat de cliënten hierover hebben gezegd en vervolgens wat de medewerkers hebben genoemd.

Petra geeft aan dat ze het lastig vindt dat ze geen woning heeft. Ze woont nog bij haar moeder en ze vindt dat dit niet zo veel nut heeft. Ze wil graag samenwonen met haar vriend. Elsbeth geeft aan dat ze wel eerder een huis had, maar dat dit huis te groot was. Ze benoemt dit als volgt:

“Ja, op den duur werd dat huis te groot voor mij. Ik kon het gewoon niet meer aan. En dan een hele grote woning. En dan had je drie grote slaapkamers, nou dan was je een hele dag bezig onderhand. Zeg maar een halve dag was je echt boven bezig, aan het ruimen was. En dan was je op den duur was je kapot.” (C.1.43, 31-03-2011)

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

In het interview met Merel kwam naar voren dat ze de babykamer al af hadden. Ze vertelt dat de babykamer af was toen ze 6 maanden zwanger was. Merel heeft ook het huis opgeknapt. Ze vertelt dat dit rust geeft voor als de baby er straks is.

In de interviews met medewerkers zijn ook een aantal zaken naar voren gekomen die te maken hebben met wonen. Nel vertelt dat er bij haar cliënt het risico bestaat dat ze uit huis gezet gaan worden. Ze vertelt dat het niet echt een prettig vooruitzicht is voor een kindje dat geboren gaat worden. Een aantal medewerkers vertellen dat de woonruimte waar cliënten zich in bevinden niet wenselijk is. Wat in de interviews met medewerkers vooral naar voren kwam is dat de woonruimte klein is. Suzanne zegt hier het volgende over:

“De cliënt die ik dan ook een beetje voor ogen heb, die wonen in een heel klein huisje met 1 slaapkamertje, en daar leven ze dus met zijn drieën. Daar hebben we geprobeerd om dus versneld een andere woning te krijgen, dat is een hele procedure, dan moet je dat gaan regelen, het kost de cliënten ook geld.” (M.6.41.1, 04-04-2011)

Door cliënten wordt onder andere genoemd dat een te groot huis lastig was en dat het fijn is als de babykamer al af is. Door medewerkers wordt genoemd dat de woonruimte niet altijd wenselijk is en dat de woonruimte vaak klein is. Naast woonruimte is ook een aantal zaken over financiën en werk naar voren gekomen. De volgende subparagraaf geeft weer wat daar over gezegd is door cliënten en medewerkers.

6.4.2. Financiën/werk

Over het onderwerp financiën en werk hebben zowel cliënten als medewerkers een aantal zaken genoemd. We beginnen met het beschrijven van wat de cliënten hebben aangegeven. Hierna beschrijven we wat medewerkers noemen.

Elsbeth vertelt in het interview dat ze geen geld had voor een uitzet. Noortje sluit hierbij aan door te zeggen:

“Ja ik had van hier en der een aantal spullen opgezadeld enzo dus ja. En dan bewaar je toch nog wel wat voor de tweede, dus dan hoef je niet continu bij iemand aan te kloppen, heb je dit of dat, of tweedehands ergens kopen, dat soort dingen.” (C.2.33, 31-03-2011)

Over werk geeft Merel aan dat het voor rust zal zorgen als haar man weer aan de slag gaat:

“We hebben allebei een Wajong. In oktober gaat hij weer kijken of hij aan de slag kan. Dat brengt ook wat rust voor hem. En ook wat rust voor mij dadelijk ook met de baby.” (C.5.54.2, 04-04-2011)

Medewerkers noemen ook een aantal zaken die te maken hebben met financiën. Laura geeft aan dat het niet hebben van geld zorgt voor stress. Medewerkers vertellen dat er niet altijd geld over blijft voor spullen voor het kind, dit blijkt uit het volgende citaat van Lisanne:

“Daar werd ik dan bijvoorbeeld op vrijdagmiddag om vier uur over gebeld. Ja een probleem want we hebben geen geld meer voor het jongetje en ja hij moet toch een flesje krijgen. En ja het weekend staat voor de deur hoe moet dat nou? Dan zit ik daar op de fiets, mijn weekend is ook net begonnen. Dan ga je dat in gang zetten.” (M.2.30, 14-04-2011)

Een aantal medewerkers vertelt dat cliënten moeite hebben met het stellen van prioriteiten als het gaat om de financiën. Lisanne zegt hierover het volgende:

“Wat blijkt nou, ze roken allemaal. Dan heb je het over risicofactoren. Je moet wel prioriteiten stellen. Kinderen kosten geld. Dat is dan luiers, voeding. Ja toch wel rust, reinheid en regelmaat zeg ik altijd. En als jullie er voor kiezen om wel te kunnen roken het weekend over maar dat er geen geld is voor melk voor de baby dan is dat jullie keus.” (M.2.31, 14-04-2011)

Over financiën en werk wordt door cliënten gezegd dat er geen geld was voor een uitzet en dat ze de uitzet bij elkaar gezocht hebben. Verder geeft een cliënt aan dat het weer aan het werk gaan

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

voor rust zal zorgen. Medewerkers noemen dat geld voor stress kan zorgen. Ook vinden cliënten het volgens medewerkers moeilijk om met geld om te gaan. Vooral het stellen van prioriteiten (roken vs. luiers) is moeilijk. De volgende subparagraaf schetst een beeld van factoren die te maken hebben met de cliënt zelf. Wat medewerkers hierover gezegd hebben komt hierin naar voren.

6.4.3. Cliëntfactoren

Medewerkers noemen een aantal factoren binnen de cliënt die van invloed kunnen zijn op de zwangerschap. Hierbij worden een aantal zaken genoemd die met de gezondheid van de cliënten te maken hebben, waaronder hygiëne. Er komt een aantal keer naar voren dat er veel huisdieren zijn, waardoor het huis en de tuin nogal vies kunnen zijn. Lianne benoemt dit als volgt:

“Even kijken, ze hebben wel een tuin achter maar in de tijd poepte de hond daar altijd maar de kinderen spelen daar ook achter. Ook dat benoem je dan. Ja dat is gewoon smerig. Dan zeggen ze van, dat ruimen we straks wel op. Dan zeg ik van dat moet ik nog zien.” (M.2.36, 14-04-2011)

Er wordt ook door medewerkers aangegeven dat er niet altijd sprake is van optimale voeding. Daarnaast wordt roken in bijna alle interviews genoemd. Nel zegt over gezondheidsfactoren het volgende:

“Of de gezondheidsfactoren zijn echt niet om over naar huis te schrijven. Zullen we dan samen stoppen met roken? Oww nee, nee dat doe ik niet. X is er toch ook goed uitgekomen dus er gebeurt niks.” (M.1.31, 21-04-2011)

(X is het eerste kind van de cliënt waar Nel het over heeft. De cliënt geeft aan ook te hebben gerookt tijdens die eerste zwangerschap en dat er met het eerste kind niks mis was.)

In twee interviews komt naar voren dat cliënten beschadigd zijn door de eigen jeugd. Nel vertelt het volgende over haar cliënt die geen goede jeugd heeft gehad:

“Ik heb een andere moeder en die functioneert op emotionele leeftijd van een kind van 8 maanden. Die is zo beschadigd in haar jeugd dat ze functioneert, maar er zitten helemaal geen gevoelens of geen warmte kunnen delen. En die wil haar kind niet meer zien.” (M.1.58, 21-04-2011)

Nel geeft dus aan dat haar cliënt geen gevoelens voor haar kind heeft en niet in staat is om warmte te kunnen geven. Dit heeft tot gevolg dat ze haar kind niet meer wilt zien.

Lianne benoemt dat haar cliënten veel gamen. Ze geeft aan dat ze dit niet ideaal vindt voor kinderen om te zien. Daarnaast vertelt ze dat er een risico ontstaat doordat de ouders veel met gamen bezig zijn, namelijk het risico op emotionele verwaarlozing. Lianne geeft ook aan dat haar cliënt samenwoont met haar man en haar broer. Ze vertelt dat zij zich allemaal met de opvoeding bemoeien. Een andere factor, die door Laura wordt genoemd, gaat over dingen die de cliënten gedaan hebben. Nel sluit hierbij aan door te vertellen dat ze het vermoeden heeft dat haar cliënt heeft gejat of gehandeld. Ze vertelt hierbij dat ze het soms niet wil weten omdat ze dan geen werkruimte meer heeft.

Niet alleen over de gezinnen van de cliënten maar ook over de moeders zelf geven medewerkers een aantal zaken aan. Lianne vertelt dat moeder niet veel de deur uit gaat. Een andere moeder heeft volgens Lianne drie verschillende hulpverleners. Laura geeft aan dat haar cliënt een zogenaamde problematische persoonlijkheid heeft, ze omschrijft dit als volgt:

“Dus dan heb je zwakbegaafdheid, toch een wat moeilijke persoonlijkheid, een problematische persoonlijkheid, dus niet een persoonlijkheidsstoornis officieel maar het ligt er wel tegen aan.” (M.4.17, 21-03-2011)

Tot slot geven twee medewerkers aan dat stress een factor is die van invloed kan zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Laura omschrijft het effect dat stress op cliënten heeft op de volgende wijze:

“En stress is vaak, zeker bij deze doelgroep iets wat gewoon moeilijk te handelen is. En wat ergens bovenop komt, boven al gewoon lastig dingen, kunnen kaderen of met dingen omgaan. Als je dan ook nog stress krijgt wordt het zo’n kookpan en dan is niet altijd te voorzien wat er dan gebeurt.” (M.4.81.1, 21-03-2011)

Medewerkers noemen in bovenstaande subparagraaf dat het huis van cliënten vies kan zijn door veel huisdieren. Dit is niet goed voor kinderen. Verder geven medewerkers aan dat cliënten regelmatig roken en dat ze daar niet mee willen stoppen. Het komt ook voor dat cliënten beschadigd zijn door hun eigen jeugd of zelf problemen hebben. Ook stress kan een factor zijn die invloed heeft op de cliënten, omdat ze daar vaak niet goed mee om kunnen gaan. We beschrijven in de volgende subparagraaf wat medewerkers en cliënten hebben gezegd over de houding van cliënten ten opzichte van hulp en begeleiders.

6.4.4. Houding van cliënten

Over de houding die cliënten hebben ten opzichte van de begeleiding en de zwangerschap zijn door zowel medewerkers als cliënten uitspraken gedaan.

Noortje geeft aan dat ze haar kinderen op nummer 1 plaatst. Merel zegt dat ze blij was met de zwangerschap. Door een aantal cliënten wordt aangegeven dat het allemaal wel lukte en dat het goed ging.

Cliënten geven in verschillende interviews aan dat ze het zelf willen doen en dat ze zoveel mogelijk zelf doen. Ook zeggen ze geen andere hulp te willen dan wat ze al hebben. Ten slotte geven cliënten aan dat andere mensen niet veel kunnen doen, zoals blijkt uit onderstaand citaat van Hanna:

“Nee, doe het meestal gewoon zelf. Wat moeten hun eigenlijk met mijn zwangerschap.” (C.6.22.2, 19-04-2011)

Medewerkers hebben ook een aantal dingen gezegd over de houding van cliënten ten opzichte van begeleiding en zwangerschap. Er wordt een aantal keer aangegeven dat cliënten niet wilden dat de medewerkers zich met de zwangerschap bemoeiden. Dit voorbeeld zegt daar iets meer over:

“Ze zeggen letterlijk bemoei je er maar niet mee, de cliënt is al op voorhand bang dat we zijn kind gaan afpakken. Of dat wij ons gaan bemoeien met iets dat ze heel goed zelf kunnen.” (M.7.15.1, 14-04-2011)

Door Nel wordt gezegd dat ze heeft meegemaakt dat cliënten het niet over de zwangerschap willen hebben. Evelien noemt het een risico als cliënten niet open staan voor hulp. Hierdoor ontstaat volgens haar het risico dat ze de hulpverlening buiten de deur zetten en jou niet meer nodig hebben. Dit komt ook voor, dat hulpverleners niet meer binnen mogen komen bij cliënten. Om binnen te kunnen blijven komen is het volgens medewerkers belangrijk om in contact te blijven met de cliënten, dit legt Lianne op de volgende manier uit:

“Eigenlijk moet je dan met hen boos zijn. Dat is een manier om in contact te blijven. Want als ze iedereen er uit gooien en ook ons dan gaat dat gewoon straks, dan worden de kinderen uit huis gehaald. Ja dat altijd wel het idee van zolang het gezond is, dat het opvoedingsklimaat gezond is dan moet je dat vooral ondersteunen met alle middelen die voor handen zijn.” (M.2.8.1, 14-04-2011)

Yvonne geeft aan dat het een helpende factor is als cliënten hun kind op nummer 1 zetten. Dit kan er volgens Marieke voor zorgen dat ze geholpen willen worden en dat ze willen laten zien dat ze een goede moeder zijn. Door Lianne wordt signaleerd dat cliënten iets doen met wat ze zegt:

“Ik begeleid ze nu twee jaar, ik heb wel gezien dat ze wat doen met wat je zegt.” (M.2.37, 14-04-2011)

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Cliënten geven aan dat ze hun kind op nummer 1 hebben staan. Ook zeggen cliënten dat ze het liefst alles zelf willen doen en niet op hulp zitten te wachten. Vervolgens hebben medewerkers een aantal zaken genoemd met betrekking tot de houding van cliënten. Zij gaven ook aan dat cliënten soms willen dat de begeleiding zich niet bemoeit met de zwangerschap. Medewerkers geven aan dat het voor kan komen dat cliënten geen hulp meer willen. Het is daarom belangrijk om contact te blijven houden met de cliënten om te zorgen dat begeleiders binnen mogen blijven komen. Volgens medewerkers is het helpend als cliënten hun kinderen op nummer 1 plaatsen.

In bovenstaande paragraaf hebben we factoren beschreven die van invloed zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Met betrekking tot wonen hebben cliënten vooral praktische zaken genoemd, bijvoorbeeld dat de babykamer al af was. Medewerkers zien de woonsituatie van cliënten meer als niet wenselijk. Naast de factor wonen zijn ook de financiën naar voren gekomen. Een cliënt heeft benoemd dat ze geen geld had voor haar uitzet. Medewerkers hebben aangegeven dat het niet hebben van geld bij cliënten zorgt voor stress. Wat meerdere medewerkers hebben gesignaleerd is dat cliënten moeite hebben met het stellen van prioriteiten. Vervolgens zijn door medewerkers een aantal factoren binnen de cliënt genoemd. Deze factoren lopen uiteen van gezondheidsfactoren tot persoonlijkheidsfactoren. Voorbeelden van gezondheidsfactoren zijn roken tijdens de zwangerschap en slechte hygiëne. Voorbeelden van persoonlijkheidsfactoren zijn dat een cliënt beschadigd is door haar eigen jeugd en sociaal isolement van de cliënt. Medewerkers bestempelen deze factoren als risicovol. Tot slot zijn we in deze paragraaf ingegaan op de houding van cliënten ten opzichte van de begeleiding. Vooral het niet open staan voor hulp komt naar voren. Medewerkers doen erg hun best om er voor te zorgen dat ze in contact blijven met de cliënt. In de volgende paragraaf geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over het werk dat ze doen en andere facetten die bij hun werk komen kijken.

6.5. Mening medewerkers over de begeleiding

In deze paragraaf gaan we in op wat de medewerkers hebben gezegd over de begeleiding die ze bieden. We gaan in eerste instantie in op wat de medewerkers aangeven nu te doen in de begeleiding. Ten tweede beschrijven we wat medewerkers hebben gezegd over hun houding naar cliënten toe. In de subparagraaf aspecten van de manier van werken van begeleiders omschrijven we een aantal zaken die medewerkers inzetten in hun werk. In de volgende subparagraaf, de belangen van medewerkers, omschrijven we een aantal zaken waarvan medewerkers aangeven dat ze daar tegen aan lopen. In de volgende subparagraaf gaan we in op een onderwerp dat door medewerkers vaak genoemd werd, het AMK⁴. Hierna volgt een subparagraaf waarin ideeën staan omschreven die medewerkers in de interviews hebben genoemd. Tot slot beschrijven we een aantal zaken die medewerkers hebben genoemd m.b.t. scholing.

6.5.1. Wat medewerkers nu doen

In deze subparagraaf beschrijven we wat medewerkers hebben aangegeven te doen in de begeleiding aan cliënten.

Net als de cliënten noemen medewerkers twee manieren waarop ze hulp bieden, namelijk: hulp op praktisch gebied en hulp door te praten met cliënten. Medewerkers noemen over de hulp op praktisch gebied dat ze cliënten helpen met financiën en met de post.

Evelien zegt het volgende over een van haar cliënten die zwanger is:

“Het wonen is een probleem maar ook financieel zijn er problemen en dat moet ook nog aangepakt worden. En werk.” (M.3.43, 29-03-2011)

Hiermee geeft Evelien aan dat er op verschillende gebieden nog werkzaamheden voor haar zijn. Medewerkers noemen de oefenpop van MEE als hulpmiddel voor aanstaande ouders. Naast de oefenpop geeft Yvonne ook aan dat ze een hondje heeft ingezet om in gesprek te gaan over de kindwens van een cliënt.

⁴Algemeen Meldpunt Kindermishandeling

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Yvonne omschrijft dit als volgt:

“Twee cliënten hebben een hondje gekregen. Toen bleek dat ze moeite hadden dat te verzorgen. Moeder lag liever op bed dan dat ze het hondje uit liet. Toen heb ik hun uitgelegd dat een kindje nog veel meer zorg nodig heeft.” (M.5.3, 31-03-2011)

Deze opmerking sluit aan bij wat gezegd is door Marieke, namelijk dat cliënten hun kennis vooral opdoen door te voelen, zien, ervaren en ruiken. Begeleiders zetten zich ook in om de belangen van de cliënten te verdedigen, bijvoorbeeld naar het AMK toe. Dit doet Lisanne door verslagen die binnen komen kritisch te lezen. Als cliënten afspraken hebben waarbij ze ondersteuning kunnen gebruiken gaan begeleiders ook regelmatig met hen mee. Evelien noemt dat ze een cliënt helpt door samen met de cliënt te kijken naar welke wegen de cliënt zou kunnen bewandelen:

“Mijn rol is eigenlijk dat ik ben haar begeleider, dus ik ondersteun haar bij de vragen die zij heeft rondom haar zwangerschap. Dus ik kijk met haar mee van welke wegen ze daarin kan bewandelen, dus als ze vragen heeft, ja stel je die aan de verloskundige of moet je iemand anders daar voor vragen.” (M.3.24, 29-03-2011)

Begeleiders van de Driestroom geven naast bovenstaande zaken ook aan dat ze veel praten met cliënten. Het doel van deze gesprekken kan zijn om cliënten bewust te maken van wat er gaat gebeuren tijdens een zwangerschap, wat duidelijk wordt in het volgende citaat:

“Ja, ik ben een beetje het type van bemoeien. Als iemand een kindje krijgt hoef je je daar niet mee te bemoeien. Maar wij hebben zelf ook kinderen. Dan denk ik nou er komt best wel wat op je pad. Dat je mensen bewust maakt met wat er gaat gebeuren.” (M.2.5, 14-04-2011)

Begeleiders proberen in gesprekken ook de realiteit naar voren te brengen en cliënten te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid. Het adviseren van cliënten en het ondersteunen van cliënten is ook een doel van de gesprekken. Door Evelien wordt genoemd dat zij haar zorgen bespreekt met de cliënt en gesprekken met haar voert over wat voor moeder de cliënt wil zijn:

“Dus dan moet je proberen dat je vragen stelt aan mensen van nou je krijgt dadelijk een kindje hoe is dat voor jou en hoe wil jij het gaan doen. Wat voor moeder wil jij zijn en hoe zie jij dat voor je. En daar over hebben we dan gesprekken.” (M.3.12.2, 29-03-2011)

In gesprekken met cliënten is het belangrijk om te toetsen of cliënten begrijpen wat er gezegd is. Ook het visualiseren van gespreksonderwerpen is belangrijk, volgens Suzanne. Naast visualiseren en toetsen geeft Lisanne aan dat zij cliënten probeert te helpen door te benoemen wat ze ziet en door het via de kinderen te spelen:

“Dat is ook het contact, ja de manier van begeleiden. Dat wat je ziet benoem je. Ik vind het gewoon smerig zeg maar, maar dat ga je niet zeggen. Ik ga niet zeggen dat ik het smerig vind maar ik ga wel zeggen dat ik het niet handig vind voor de hygiëne.” (M.2.27.1, 14-04-2011)

“En dan speel ik het op de kinderen, alles via de kinderen. Dan snappen ze dat het inderdaad niet helemaal handig is.” (M.2.28, 14-04-2011)

In bovenstaande subparagraaf staat omschreven dat medewerkers hulp bieden op praktisch gebied en door te praten met cliënten. Op praktisch gebied noemen medewerkers net als cliënten financiën en post. Daarnaast wordt genoemd dat er dingen zijn ingezet zoals de oefenpop van MEE en een hondje. Medewerkers vertellen ook de belangen van hun cliënten te verdedigen. Medewerkers geven aan in gesprek te gaan met cliënten. In deze gesprekken komen verschillende zaken naar voren. Bewust maken en realiteit naar voren brengen zijn hier een groot onderdeel van. Medewerkers geven aan na te gaan of de cliënt hen begrepen heeft. Naast de hulp die medewerkers bieden hebben medewerkers ook een aantal houdingsaspecten genoemd. Hier gaan we in de volgende subparagraaf op in.

6.5.2. Houding van medewerkers naar cliënten toe

Over de houding van begeleiders naar zwangere cliënten met een lichte verstandelijke beperking zijn een aantal zaken naar voren gekomen. Evelien geeft aan dat ze het niet altijd goed vindt om

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

mee te gaan met wat een cliënt wil, maar tegelijkertijd vindt Evelien het belangrijk om respect te hebben voor de keuzes van de cliënt. Nel vertelt dat ze haar cliënt duidelijk maakt wat volgens haar het beste zou zijn. Vervolgens legt ze wel de vraag bij de cliënt neer en ze laat de uiteindelijke beslissing ook over aan de cliënt.

Een aantal medewerkers geeft aan dat het belangrijk is om als begeleider naast je cliënt te staan. Marieke benoemt dit als volgt:

“Soms denk ik, dingen die je moet doen die moet je doen maar verder moet je eigenlijk je eigenheid toch een beetje opzij te zetten want je moet toch naast de cliënt blijven lopen op de manier zoals zij het graag zou willen. Dat geldt natuurlijk in dit geval dan specifiek voor vrouwen die zwanger zijn maar dat geldt eigenlijk in de hele woonbegeleiding. Eigenlijk moet de cliënt het doen en jij loopt een stukje in zijn leven met hem mee.” (M.7.51, 14-04-2011)

Evelien sluit hierbij aan door te benoemen dat het belangrijk is de cliënt te volgen in de verschillende fases van de zwangerschap. Suzanne geeft aan dat ze het belangrijk vindt om af te stemmen op de vraag van de cliënt. Volgens Suzanne zit het hoofdmotto in duidelijkheid en afstemming. Ze zegt hierover het volgende:

“En de hoofdmotto zit hem in duidelijkheid, afstemming, we leven in een snelle maatschappij, dus het is helemaal niet duidelijk. Mensen moeten ergens op wachten of moeten nog een antwoord krijgen, en die onduidelijkheid geeft onrust, dat geeft vaak explosies. Terwijl als je dan weer terug gaat naar de wortel, dat je denkt, ja ik snap wel waarom iemand zo reageert, want die vraagt hier iets en die heeft daar nog steeds niet het antwoord.” (M.6.7, 04-04-2011)

Het naast de cliënt staan is volgens Nel ook een manier om te proberen binnen te blijven komen bij de cliënt. Volgens Nel valt er veel te winnen door begrip te tonen en mee te kijken met de cliënt.

Over het in contact blijven met de cliënt wordt door Evelien het volgende genoemd:

“Ja het heeft soms te maken met, je weet zelf wel wat een kindje nodig heeft. En wat bij een goede opvoeding hoort. Maar wat ik vind dat wil niet zeggen dat jij dat ook vindt. Of dat de buurvrouw dat ook vind. Daar heb je het dan over en dat is heel belangrijk dat je contact blijft houden om het daar over te mogen hebben.” (M.3.28, 29-03-2011)

Evelien vertelt dat ze er niks aan heeft als ze heel confronterend is in haar vraagstelling. Volgens haar bestaat dan de kans dat de cliënt zegt ik zoek het zelf wel uit, ik heb jou niet nodig. Nel sluit hierbij aan door te zeggen dat ze het juiste moment afwacht om iets te kunnen zeggen of iets voor elkaar te kunnen krijgen:

“Het is ook de manier waarop, de toon, en het moment waarop ik dingen kan zeggen. Of dingen, als ze papieren moeten ondertekenen voor de Driestroom dan ga ik dat niet doen als er hectiek is, of ze is gespannen, nee dan blijft het maar drie weken in de tas, ook al moet het af zeg maar.” (M.1.64, 21-04-2011)

Er wordt ook genoemd door medewerkers dat ze open zijn naar hun cliënt over het waarom van hun handelen en over de situatie waarin de cliënt verkeerd. Dit wordt door Marieke als volgt omschreven:

“En eerlijk zijn. Blijven zeggen dat jij bent nu eenmaal een moeder met een beperking. En die beperking die had je en jij weet dat je die hebt. Onze cliënten zijn wel van zo’n niveau dat ze dat gewoon weten.” (M.7.45, 14-04-2011)

Ten slotte benoemt Lianne dat humor een ingang is bij haar cliënt. Hierdoor houdt ze het wat luchtig, ondanks dat het niet altijd even luchtig is.

In de bovenstaande subparagraaf hebben we de houding van medewerkers naar cliënten toe omschreven. Medewerkers hebben hierbij een aantal zaken genoemd zoals: naast de cliënt staan, de cliënt volgen, respect hebben voor de keuzes van de cliënt, binnen blijven komen, niet te

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

confronterend zijn en open zijn. Naast zaken die te maken hebben met de houding van medewerkers hebben zij in de interviews ook een aantal dingen genoemd die zij inzetten in hun werk. Hierover gaat de volgende subparagraaf.

6.5.3. Aspecten van de manier van werken van medewerkers

Medewerkers hebben in de interviews een aantal zaken genoemd die ze inzetten in hun werk. Door Nel wordt genoemd dat zij het fijn vindt om zichzelf te kunnen toetsen bij collega's. Op die manier kan ze nagaan of ze op de goede weg zit. Evelien zegt over haar collega's het volgende:

“Toen de cliënt vertelde ik ben zwanger dan ik kan dan met al mijn vragen of mijn twijfels, mijn zorgen, mijn gedachtes, daar kan ik mee naar mijn collega's en met onze gedragskundige heb ik daar veel gesprekken over gehad.” (M.3.22, 29-03-2011)

Uit bovenstaand citaat blijkt dat ook de gedragsdeskundige betrokken wordt. Suzanne zegt dat ze veel samenwerkt met de orthopedagoog. Ze vertelt dat ze de helicopterview van de orthopedagoog nodig heeft. Deze helicopterview zorgt ervoor dat Suzanne niet alleen vanuit het perspectief van de cliënt kijkt. Suzanne geeft aan dat ze soms meegeslurpt wordt. Volgens haar zorgt de helicopterview van de orthopedagoog ervoor dat ze niet met collega's in een strijd raakt. Ze zegt dat door uiteenlopende visies een strijd kan ontstaan tussen collega's. Yvonne zegt het volgende over contact met collega's:

“Ik laat altijd mijn mobiel aan. Zodat collega's mij kunnen bellen. Het is zo belangrijk dat je even je zorgen kwijt kunt als je bij zo'n ja gezin bent geweest. Maar dat er dus altijd iemand stand-by staat ik weet van collega's ook dat ze hun telefoon aan houden. Het is soms wel erg druk.” (M.5.34, 31-03-2011)

Over collega's ten slotte geeft Marieke aan dat ze het beleid binnen haar team fijn vindt. Het beleid is dat ze met twee personen bij een casus komen. Dat dit beleid er is zorgt ervoor dat ze de verantwoordelijkheid niet alleen hoeft te dragen, dit vindt ze prettig.

Nel geeft aan dat ze een adviserende rol heeft. Ze vertelt dat ze haar cliënt wel helpt om dingen voor elkaar te krijgen. Vervolgens legt ze het weer terug bij de cliënt en stelt ze de vraag: wat gaan jullie nu doen? Marieke geeft aan dat het belangrijk is zelf te weten waarom je iets doet wanneer er geen duidelijke richtlijnen vanuit de organisatie zijn. Marieke zegt over het werken met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking het volgende:

“Je vaart eigenlijk heel erg op je eigen ervaring die je opdoet als medewerker van de Driestroom omdat je die cliënt inmiddels zwanger meegemaakt hebt.” (M.7.41, 14-04-2011)

“Je vaart natuurlijk ook in mijn geval op je ervaring omdat je zelf moeder bent. En zwanger geweest bent en weet van wat de eisen zijn.” (M.7.42, 14-04-2011)

Marieke geeft aan dat ze op basis van haar kennis over de cliënt samen met haar collega gaat zoeken naar wat de cliënt nodig heeft. Ze vertelt hierbij dat ze haar cliënt beter kent dan dat de organisatie dat doet. Over het bepalen van rollen geeft Laura aan dat ze dit zelf al wel een beetje doet. Ze vertelt hierbij dat het belangrijk is te weten wie wat doet en wie waar verantwoordelijk voor is. Evelien sluit hierbij aan door het volgende te zeggen:

“Ja omdat het wel heel belangrijk is, tenminste dat heb ik zelf gemerkt van wat gebeurt er, en wat kan mijn rol hier in zijn. Dat is heel belangrijk om dat heel helder te hebben. Ik kwam binnen om me bezig te houden met andere dingen dan met een zwangerschap. En op zich gebeurt dat vaker, dat je andere hulpvragen bij krijgt, alleen dit is wel iets belangrijker om dit goed te blijven volgen. Dus het is belangrijk dat ik goed weet wat is mijn rol en welke ondersteuning kan ik bieden. Dus daar heb ik het over met collega's en met de gedragskundige.” (M.3.23, 29-03-2011)

Tenslotte geeft Lisanne aan dat ze het belangrijk vindt om de caseload te verdelen. Ze geeft aan dat minder complexe cliënten ervoor kunnen zorgen dat de medewerker lucht krijgt.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

In eerste instantie komt in deze subparagraaf naar voren dat medewerkers aangeven de steun van collega's als helpend en als nodig ervaren. Hetzelfde geldt voor de gedragsdeskundige die regelmatig betrokken is. In deze subparagraaf hebben we verder beschreven dat medewerkers aangeven zelf te hebben gezocht naar wat de cliënt kon helpen. Er wordt gevaren op eigen ervaring, met betrekking tot de doelgroep en het zelf moeder zijn. Naast zaken die medewerkers inzetten zijn er ook zaken waar medewerkers tegen aan lopen in de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Op deze zaken gaan we in de volgende subparagraaf in.

6.5.4. Belangen van medewerkers

Medewerkers hebben in de interviews een aantal zaken benoemd waar begeleiders tegenaan kunnen lopen. Deze zaken kunnen invloed hebben op hoe medewerkers in hun werk staan. Lisanne vertelt dat ze vanuit haar verantwoordelijkheidsgevoel soms meer doet dan officieel zou moeten:

“Maar nu is er van een andere stichting is er wel iemand bij, maar het loopt nog niet goed dus ja daar voel ik me ook verantwoordelijk voor. Dus ik pak dat stukje ook een beetje mee. Door eigen ervaring weet ik ook wel wat van kinderen dus dat doe je er dan een beetje zo bij. Maar officieel moet het niet zo zijn.” (M.2.12, 14-04-2011)

Evelien geeft aan dat ze heeft zitten stoeien met haar verantwoordelijkheidsgevoel. Ze geeft hierbij aan dat ze het belangrijk vindt dat ze dit kan delen. Niet alleen de verantwoordelijkheid voor de cliënt komt naar voren maar ook de verantwoordelijkheid voor het nieuwe kind. Marieke omschrijft dit als volgt:

“Want het voelt wel als een hele grote verantwoordelijkheid. Ook al is het niet mijn kind maar ik heb wel zoiets van het komt er en ik ben wel ook verantwoordelijk voor dat kind. Ook wel vooral verantwoordelijk want op het moment dat er kinderen komen zijn wij als Driestroom gewoon verantwoordelijk voor het kind.” (M.7.8, 14-04-2011)

Yvonne vindt het het aller-lastigst dat ze maar één keer in de week bij de cliënt komt. Ze vraagt zich af hoe ze dit los kan laten. Laura vertelt dat ze soms denkt dat er te veel opgezeten werd bij haar cliënten. Ze hadden heel veel ingezet wat misschien niet nodig was geweest. Dat er zo veel is ingezet komt volgens haar voort uit angst voor haar eigen hachje en die van de Driestroom. Ze vertelt hierbij dat de “Savannah's”⁵ en de jeugdzorgzaken bij iedereen nog vers in het geheugen zitten. Ze geeft aan dat de manager vond dat het goed in de gaten moest worden gehouden en dat dit voor druk zorgde. Laura benoemt dat ze haar rol ervaart als dubbel. Ze zegt hierover het volgende:

“Maar als begeleider heb je wel een dubbele rol. Want je bent enerzijds wil je heel erg naast je cliënt staan van goh leuk zwanger en samen kleertjes kopen. Met haar mee en luisteren wat zij nodig heeft En als zij een vraag heeft deze op te lossen. Anderzijds krijg je ook wel vanuit de organisatie en vanuit je eigen ethische wezen zoiets van gaat dit wel goed. Ik ben niet degene die daar goed op kan letten want ik moet naast haar staan en ik ben er voor haar.” (M.4.12, 21-03-2011)

Marieke geeft aan dat ze vindt dat de verloskundige en de kraamzorg op de hoogte moeten zijn van de beperking van de cliënt. Ze vindt dat de verloskundige en de kraamzorg op de hoogte moeten zijn omdat ze in het geval van haar cliënt de beperking niet in de gaten hadden. Dat de beperking niet altijd gezien wordt kan leiden tot overvraging, Laura omschrijft dit als volgt:

“Het ging echt heel voorspoedig maar het is toch ook wel fijn als de verloskundige wat weet van de beperking van moeder. Want wat ik gewoon heel erg merk is dat vooral deze doelgroep overschat wordt. Ook onderschat maar vooral vaak overschat, vooral door de mensen om hem heen.” (M.4.44, 21-03-2011)

Suzanne vertelt dat je niks ziet aan deze mensen. Dat maakt het volgens haar lastig, want er wordt van alles verwacht maar deze mensen kunnen dit vaak niet waar maken. Marieke benoemt hierbij

⁵ <http://www.inspectiejeugdzorg.nl/documenten/Hulpverlening%20aan%20Savanna.pdf>

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

dat de maatschappij sneller en drukker is geworden. Hierdoor wordt er nog al wat verwacht van deze cliënten, wat er voor kan zorgen dat cliënten overvraagd worden. Door Laura wordt het volgende gezegd over het IQ van een cliënt:

“Je moet heel erg oppassen, vooral bij haar. Er zit een discrepantie in haar IQ. Dus performaal hoog en verbaal laag. Er zit een behoorlijk verschil in, dus dat betekent dat zij zelf niet zo goed taal kan verwerken. Wat ik dus allemaal loop te brabbelen. En wat zo’n verloskundige dus zegt. De bevalling dit en dat. Hup kaart erbij. En mijn cliënt die zit rustig te knikken.” (M.4.45, 21-03-2011)

Lisanne benoemt dat cliënten hun probleem bij haar neerlegden. Volgens haar verwachten cliënten dat de medewerkers hun problemen oplossen. Marieke zegt het volgende over het werken met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking:

“De cliënt is zwanger, een paar weken of een paar maanden, dus op een gegeven moment ga je, heb je een zwangerschapscursus heb je jezelf daarvoor ingeschreven, heb je je bed op poten? Weet je daar sowieso van? Hoeft allemaal niet. Ik zeg nee hoeft allemaal niet maar als er straks een kraamverzorgster in huis komen, die willen gewoon dat jij je bed op een bepaalde hoogte hebt staan. Ik wil dat niet. Nou ja dan wil jij dat niet. Dan is dat jouw probleem.” (M.7.13, 14-04-2011)

In bovenstaande subparagraaf zijn we ingegaan op zaken waar medewerkers tegenaan lopen. Verantwoordelijkheidsgevoel kwam hierbij als eerste naar voren. Daarnaast wordt aangegeven dat andere instanties op de hoogte zouden moeten zijn van de beperking. Het risico op overvraging komt hierbij ook naar voren. Een medewerker vertelt dat de cliënt haar problemen bij de medewerker neerlegde. Een thema waar medewerkers en cliënten tegenaan blijken te lopen is het AMK. Hier gaan we in de volgende subparagraaf op in.

6.5.5. Cliënt over AMK

Merel heeft verteld dat het AMK veel stress met zich mee brengt:

“Heel veel stress, door het woord algemeen meldpunt kindermishandeling. Want ik zou het nooit in mijn hoofd halen om kinderen te mishandelen. Ik heb ook tegen die vrouw van het AMK gezegd je mag de naam wel eens veranderen want dat is wat de meeste mensen schrik toebrengt.” (C.5.61, 04-04-2011)

Merel probeert het AMK een stapje voor te zijn, door ze uit te nodigen om de babykamer te komen bekijken en door hun begeleidingsplannen op te sturen. Het AMK heeft ook tegen Merel gezegd dat ze goed mee werkt. Merel geeft wel aan dat ze bang is dat ze niet geloofd wordt:

“Met zo’n rechter, dan gaan ze lopen liegen. Maar je kan op dat moment niks inbrengen, omdat ze het AMK geloven. Daar ben ik altijd zo bang voor.” (C.5.68, 04-04-2011)

Ze noemt ook nog dat de Driestroom verplicht is om het AMK erbij te betrekken, als er sprake is van een nieuwe zwangerschap en eerdere kinderen waar al Jeugdzorg bij betrokken is.

Uit de bovenstaande tekst blijkt dat het AMK reacties oproept bij cliënten. Medewerkers vertellen ook het een en ander over de reacties van cliënten op het AMK. Hier gaan we in de volgende subparagraaf op in. Daarnaast beschrijven we in deze subparagraaf wat de ervaringen van medewerkers zijn met betrekking tot melding doen bij het AMK.

6.5.6. Medewerkers over AMK

Medewerkers hebben aangegeven dat het AMK reacties oproept bij de cliënten en dat er een spanningsveld is met betrekking tot melding bij het AMK. Over de reacties van cliënten op het AMK hebben ze een aantal dingen gezegd. Yvonne zegt dat ze angst voor het AMK ziet bij cliënten.

Laura en Marieke zien dat cliënten bang zijn dat hun kinderen worden afgepakt:

“Ik denk dat ze denken dat, het is van het zal allemaal wel meevallen en dat ze ook meekrijgen dat het bij mensen om hen heen niet goed ging en dat ze dus bang zijn dat wij hun kind gaan afpakken.” (M.4.84.1, 21-03-2011)

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

“Ze zeggen letterlijk bemoei je er maar niet mee, de cliënt is al op voorhand bang dat we zijn kind gaan afpakken. Of dat wij ons gaan bemoeien met iets dat ze heel goed zelf kunnen” (M.7.15.2, 14-04-2011)

Het kan ook aanleiding geven tot gesprekken, zoals Evelien beschrijft:

“Kijk en als dan iemand aangeeft van nou ik, ik wil het heel anders dan zoals ik het zelf heb meegemaakt, dan kan je doorvragen van nou oké, hoe zie je dat voor je. Hoe wil jij het anders doen. Ja en als ze zegt ik wil niet dat mijn kinderen uit huis worden gezet dan zou je kunnen doorvragen van oké wat heb je dan er voor nodig om te zorgen dat jouw kinderen niet uit huis worden gezet? En dan kom je op die brug uit.” (M.3.13, 29-03-2011)

Nel noemt dat ze ziet dat cliënten willen bewijzen dat ze het wel kunnen. Nel ziet ook dat er veel verdriet, leed en boosheid is bij cliënten met betrekking tot uithuisplaatsing van kinderen. Nel signaleert dat er strijd is tussen instanties en haar cliënten:

“Al heel vaak is er een wig, er is een strijd tussen de instanties ten opzichte van de ouder. Dan verdedig ik wel samen met de cliënt de belangen.” (M.1.60.1, 21-04-2011)

Naast de gevolgen die medewerkers zien bij cliënten, hebben ze ook aangegeven dat ze het lastig vinden om zich te bewegen in het spanningsveld van wel of niet melding doen. Marieke zegt hierover het volgende:

“Maar eigenlijk moet er, de cliënt is zwanger, jij gaat het melden bij je manager. De gedragsdeskundige moet gaan vaststellen gaan we melden of niet? Of zeggen wij als Driestroom wij melden altijd. Keuzes in maken.” (M.7.59, 14-04-2011)

Medewerkers vinden het doen van melding bij het AMK soms nodig omdat ze zelf niet kunnen bepalen of de cliënt een goede moeder is. Laura omschrijft dit als volgt:

“Ja, sterker nog er was ook een reden om een melding te doen want ik kan niet bepalen of zij een goede moeder is dat is niet, dat kan ik niet die vaardigheden heb ik niet.” (M.4.61, 21-03-2011)

Er wordt door Laura ook aangegeven dat het zelf doen van een melding door medewerkers voor een loyaliteitsconflict kan zorgen:

“Dat besluit kunnen wij niet nemen want dat vinden we niet aan ons. Je komt zo in een spagaat qua loyaliteit, dat gaat gewoon niet. Dat vonden wij ook iets wat een gedragskundige of een manager moet doen, tuurlijk in overleg met ons en zo is het ook gebleken. We hebben ook de gedragskundige er bij betrokken en uiteindelijk zei hij ook op basis van dat ze geen hulp willen, dat is eigenlijk een basis. Samen met zwakbegaafdheid om een melding te doen.” (M.4.14, 21-03-2011)

Laura geeft dus aan dat ze het beter vindt als iemand anders dan de begeleider de melding maakt bij het AMK. De melding is uiteindelijk wel goed geweest volgens Laura, omdat ze zich na de melding weer aan de kant van de cliënt kon scharen, om vervolgens samen met de cliënt te laten zien dat de cliënt het wel kan.

In bovenstaande tekst hebben we omschreven wat medewerkers hebben gezegd met betrekking tot het AMK. Ten eerste beschrijven we welke reacties medewerkers bij cliënten signaleren. Hierbij worden angst, verdriet, leed, ingang tot gesprek en de wil om zich te bewijzen genoemd. Medewerkers beschrijven ook het spanningsveld van het melden bij het AMK. Het melden bij het AMK kan voor een loyaliteitsconflict zorgen. In de volgende subparagraaf worden een aantal suggesties omschreven die medewerkers hebben gedaan met betrekking tot het werken met zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

6.5.7. Ideeën van medewerkers

Medewerkers hebben in de interviews een aantal zaken genoemd met betrekking tot de organisatie.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Laura vertelt dat ze heeft gemerkt toen haar cliënt zwanger werd, dat er best weinig is. Ze vertelt dat er een ouder en kind notitie is waarin het een en ander wordt uitgelegd over voogdij en de rechten van het kind. Wat ze graag zou willen zien is dat er iets zou zijn van: mijn cliënt is zwanger, wat nu? Ze zou willen dat ze dat ergens kan pakken, want dat is er nog niet echt vindt ze. Ze ziet dit als volgt voor zich:

“Dus ik had het heel fijn gevonden als ik iets kon pakken. Ik weet nu zoals ik het nu gedaan heb ja dat was maar een beetje in overleg. Ook met de ervaring van de gedragsdeskundige en de ervaring van de manager. Maar het zou fijn zijn, het zou rustgevend zijn als je iets kan pakken. Mijn cliënt is zwanger en nu? Oeh dat moet ik hebben stap 1, zoek dit erbij zoek dat erbij zoek zus erbij een soort van tijdslijn van die negen maanden. Je kunt het heel procesmatig aanpakken want het is een begin en een eind.” (M.4.72, 21-03-2011)

Door Marieke wordt genoemd dat ze denkt dat het voor cliënten fijn zou zijn als ze elkaar ergens konden ontmoeten. Hier zouden ze dan van elkaar kunnen zien hoe men het doet. Dit omdat cliënten het volgens haar ook vooral moeten hebben van horen, zien, voelen en ruiken.

Er wordt door Suzanne genoemd dat het fijn zou zijn als er duidelijkheid zou zijn naar de cliënten toe over wat men binnen de Driestroom biedt:

“Je probeert het af te stemmen op de vraag van de cliënt, wat heeft de cliënt eigenlijk nodig. Ja behoefte is, hoor je van de cliënt eigenlijk zelf, is toch duidelijkheid, een duidelijk pakket van wat bieden jullie dan.” (M.6.18, 04-04-2011)

Hierboven staat omschreven wat medewerkers hebben aangegeven met betrekking tot de organisatie. Hierbij komen de volgende zaken naar voren. Ten eerste een duidelijk stappenplan naast de ouder en kind notitie. Ook wordt genoemd dat een ontmoetingsplek voor cliënten die zwanger zijn en cliënten die moeder zijn geworden goed zou zijn. Ten slotte vindt men dat er duidelijkheid moet zijn over wat men binnen de Driestroom biedt.

In de interviews hebben medewerkers een aantal zaken benoemd met betrekking tot scholing. Lianne gaat ervan uit dat men vanuit de organisatie weet dat er goed geschoolde medewerkers zijn. Dit zorgt er volgens haar voor dat een medewerker weet wat het allemaal met zich mee kan brengen wanneer zij in een gezinssituatie van een cliënt stapt. Evelien sluit hierbij aan door het volgende te zeggen:

“Wat de Driestroom zou kunnen doen om medewerkers die daar mee te maken hebben, dat die voldoende kennis hebben en voldoende middelen hebben om met dit soort onderwerpen, moeilijke dingen in het leven van mensen, om te gaan.” (M.3.51, 29-03-2011)

Evelien geeft aan dat ze de opleiding intensieve ambulante gezinsbegeleiding heeft gevolgd. Ze benoemt dat ze door deze opleiding de vaardigheden had om in gesprek te kunnen blijven met haar cliënten. Ze zegt hierbij dat het mazzel is geweest dat het haar door deze opleiding wel lukte. Laura volgt ook een opleiding. Zij volgt de opleiding case-management. Ze geeft aan wel heel erg te geloven in het werken volgens deze methodiek.

In bovenstaande subparagraaf staan een aantal zaken beschreven die met scholing te maken hebben. Twee medewerkers geven aan dat het belangrijk is dat er goed geschoolde medewerkers zijn. Tot slot hebben we weergegeven hoe de opleidingen die medewerkers hebben gevolgd hen hebben geholpen in de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

In de laatste paragraaf hebben we beschreven wat medewerkers gezegd hebben over de begeleiding die zij bieden. Ten eerste hebben medewerkers aangegeven dat ze hulp bieden op praktisch en psychosociaal gebied. Een voorbeeld van praktische hulp is hulp bij de post, een voorbeeld van hulp op psychosociaal gebied is het naar voren brengen van de realiteit. Medewerkers hebben ook aangegeven dat het in gesprek met cliënten belangrijk is om te toetsen of cliënten begrijpen wat er gezegd is. Over de houding van medewerkers naar cliënten toe zijn er veel aspecten naar voren gekomen. Een aantal medewerkers heeft aangegeven dat het belangrijk is om naast hun cliënt te

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

staan. Dit kan een manier zijn om binnen te blijven komen bij de cliënt. Ook het open zijn naar cliënten toe wordt genoemd als belangrijk aspect. Medewerkers hebben een aantal dingen genoemd die ze inzetten in hun werk. Er wordt door medewerkers genoemd dat het belangrijk is om duidelijk de rollen te bepalen. Daardoor weet men welke ondersteuning geboden kan worden. Ook het kunnen delen met collega's is door medewerkers genoemd als belangrijk. Dit zorgt er volgens een medewerker voor dat ze de verantwoordelijkheid niet alleen hoeft te dragen. Het verantwoordelijkheidsgevoel is ook naar voren gekomen als iets waar een medewerker tegenaan kan lopen. Medewerkers hebben ook een aantal andere zaken genoemd waar ze tegen aan lopen. Ze hebben bijvoorbeeld genoemd dat het lastig is om hun werk los te laten. Het risico op overvraging wordt door medewerkers ook als lastig ervaren. Een thema dat in de interviews veel naar voren is gekomen is het AMK. Het AMK zorgt bij cliënten voor stress. Dit blijkt uit wat er gezegd is door een cliënt en uit wat medewerkers signaleren. Medewerkers hebben gesignaleerd dat cliënten bang zijn dat hun kinderen worden afgepakt. Verder brengt het wel of niet doen van een melding spanningen met zich mee voor de begeleiding. Medewerkers geven aan dat ze het zelf doen van een melding voor een loyaliteitsconflict kan zorgen. Medewerkers willen vanuit de organisatie duidelijkheid over het wel of niet doen van een melding. Verder geeft een medewerker aan dat het fijn zou zijn als er duidelijkheid is over wat men cliënten kan bieden. Een andere medewerker zou graag een stappenplan zien met daarin stap voor stap beschreven wat een begeleider moet doen als zijn of haar cliënt zwanger is. Tot slot wordt ingegaan op scholing. Medewerkers zeggen dat goed geschoolde medewerkers belangrijk zijn. Er worden een tweetal opleidingen genoemd die als helpend zijn ervaren in de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

Conclusie op het praktijkonderzoek

Als afsluiting van ons praktijkonderzoek geven we hieronder de belangrijkste bevindingen uit dit praktijkonderzoek weer.

Over de zwangerschapsbeleving van cliënten zijn medewerkers en cliënten het in grote lijnen met elkaar eens. Cliënten geven aan dat ze de zwangerschap leuk en gezellig vinden. Medewerkers herkennen dit, zij hebben ervaren dat cliënten vooral de leuke kanten van de zwangerschap zien. De weinige nadelen die cliënten tijdens hun zwangerschap ervaren zijn misselijkheid en de bevalling. Medewerkers herkennen dit en benoemen dat cliënten hun zwangerschap vooral lichamelijk beleven. Zodra cliënten geen last meer hebben van lichamelijke ongemakken zijn alle nare kanten van de zwangerschap verdwenen. De kennis die cliënten hebben over zwangerschap is van invloed op hoe de zwangerschap beleefd wordt. Er is naar voren gekomen dat cliënten niet veel kennis hebben over zwangerschap en bevallen. Een cliënt vertelt dat ze wel boeken had gelezen om kennis op te doen. De werkelijkheid bleek echter anders dan in de boeken beschreven stond. In gesprek met medewerkers is de kennis over de zwangerschap en bevalling niet aan de orde gekomen. Zij voorzien problemen als het kind er is. Cliënten willen graag zo veel mogelijk zelf doen in de opvoeding van hun kind. Medewerkers zien echter dat cliënten soms kennis en kwaliteiten missen om een kind op te voeden. Om aan te sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk dat medewerkers rekening houden met de lichamelijke zwangerschapsbeleving van cliënten. Ook de kennis die cliënten hebben kan een aandachtsgebied zijn voor de begeleiding. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de manier waarop kennis wordt aangeboden aan cliënten.

De hulp die cliënten tijdens de zwangerschap ontvangen kan opgesplitst worden in twee gebieden, namelijk praktische hulp en hulp door gesprekken. Cliënten vertelden het meest over de praktische hulp die zij ontvangen. Hierbij gaat het vooral om hulp bij de post, hulp bij het huishouden en hulp bij de financiën. Een aantal cliënten geeft ook aan dat het praten met de begeleiding hen helpt. Uit wat cliënten zeggen over de begeleiding die zij ontvangen blijkt dat ze enerzijds tevreden zijn over de begeleiding, anderzijds zijn er ook een aantal zaken waar zij minder tevreden over zijn. Cliënten geven aan dat tevreden zijn omdat ze altijd om uitleg kunnen vragen en het advies dat begeleiders geven helpt. Minder tevreden zijn cliënten over het feit dat er niet altijd duidelijk is welke begeleiding de Driestroom precies kan bieden. Ook duidelijkheid over de manier van begeleiden wordt door een cliënt genoemd. Ze geeft aan dat een duidelijke en rustige uitleg voor haar van belang is. Uit bovenstaande blijkt dat een ondersteuningswens van cliënten is dat er meer duidelijkheid wordt geboden over de begeleiding die de Driestroom biedt.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Het netwerk dat cliënten hebben ervaren zij op twee manieren. Een aantal van de geïnterviewde cliënten heeft steun ervaren vanuit hun netwerk. Er zijn echter ook een aantal cliënten die geen steun hebben ervaren vanuit hun netwerk. Medewerkers zien het netwerk als een hele belangrijke factor. Hierbij wordt aangegeven dat er cliënten zijn die het zonder hun netwerk niet zouden redden. Medewerkers benadrukken dat het belangrijk is dat cliënten hun hulpbronnen uit hun eigen netwerk kunnen halen. Medewerkers zien echter ook dat het netwerk een risico kan zijn voor de cliënt. Er kan sprake zijn van een klein netwerk en het netwerk is vaak eenzijdig. Om aan te kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het helpend om in beeld te krijgen hoe het netwerk van de cliënt eruit ziet. Door het netwerk in beeld te hebben kan worden gezien waar eventuele ondersteuningsbehoeften van de cliënt liggen.

Naast het netwerk zijn er nog veel andere factoren die van invloed zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Cliënten zien niet veel factoren die van invloed zijn. Medewerkers hebben echter veel factoren genoemd. Deze factoren kunnen helpend zijn in het bieden van begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Een helpende factor is bijvoorbeeld dat de cliënt open staat voor hulp. Medewerkers zien echter ook een aantal factoren die de begeleiding aan deze doelgroep moeilijker maken. Medewerkers vinden de woonsituatie waar cliënten zich in bevinden vaak niet wenselijk. Financiën zijn een bron van stress voor cliënten. Dit komt doordat zij moeite hebben met het stellen van prioriteiten. Gezondheidsfactoren en persoonlijkheidsfactoren worden door medewerkers als risicovol bestempeld. Voorbeelden van gezondheidsfactoren zijn roken tijdens de zwangerschap en een onhygiënische woonsituatie. Voorbeelden van persoonlijkheidsfactoren zijn dat de cliënt beschadigd is door haar eigen jeugd en het sociale isolement van de cliënt. In de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk dat begeleiders zich bewust zijn van deze factoren en deze proberen te ondervangen.

De hulp die medewerkers bieden is opgesplitst in twee gebieden. Net als de cliënten, geven ook medewerkers aan dat ze hulp bieden op praktisch gebied en door in gesprek te gaan met cliënten. Medewerkers geven over het in gesprek gaan met cliënten aan dat het belangrijk is om te toetsen of cliënten begrijpen wat er gezegd is. Medewerkers merken dat visualiseren belangrijk is. Door dit te doen sluiten zij aan bij het niveau van de cliënt. Medewerkers sluiten aan bij hun cliënt door naast hen te gaan staan. Hierdoor blijven ze in contact met de cliënten. Als dit contact er is kunnen medewerkers de belangen van cliënten behartigen bijvoorbeeld naar het AMK toe. Medewerkers en cliënten ervaren het AMK als bron van stress. Bij cliënten ontstaat deze stress door angst dat hun kind wordt afgepakt. Bij medewerkers ontstaat deze stress doordat het eventuele doen van een melding voor een loyaliteitsconflict zorgt. Ook is er bij medewerkers niet altijd duidelijk wanneer er een melding bij het AMK gedaan moet worden. Hierboven staan behoorlijk wat factoren beschreven die de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking beïnvloeden. Dit maakt het werk van de begeleiders complex. Omdat het werk zo complex is moeten medewerkers hun verantwoordelijkheidsgevoel en zorgen kwijt kunnen. Dit kan bij collega's, de gedragsdeskundige en de manager. Als medewerkers hun verantwoordelijkheidsgevoel en zorgen kunnen delen ontstaat er weer ruimte om aan te sluiten bij de cliënt. Om de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking te verbeteren hebben medewerkers een aantal suggesties gedaan. Een van deze suggesties is een stappenplan, waarin beschreven staat wat een begeleider moet doen als zijn of haar cliënt zwanger is. Net als door cliënten wordt ook door medewerkers genoemd dat het belangrijk is dat er duidelijkheid bestaat over wat de Driestroom wel en niet kan bieden. Dit geeft zowel de medewerkers als de cliënten rust.

Om aan te sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is uit de praktijk gebleken dat:

- Het belangrijk is dat medewerkers rekening houden met de lichamelijke zwangerschapsbeleving van cliënten. Ook de kennis die cliënten hebben kan een aandachtsgebied zijn voor de begeleiding. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de manier waarop kennis wordt aangeboden aan cliënten.
- Een ondersteuningswens van cliënten is dat er meer duidelijkheid wordt geboden over de begeleiding die de Driestroom biedt.
- het helpend is om in beeld te krijgen hoe het netwerk van de cliënt eruit ziet. Door het netwerk in beeld te hebben kan worden gezien waar eventuele ondersteuningsbehoeften van de cliënt liggen.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

- Het belangrijk is dat begeleiders zich bewust zijn van de verschillende factoren die van invloed zijn op zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking en deze proberen te ondervangen.
- Het werken met deze doelgroep complex is. Daarom moeten medewerkers hun verantwoordelijkheidsgevoel en zorgen kwijt kunnen. Dit kan bij collega's, de gedragsdeskundige en de manager. Als medewerkers hun verantwoordelijkheidsgevoel en zorgen kunnen delen ontstaat er weer ruimte om aan te sluiten bij de cliënt.

In het volgende hoofdstuk geven we antwoord op de hoofdvraag van ons onderzoek. In dit hoofdstuk komen het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek samen.

7. Conclusie

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Dit doen we op basis van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek. De volgende thema's zijn verwerkt in dit hoofdstuk:

- Doelgroep van dit onderzoek: mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Doelgroep van dit onderzoek: zwangerschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Begeleidingswijze die aansluit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
- Aansluitingsmogelijkheden voor begeleiders

Onze hoofdvraag luidt als volgt:

Op welke wijze kunnen medewerkers van de Driestroom aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking?

Om aan te kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het allereerst belangrijk om rekening te houden met de doelgroep, mensen met een lichte verstandelijke beperking. Deze doelgroep kent een grote diversiteit. Deze diversiteit komt doordat het IQ en het aanpassingsvermogen erg verschilt per persoon. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben een IQ tussen de 50 en de 85. De aanpassingsvaardigheden kunnen erg uit elkaar lopen. Om aan te kunnen sluiten bij de individuele cliënt is het belangrijk in beeld te hebben wat zijn niveau is en welke aanpassingsvaardigheden hij bezit.

Er zijn echter wel een aantal algemene aspecten waar in de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking rekening mee moet worden gehouden. Het is nodig om abstracte situaties te mijden en zich als begeleider vooral te richten op concrete ervaringen. In gesprek met medewerkers is gebleken dat zij vooruit kijken naar de toekomst en zichzelf de vraag stellen hoe het moet als het kind er straks is. Cliënten hebben aangegeven dat ze niet veel nadenken over de toekomst. Zij leven vooral in het hier en nu. Dit blijkt uit het feit dat zij aangeven vooral last te hebben van lichamelijke ongemakken. Deze ervaren ze namelijk in het hier en nu. Zodra deze lichamelijke ongemakken verdwenen zijn vinden cliënten de zwangerschap vooral fijn. Het is belangrijk om cliënten toch voor te bereiden op de komst van het kind. Medewerkers kunnen dit doen door te concretiseren en te visualiseren. Een manier om dit te doen is het inzetten van de oefenpop van MEE. De oefenpop van MEE simuleert alle aspecten van een baby, zoals huilen en honger. Door te ervaren hoe het is om een baby te hebben wordt dit voor cliënten concreter en kunnen begeleiders handvatten vinden om in gesprek te gaan. De tijd tussen het bekend worden van de zwangerschap en de uiteindelijke bevalling kan gebruikt worden om stap voor stap toe te leven naar de komst van de baby. Door hier structureel en concreet aandacht aan te besteden zijn zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking beter voorbereid op de komst van hun kind. Het komt bij mensen met een verstandelijke vaak voor dat er een disharmonisch ontwikkelingsprofiel is. Dit houdt in dat de sociaal-emotionele ontwikkeling achter loopt op de cognitieve ontwikkeling, of andersom. Hierdoor zijn vrouwen met een lichte verstandelijke beperking niet altijd in staat om de emotionele gevolgen van hun zwangerschap te plaatsen. Zij hebben bijvoorbeeld een cognitieve ontwikkelingsleeftijd van 12 jaar en een sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van 5 jaar. Dit kan tot gevolg hebben dat er stress ontstaat. In het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat deze doelgroep moeite heeft met het omgaan met stress. Door cliënten zo concreet mogelijke handvatten te bieden kan het stressniveau verminderd worden. Hiermee sluiten medewerkers aan bij de behoeften van de cliënt. Tegelijkertijd krijgen zij hierdoor zicht op hoe de cliënt bezig is met de komst van de baby. Deze duidelijkheid kan voor rust zorgen bij de begeleider.

In de begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking is het van belang om rekening te houden met hun behoefte aan autonomie en onafhankelijkheid. Door het beperkte aanpassingsvermogen van mensen met een lichte verstandelijke beperking lukt het echter vaak niet om zelfstandig te functioneren in de maatschappij. Bij de behoefte aan autonomie en onafhankelijkheid kan toch worden aangesloten door als begeleider een coachende rol in te nemen. Deze coachende rol komt tot uiting doordat de cliënt gevolgd wordt in wat hij wil. De wil van de

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

cliënt kan in beeld worden gebracht door een ondersteuningsplan te schrijven. In dit ondersteuningsplan stellen de cliënt en de begeleider samen doelen op. Deze doelen brengen in beeld op welke gebieden de cliënt ondersteuning wenst. Bij het opstellen van deze doelen ligt er kans voor begeleiders om samen met de cliënt doelen te formuleren die betrekking hebben op de zwangerschap. Wanneer deze doelen zwart op wit staan ontstaat er voor de begeleider rust, doordat de begeleider op deze doelen kan terug grijpen en de cliënt kan wijzen op zijn verantwoordelijkheid. Doordat de medewerker en de cliënt samen de doelen opstellen zijn zij hier samen verantwoordelijk voor. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid schept een band. In het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat het risico bestaat dat cliënten de begeleiding buiten de deur zetten. Door samen de doelen op te stellen geeft de medewerker blijk van solidariteit. Hierdoor ervaart de cliënt dat de begeleider er niet is om haar tegen te werken, maar dat ze samen kunnen zorgen voor een succesvol verloop van de zwangerschap en een succesvolle voorbereiding op ouderschap.

Dit onderzoek richt zich op de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Cliënten benoemen zelf niet zo veel ondersteuningswensen met betrekking tot de zwangerschap. Medewerkers signaleren echter dat het nodig kan zijn om ondersteuning te bieden die specifiek gericht is op de zwangerschap. Medewerkers zien dat het meer kwaad dan goed doet om de wil van de begeleiders op te leggen ook al vinden ze het nog zo noodzakelijk dat bepaalde dingen veranderen. Het oplossingsgericht werken kan er voor zorgen dat zowel de medewerker als de cliënt achter de opgestelde doelen staan. Door oplossingsgerichte vragen te stellen kan de cliënt gestuurd worden in het zelf formuleren van zijn ondersteuningswensen. Door de juiste vragen te stellen kan een cliënt zelf het belang van eventuele verandering gaan zien. Een medewerker gaf hier een voorbeeld van. Zij vroeg haar cliënt wat voor soort moeder ze wilde zijn. Dit zorgde ervoor dat de cliënt zelf ging nadenken over welke veranderingen er noodzakelijk waren. Met deze manier van werken wordt de autonomie en de onafhankelijkheid van de cliënt gerespecteerd.

In de voorbereiding op ouderschap is het belangrijk dat cliënten bepaalde vaardigheden leren, zoals het geven van de fles en het stellen van prioriteiten met betrekking tot financiën. Het eigen initiatief model en shaping zijn twee manieren om dit te doen. Bij beide methodes wordt de autonomie van de cliënt gerespecteerd, doordat de zelfstandigheid van de cliënt vergroot wordt. Bij het eigen initiatief model worden cliënten aangemoedigd om zelf na te denken over de stappen die genomen moeten worden om een bepaald doel te bereiken, bijvoorbeeld het doen van boodschappen. Ook leert de cliënt om tussendoor te evalueren hoe het gaat en eventueel de volgende stappen bij te stellen. Bij shaping speelt het bekrachtigen van cliënten een belangrijke rol. Door het bekrachtigen van cliënten krijgen zij meer zelfvertrouwen en daardoor worden ze minder afhankelijk van de begeleiding. Allebei deze methodes zijn erop gericht om doelen te verdelen over kleine stapjes. Door die kleine stapjes worden grote doelen meer concreet en dat maakt dat deze methodes goed te gebruiken zijn in het begeleiden van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking.

Om aan te kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het belangrijk om als begeleider zicht te hebben op de draagkracht en de draaglast van cliënten. De draagkracht en de draaglast zijn van invloed op het verloop van de zwangerschap bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. In zowel het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek zijn veel factoren naar voren gekomen die van invloed zijn op de draagkracht en de draaglast van cliënten. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking een veelheid aan risicofactoren is. Deze veelheid aan risicofactoren vergroot de draaglast van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. De draaglast kan verminderd worden door het vergroten van de beschermende factoren en het verminderen van de risicofactoren. Men kan de beschermende en risicofactoren in beeld brengen door het maken van een risicoanalyse. Deze risicoanalyse geeft begeleiders een beeld waar risicofactoren verminderd en beschermende factoren toegevoegd kunnen worden.

Naast de bovengenoemde manieren om aan te sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking zijn door medewerkers een aantal behoeften aangegeven. Als deze behoeften vervuld zijn wordt het voor medewerkers makkelijker om aan te sluiten bij zwangere

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Omdat het werken met deze doelgroep een grote verantwoordelijkheid met zich meebrengt is het belangrijk dat medewerkers deze verantwoordelijkheid kunnen delen. Er is gebleken dat er op een aantal vlakken onduidelijkheid heerst. Er is onduidelijkheid over het wel of niet doen van een melding bij het AMK. De beslissing over het doen van een melding wordt nu vaak overgelaten aan de begeleider van de cliënt in kwestie. Hierdoor kan een loyaliteitsconflict ontstaan. Dit loyaliteitsconflict kan voorkomen worden als er voor de begeleider en de cliënt duidelijk is dat de verantwoordelijkheid over de melding buiten de begeleider ligt. Hierdoor wordt de vertrouwensband niet beschadigd en kan de medewerker open blijven communiceren naar de cliënt. Medewerkers hebben ook aangegeven dat zij duidelijkheid nodig hebben over het contact met andere instanties. Het is nu niet duidelijk of zij bijvoorbeeld contact kunnen opnemen met een verloskundige. Cliënten willen niet altijd dat dit contact er is. Medewerkers vinden dit contact echter wel nodig omdat alle betrokken partijen op deze manier aan kunnen sluiten bij de zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Wanneer vaststaat dat medewerkers contact op moeten nemen met andere instanties kunnen zij dit communiceren naar de cliënt toe. Door zowel cliënten als medewerkers wordt aangegeven dat het niet altijd duidelijk is wat de Driestroom wel en niet kan bieden. Deze onduidelijkheid kan er voor zorgen dat er niet optimaal aangesloten wordt bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Om wel optimaal aan te kunnen sluiten zou het helpend zijn om naar cliënten en medewerkers duidelijk te maken welke ondersteuning waar en wanneer geboden kan worden.

In het volgende hoofdstuk doen we aanbevelingen, die gebaseerd zijn op bovenstaande conclusies.

8. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we onze aanbevelingen weer. Deze aanbevelingen zorgen er voor dat er optimaal kan worden bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Een aantal aanbevelingen richten we tot de organisatie en een aantal tot de medewerkers. We baseren onze aanbevelingen op het literatuur en praktijkonderzoek.

Naar medewerkers toe doen we de volgende aanbevelingen:

Maak een risicoanalyse om de draaglast en draagkracht van een cliënt in beeld te brengen.

In het onderzoek is naar voren gekomen dat zwangere cliënten met een lichte verstandelijke beperking regelmatig in een complexe situatie verkeren. Een risicoanalyse brengt in beeld waar de sterke en zwakke kanten van een cliënt zich bevinden. Bij een risicoanalyse zet men de beschermende factoren tegenover de risicofactoren. Als begeleiders de sterke en zwakke kanten in beeld hebben kunnen zij op zoek gaan naar balans hierin. Er is sprake van balans als de draaglast en de draagkracht zich tot elkaar verhouden. Het duidelijk in beeld hebben van de draaglast en de draagkracht kan bij medewerkers voor duidelijkheid zorgen. Aan de ene kant kan een risicoanalyse zorgen wegnemen. Aan de andere kant kan een risicoanalyse de medewerkers duidelijk maken waar ingegrepen kan worden. Als medewerkers zich dermate zorgen maken dat ze een melding bij het AMK overwegen, kan een risicoanalyse voor meer duidelijkheid zorgen.

Bereid cliënten op een concreet-aanschouwelijke manier voor op ouderschap.

Bij het in gesprek gaan met cliënten over aanstaand ouderschap en de zwangerschap is het van belang om rekening te houden met het abstract denkvermogen van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Zowel in de literatuur als in het praktijkonderzoek komt naar voren dat cliënten het meest leren van concrete, zintuiglijke waarneming. Door het inzetten van concrete en tastbare middelen sluit men aan bij deze behoefte. Als cliënten ervaring opdoen door het zorgen voor een oefenpop kunnen ze zich een beter beeld vormen van hoe het zal zijn als hun kind er is. Tegelijkertijd biedt het medewerkers de mogelijkheid om met cliënten in gesprek te gaan over aanstaand ouderschap. Medewerkers en cliënten kunnen ook samen een planning maken voor de resterende maanden van de zwangerschap. Het is aan te raden om deze planning te visualiseren, zodat cliënten weten waar ze aan toe zijn. In de literatuur is gebleken dat mensen met een lichte verstandelijke beperking niet altijd in staat zijn tot ver vooruit denken. Een planning kan er voor zorgen dat cliënten zo goed mogelijk voorbereid zijn op het aanstaande ouderschap.

Naar de Driestroom toe doen we de volgende aanbevelingen:

Bied medewerkers duidelijkheid over eventuele meldingen bij het AMK

In het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat zaken met betrekking tot het AMK zorgen voor stress. Medewerkers geven aan dat het nu niet duidelijk is of zij verplicht zijn om melding te doen bij het AMK. De ouder en kind notitie gaat er van uit dat de kinderen al geboren zijn. Aan de ene kant willen medewerkers naast hun cliënt staan. Aan de andere kant voelen zij de verantwoordelijkheid voor het ongebooren kind. Dit kan voor innerlijke conflicten zorgen. Medewerkers hebben aangegeven dat zij zich gesteund zouden voelen als de organisatie hier beleid over zou hebben. Hierdoor zullen ze beter in staat zijn om naast hun cliënt te staan, omdat de verantwoordelijkheid voor de melding buiten hen zelf ligt. Als de organisatie duidelijkheid biedt over het doen van een melding kunnen begeleiders ook open zijn naar hun cliënten toe. We denken dat dit tegelijkertijd stress bij cliënten vermindert.

Bied medewerkers duidelijkheid over het contact met andere instanties

Ook bij deze aanbeveling komt een vraag van medewerkers naar voren. In de interviews is naar voren gekomen dat medewerkers het contact met andere instanties erg belangrijk vinden. Ze vinden dat bijvoorbeeld een verloskundige moet weten van de beperking van de zwangere vrouw. Uit ervaringen van medewerkers en vanuit de literatuur blijkt dat er een risico op overvraging bestaat bij deze doelgroep. Als de verloskundige of de kraamzorg niet in de gaten heeft dat er sprake is van een verstandelijke beperking kan er miscommunicatie ontstaan. Cliënten kunnen hierdoor weinig hebben aan de geboden begeleiding en extra ondersteuning mislopen. Sommige medewerkers lopen er tegen aan dat cliënten dit contact liever niet hebben. Dit kan bij de

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

medewerker voor stress zorgen. Een aantal medewerkers zou het helpend vinden als de organisatie hier een lijn in trekt. Als de organisatie hier beleid over heeft kunnen medewerkers hierover helder communiceren naar hun cliënten toe.

Bied zwangere cliënten de mogelijkheid om elkaar te ontmoeten

Voor zover wij weten is er nu nog geen gelegenheid voor zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking om elkaar te ontmoeten. In de interviews is naar voren gekomen dat cliënten regelmatig een klein netwerk hebben. Het in contact komen met mensen die in dezelfde situatie zitten, kan cliënten het gevoel geven dat ze er niet alleen voor staan. Tegelijkertijd kan een ontmoetingsplaats ervoor zorgen dat cliënten van hun eilandje afkomen, zoals een medewerker dit omschreven heeft. Het opbouwen van nieuwe sociale contacten en het uitbreiden van hun netwerk kan als beschermende factor worden omschreven. Als cliënten zien hoe andere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking met deze situatie omgaan kunnen zij hier wellicht van leren. Het zien van andere moeders biedt cliënten de mogelijkheid om op een concreet-aanschouwelijke wijze ervaring op te doen met betrekking tot zwangerschap en aanstaand ouderschap.

Bied cliënten duidelijkheid over wat de begeleiding wel en niet kan bieden

De begeleiding die cliënten ontvangen van de Driestroom wordt vastgesteld aan de hand van indicaties. Medewerkers weten vanuit deze indicatie wat zij wel en niet kunnen bieden. Uit de interviews is naar voren gekomen dat dit voor cliënten *niet* altijd helder is. Cliënten vragen zich bijvoorbeeld af of hun begeleider mee kan naar het ziekenhuis. Het kan bij cliënten voor rust zorgen als deze indicaties vertaald worden naar een pakket wat voor cliënten begrijpelijk is. Een manier om informatie begrijpelijk te maken voor cliënten is door deze informatie te visualiseren. Daarnaast is het belangrijk om te toetsen of cliënten begrijpen welke ondersteuning ze van de Driestroom kunnen ontvangen. In het geval van een zwangerschap is het extra belangrijk om er zeker van te zijn dat de cliënt voldoende ondersteuning krijgt. Mocht het nodig zijn om meer ondersteuning te krijgen dan kan de begeleiding eventueel een ruimere indicatie aanvragen. Deze indicatie kan gedeeld worden met bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning vanuit de Driestroom.

We geven tot slot in het volgende hoofdstuk de discussie met betrekking tot dit onderzoek weer.

9. Discussie

In dit hoofdstuk kijken we met een kritische blik naar ons onderzoek en de resultaten. Verder doen we aanbevelingen voor eventueel verder onderzoek.

We zijn dit onderzoek ingegaan met de volgende hoofdvraag:

Op welke wijze kunnen medewerkers van de Driestroom aansluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking?

Zoals we eerder in dit verslag aangaven, zijn er niet veel ondersteuningswensen vanuit de cliënten naar voren gekomen. Ons uiteindelijke resultaat is niet een overzicht van ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. We hebben wel meer inzicht gekregen in de manier waarop begeleiders aan kunnen sluiten bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. In ons onderzoek kwam veel input vanuit de medewerkers. We hebben geprobeerd om zoveel mogelijk daarvan te verwerken in dit onderzoek. Daarbij hebben we de hoofdvraag in ons achterhoofd gehouden, zodat we niet te veel af zouden wijken van deze hoofdvraag. Dit was soms lastig, omdat we allebei zeer geïnteresseerd zijn in dit onderwerp en alles wat er bij komt kijken. Onze afstudeerbegeleider van school heeft ons geholpen door ons elke keer te wijzen op de hoofdvraag en het doel van dit onderzoek. Hierdoor is het uiteindelijk gelukt om zo dicht mogelijk bij de onderzoeksvraag te blijven.

Bij het schrijven van de aanbevelingen hebben we ons laten leiden door de informatie uit de interviews. We hebben geprobeerd de interviews te onderbouwen vanuit het literatuuronderzoek. We hebben onze doelgroep, zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking, centraal gezet bij het doen van de aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gericht op de Driestroom en op begeleiders, zodat de begeleiding aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking geoptimaliseerd kan worden. Het is belangrijk om in de begeleiding rekening te houden met de individuele cliënt. We hebben onze aanbevelingen gericht op medewerkers en de organisatie, oftewel op micro en meso niveau. We hebben overwogen om ook nog een aanbeveling richting de overheid te doen. We hebben het idee dat de overheid vooral bezig is met de wenselijkheid van zwangerschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Feit is echter dat deze zwangerschappen voorkomen, of de overheid dit nu wil of niet. We denken dat de overheid daar meer oog voor zou moeten hebben. De overheid zou zich actiever kunnen inzetten om te zorgen dat zwangerschap en ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking succesvol verloopt. Hierdoor wordt deze kwetsbare groep meer beschermd en wordt er meer recht gedaan aan hun mens-zijn. Voor een vervolgonderzoek is het belangrijk om dit te blijven richten op het succesvol verloop van zwangerschap en ouderschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Ons onderzoek is opgebouwd uit een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Aan ons literatuuronderzoek zien we een aantal beperkingen. Deze beperkingen hebben betrekking op beschikbaarheid en aanwezigheid van informatie over ondersteuningswensen en zwangerschapsbeleving van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Wij hebben in de literatuur bijna geen informatie kunnen vinden over ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. De beschikbare literatuur is vooral gericht op ouderschap. Ook over de zwangerschapbeleving van vrouwen met een lichte verstandelijke beperking bleek weinig tot geen informatie beschikbaar. We hebben daarom zelf geprobeerd een link te leggen tussen de beperking van mensen met een lichte verstandelijke beperking en de veranderingen tijdens een zwangerschap. Deze link is dus niet verankerd in bestaande theorieën.

Ook het praktijkonderzoek heeft een aantal beperkingen. Dit heeft betrekking op het aantal deelnemers. We hebben uiteindelijk 13 mensen geïnterviewd. Onze doelstelling was om tenminste 20 mensen te interviewen, waarvan 10 cliënten en 10 medewerkers. Helaas is het niet gelukt om deze doelstelling te halen, mede doordat we op het laatst in tijdnood kwamen. We hebben er toen voor gekozen om ons onderzoek te baseren op de meningen van 13 mensen. Aan de ene kant beseffen we ons dat dit aan de lage kant is. Aan de andere kant vinden we het belangrijk om *elke* cliënt en medewerker een stem te geven. Door dit onderzoek doen we recht aan de mening van 13

mensen. We hebben er in dit onderzoek voor gewaakt om niet te veel te veralgemeniseren. Dat zou namelijk niet eerlijk zijn. Wel hebben we uitgebreid weergegeven wat deze 13 mensen te zeggen hadden. Bij het afnemen van de interviews van cliënten was de begeleiding aanwezig. Dit kan de cliënten hebben gerustgesteld, maar het kan ook zijn dat cliënten hierdoor voorzichtig waren. Misschien vonden cliënten het lastig om hun mening te geven als we ze vroegen of ze tevreden waren over de begeleiding. Ook merkten we bij cliënten dat er sprake was van spanning. Hierdoor gaven ze soms misschien gewenste antwoorden en zeiden ze niet wat ze echt dachten. Ook het feit dat de cliënten ons niet kenden kan er aan hebben bijgedragen dat we niet het onderste uit de kan hebben kunnen halen. Bij de medewerkers maakt dit volgens ons niet veel verschil, omdat zij naar alle waarschijnlijkheid meer zelfinzicht en meer overzicht hadden over dit onderwerp. Bij de cliënten kan het gebrek aan zelfinzicht een rol hebben gespeeld, waardoor niet alle ondersteuningswensen naar voren zijn gekomen. Als cliënten zich namelijk ergens niet bewust van zijn, dan kan er ook moeilijk iets over gezegd worden. We merkten ook dat cliënten soms wantrouwig waren naar ons toe. Hieruit bleek hoe gevoelig zwangerschap kan liggen bij mensen met een verstandelijke beperking. Het heeft volgens ons wel geholpen dat we allebei affiniteit hebben met mensen met een verstandelijke beperking. Dit zorgde ervoor dat we wisten hoe we cliënten konden benaderen en op welke manier we door konden vragen op een bepaald onderwerp. We waren in staat om vragen te herformuleren waardoor cliënten de vraag wel begrepen.

Voor een eventueel volgend onderzoek is het aan te raden om cliënten apart te interviewen. Dit zou er voor kunnen zorgen dat cliënten meer open durven te zijn. Door het uitvoeren van een grootschaliger onderzoek kan meer duidelijkheid worden verkregen over ondersteuningswensen. Een onderzoek met meer respondenten kan er voor zorgen dat er meer bekend wordt over deze ondersteuningswensen. Dit onderzoek kan zich maar op 6 cliënten baseren. Om een groter onderzoek uit te voeren is het aan te raden om meerdere instellingen er bij te betrekken. Hierdoor wordt het aantal respondenten vanzelf groter en dus meer betrouwbaar. Ook het observeren van cliënten kan misschien meer of andere informatie opleveren. Bij het interviewen is men afhankelijk van wat de geïnterviewde zelf aangeeft. Door te observeren ziet men meer dan alleen een momentopname en verdwijnt de kunstmatige situatie.

We hebben in dit hoofdstuk terug gekeken op ons onderzoek naar de mogelijkheden van begeleiders van de Driestroom om aan te sluiten bij de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. Hierboven noemden we een aantal minder sterke kanten van ons onderzoek. Er zijn gelukkig ook sterke kanten aan dit onderzoek. Het is belangrijk dat zowel medewerkers als cliënten zich gehoord voelen. Door uitgebreid met hen in gesprek te gaan en hun mening en visie weer te geven in dit verslag denken wij dat men zich ook daadwerkelijk gehoord zal voelen. We vonden het bijzonder interessant om in de wereld van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking te kijken. Uit de inzet van de begeleiders die meegewerkt hebben sprak veel enthousiasme en doorzettingsvermogen om zoveel mogelijk toe te werken naar een succesvol verloop van de zwangerschap en het voorbereiden op aanstaand ouderschap. Ondanks de soms moeilijke en gecompliceerde situaties blijkt uit hun houding de hoop op verandering. Wij als onderzoekers zijn blij dat we een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de hulpverlening aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. We hebben dit onderzoek dan ook met veel plezier uitgevoerd.

10. Bibliografie

- Baarda, Goede, d., & Teunissen. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Belie, E. d., & Morisse, F. (2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Besten, C. d., & Vulpen, A. v. (2009). *Begeleid ontdekkend leren, het Eigen Initiatief Model in zes stappen*. Barneveld: Nelissen.
- Bogerd, L. N. (2007). *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking*. Soest: Nelissen.
- Bosch, E. (1994). *Visie en attitude*. Baarn: H. Nelissen B.V. .
- Brysbaert, M. (2006). *Psychologie*. Gent: Academia Press .
- Burger, G. (2005). *Verplegen van verstandelijk gehandicapten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Concepts, N. (sd). *Kindje op komst*. Opgeroepen op 03 15, 2011, van <http://www.kindjeopkomst.nl/zwanger/wat-moet-je-regelen.htm>
- Gennep, A. v. (2007). *Waardig leven met beperkingen: over veranderingen in de hulpverlening aan mensen met beperkingen in hun verstandelijke mogelijkheden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Gils, M. v. (z.d., Oktober 5). *Persoonlijke Toekomstplanning*. Opgeroepen op Maart 1, 2011, van Scribd: <http://www.scribd.com/doc/2931727/Persoonlijke-toekomstplanning>
- Graaff, F. d. (1996). *Cognitieve en affectieve stoornissen; Oorzaken en achtergronden van verstandelijke handicaps*. Baarn: Nelissen B.V.
- Groot, B. V.-d. (2009). *Werken met ontwikkelingsleeftijden, afstemmen op mensen met een verstandelijke beperking*. Barneveld: Nelissen.
- Hermesen, P., Keukens, R., & Meer, J. v. (2007). Mensen met een verstandelijke beperking. In P. Hermesen, R. Keukens, & J. v. Meer, *Mensen met een verstandelijke beperking* (pp. 46-58). Twello: Van Tricht.
- Joha, D. (2004). *Ouders met een verstandelijke beperking* . Meppel: Krips.
- Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt, J. v., & Kersten, M. (2006). *Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma BV.
- Larousse. (2004). *Alles over baby's*. Tiel: Lannoo.
- London, M. L., Ladewig, P. W., Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2007). *Maternal & child nursing care* . New Jersey: Pearson Education.
- Mulder, A., & Dekker, K. (2000). *Het verkeerslicht van EIM*. Opgeroepen op 03 16, 2011, van <http://www.eigeninitiatiefmodel.nl/Verkeerslicht.html>
- NIZW. (z.d.). *Dossier Opvoedingsondersteuning, Balansmodel*. Opgeroepen op Maart 8, 2011, van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/6/753.html>
- Roeden, J., & Bannink, F. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten*. Amersfoort: Pearson.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Schutte, M., Mul, D., Kesteren, P. v., & Lith, J. v. (2009). *Verloskunde, gynaecologie en kindergeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schuurman, D. M. (z.d.). *Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap*. Zoetermeer.

Shaping. (sd). Opgeroepen op 03 16, 2011, van <http://www.behavioradvisor.com/Shaping.html>

Siebesma, P. (1997). Kleinschalig wonen, van gezinsvervangend tehuis naar begeleid zelfstandig wonen. In P. d. Gemert, & P. d. Minderaa, *Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking* (pp. 229-238). Assen: Van Gorcum & Comp.

Tasman, A., & First, M. B. (2007). *DSM IV TR*. Pearson Assessment and Information.

Timmers-Huigens, D. (sd). *Theorie van Ervaringsordening*. Opgeroepen op 5 24, 2011, van <http://www.pptimmers.nl/ervaringsordening/ervaringsordening-de-vier-ordeningen/>

11. Bijlagen

Bijlage 1 Relatie met de Creatieve Professional

In deze bijlage verwoorden we de relatie tussen ons onderzoek en de Creatieve Professional. De Creatieve Professional onderscheidt een drietal segmenten:

1: Hulp verlenen aan en ten behoeve van cliënten

Cliënten zijn het uitgangspunt van dit onderzoek. We zijn in gesprek gegaan met cliënten om hun wensen in beeld te brengen. Dit heeft te maken met het hanteren van een hulpverleningsrelatie. Uiteindelijk heeft dit onderzoek als doel dat de cliënt versterkt wordt. Ook hebben we ons handelen verantwoord binnen theoretische kaders.

2: Werken binnen en vanuit een organisatie

We hebben dit afstudeeronderzoek uitgevoerd in opdracht van en binnen een hulpverleningsorganisatie. In contact met de instelling en medewerkers hebben we ons professioneel opgesteld. In ons onderzoek hebben we risicofactoren gesignaleerd en beschreven die te maken hebben met de kwetsbaarheid van zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking. We hopen met onze aanbevelingen een bijdrage te leveren aan de organisatie.

3: Professionaliseren

Door het werken aan dit onderzoek hebben we onze eigen professionaliteit vergroot. Het doen van praktijkonderzoek is een van de onderdelen van segment 3 van de Creatieve Professional, waar we aan gewerkt hebben door dit onderzoek. Daarnaast hebben we gedurende dit onderzoek gereflecteerd op ons eigen beroepsmatig handelen en hebben we daarin waarnodig onszelf bijgestuurd.

Bijlage 2 Interview vragen

Interview medewerkers

Wij zijn Janneke en Nienke en voor onze opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlener zijn wij bezig met een afstudeeronderzoek naar de ondersteuningswensen van zwangere vrouwen met een licht verstandelijke beperking. Om een beeld te krijgen van het huidige aanbod en de eventuele wensen voor de toekomst willen we u graag interviewen.

Wat is uw functie binnen de Driestroom?

Waaruit bestaat de ondersteuning aan zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking binnen de Driestroom op dit moment?

Op welke manier heeft u ondersteuning kunnen bieden als u in aanraking kwam met zwangere vrouwen met een licht verstandelijke beperking?

Wat heeft u als begeleider meegekregen vanuit de organisatie en vanuit de cliënt over de ondersteuningsbehoefte tijdens de zwangerschap?

Wat heeft u daarin als helpend ervaren?

Welke obstakels bent u tegen gekomen?

Welke beschermende factoren (omgeving, netwerk, relaties, wonen) kunt u noemen m.b.t. zwangerschap bij licht verstandelijk beperkte vrouwen?

En welke risicofactoren?

Welke rol kan de Driestroom hier nog in vervullen? (uitsplitsen in micro, meso en macro niveau?)

Welke ondersteuningsbehoefte signaleert u bij cliënten?

Interview cliënten

Wij zijn Janneke en Nienke, en we zijn voor school bezig met een afstudeeropdracht, dat is de laatste opdracht van onze opleiding. We doen een onderzoek voor de Driestroom, zij willen graag weten hoe ze cliënten van de Driestroom die zwanger zijn beter kunnen helpen. Daarom willen we jou graag wat vragen stellen. Door deze vragen hopen we er achter te komen hoe de begeleiders van de Driestroom jou en mensen die hetzelfde als jij meemaken beter kunnen helpen. Van ... hebben we gehoord dat we hier met jou over kunnen praten en we zijn blij dat je ons wilt helpen. Als je iets niet begrijpt dan willen we het graag beter aan je uitleggen en als je ergens geen antwoord op wilt geven dan is dat goed.

Hoe was het voor jou om zwanger te zijn?

Wat wist je over zwanger zijn en een kindje krijgen?

Hoe dacht je tijdens je zwangerschap over hoe het zou zijn om na de zwangerschap moeder te zijn?

Wat hebben de begeleiders van de Driestroom gedaan om jou te helpen toen je zwanger was?

Wat vond je daar fijn aan?

En wat vond je daar minder fijn aan?

Waren er ook andere mensen of hulpmiddelen in jouw omgeving die je geholpen hebben?

Waren er ook andere dingen in je zelf of je omgeving die de zwangerschap lastiger maakten voor je?

Wat hadden de begeleiders van de Driestroom nog meer kunnen doen om je te helpen toen je zwanger was?

Bijlage 3 Kernlabel definiëring

Kernlabel zwangerschapsbeleving cliënten.

Onder dit kernlabel vallen de volgende sublabels:

- Beleving van de zwangerschap door cliënten
- Beleving zwangerschap volgens medewerkers
- Kennis die cliënten hebben
- Waar cliënten hun kennis opdoen

In het eerste sublabel wordt omschreven wat cliënten als prettig en minder prettig hebben ervaren tijdens de zwangerschap. Het volgende sublabel beschrijft hoe cliënten hun zwangerschap beleven volgens de medewerkers. In het sublabel Kennis die cliënten hebben beschrijven we wat cliënten en medewerkers hebben gezegd met betrekking tot de kennis die cliënten hebben over zwangerschap. In het laatste sublabel staat omschreven waar cliënten hun kennis over alles wat met zwangerschap te maken heeft opdoen.

Kernlabel Hulp die cliënten ontvangen van de Driestroom.

Onder dit kernlabel vallen de volgende sublabels:

- Hulp die genoemd wordt door cliënten
- Wat cliënten zeggen over de begeleiding die ze ontvangen

Bij het eerste sublabel onderscheiden we praktische hulp en psychosociale hulp zoals deze genoemd is door cliënten. Onder het tweede sublabel vallen prettige en minder prettige kanten van de begeleiding die genoemd zijn door cliënten.

Kernlabel Netwerk.

Onder dit kernlabel vallen de volgende sublabels:

- Familie volgens cliënten
- Reacties naaste betrokkenen van cliënten op de zwangerschap
- Familie volgens medewerkers
- Netwerk buiten de familie volgens medewerkers
- Partner volgens medewerkers

In het eerste sublabel wordt weergegeven in welke mate de familie van cliënten betrokken is geweest. Het volgende sublabel beschrijft de reacties die cliënten hebben gekregen op hun zwangerschap. Deze reacties kwamen vanuit hun naaste omgeving. De beschreven reacties zijn zowel positief als negatief. Bij Familie volgens medewerkers geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over de invloed van de familie. Medewerkers ervaren de invloed van familie op verschillende manieren. Naast de familie van cliënten hebben medewerkers ook hun mening over het netwerk buiten de familie genoemd. Deze meningen worden in het vierde sublabel beschreven. Bij dit sublabel staan de pluspunten tegenover de minpunten van het netwerk buiten de familie om. Medewerkers hebben een aantal zaken genoemd over de partners van cliënten. Hier wordt in het laatste sublabel op in gegaan.

Kernlabel Factoren.

Onder dit kernlabel vallen de volgende sublabels:

- Wonen
- Financiën/werk
- Cliëntfactoren
- Houding van cliënten

Het eerste sublabel gaat in op zaken die medewerkers en cliënten hebben genoemd over de woonsituatie van cliënten. In het sublabel Financiën/werk staat beschreven wat medewerkers en cliënten hebben gezegd over de financiële situatie waarin cliënten verkeren en wat voor invloed het werk heeft. Het volgende kernlabel benoemt omstandigheden en persoonsgebonden factoren, die medewerkers hebben genoemd, waar cliënten mee te maken hebben. Deze zaken kunnen invloed hebben op de situatie waarin cliënt en medewerker zich bevinden. In het laatste sublabel wordt weergegeven wat medewerkers en cliënten gezegd hebben over de houding van cliënten. Met houding wordt bedoeld hoe cliënten zich naar de medewerkers toe opstellen.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Kernlabel Mening medewerkers over de begeleiding.

Onder dit kernlabel vallen 8 sublabels, te weten:

- Wat medewerkers nu doen
- Houding van medewerkers naar cliënten toe
- Aspecten van de manier van werken van begeleiders
- Belangen van medewerkers
- Cliënt over AMK
- Medewerkers over AMK
- Ideeën van medewerkers
- Scholing

Het eerste sublabel geeft weer wat medewerkers hebben gezegd over wat ze nu doen. Het sublabel is onderverdeeld in praktische hulp en psychosociale hulp. Bij het volgende sublabel gaan we in op wat medewerkers hebben gezegd over hun houding naar cliënten toe. In het derde sublabel geven we weer wat medewerkers hebben gezegd over zaken die zij inzetten in hun werk. In het sublabel Belangen van medewerkers staan zaken waar medewerkers tegen aan kunnen lopen in hun werk. De volgende twee sublabels sluiten aan bij zaken waar medewerkers tegen aan lopen, maar hebben specifiek betrekking op het AMK. Het sublabel Cliënt over AMK geeft de mening van een cliënt over het AMK weer. In het volgende sublabel geven we weer wat medewerkers hebben gezegd. In dit sublabel onderscheiden we de door de medewerkers gesignaleerde effecten van het AMK op cliënten. Daarnaast beschrijven medewerkers het spanningsveld wat een melding bij het AMK met zich meebrengt. Het zevende sublabel gaat over ideeën die medewerkers genoemd hebben, die volgens hen helpend zouden kunnen zijn in de hulpverlening aan deze doelgroep. Het laatste sublabel heeft betrekking op een aantal opties die medewerkers hebben genoemd, die te maken hebben met scholing.

Bijlage 4 Praktische zaken die komen kijken bij een zwangerschap

Een overzicht van praktische zaken die geregeld moeten worden tijdens de zwangerschap:

Wat moet er geregeld worden?	Wanneer moet dit geregeld worden?
Controle door een arts	Vanaf het begin van de zwangerschap
Kraamzorg en thuiszorg	In de eerste maanden van de zwangerschap
Huisvesting	Zo snel mogelijk als de vrouw zwanger blijkt
Financiën op orde brengen	Vanaf het begin van de zwangerschap, zo snel mogelijk.
Babykamer inrichten	Rond de vijfde en zesde maand van de zwangerschap
Benodigdheden baby kopen	Rond de vijfde en zesde maand van de zwangerschap
Contact met de verloskundige	Vanaf de tweede maand van de zwangerschap
Nadenken over de bevalling	Gedurende de hele zwangerschap
Evt. Kinderopvang regelen	In de eerste maanden van de zwangerschap

Als een vrouw zwanger wordt komen er praktische zaken bij kijken. Het is belangrijk dat er tijdens de zwangerschap controle is door een arts. Bij deze controle wordt er in de gaten gehouden of het op lichamelijk gebied goed gaat met de baby en de moeder. Daarnaast is het van belang dat er kraamzorg en thuiszorg wordt geregeld. Bij zwangere vrouwen met een lichte verstandelijke beperking is het goed om te kijken of er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de huisartsen, consultatiebureauartsen, kraamzorg en thuiszorg zodat de hulp op een goede manier op elkaar afgestemd is. Om tijdens de zwangerschap te zorgen voor rust voor de zwangere vrouw is het belangrijk dat er huisvesting is. Als er nog geen huisvesting is, is het van belang om te kijken wat de mogelijkheden zijn. Als er een baby op komst is, is het ook belangrijk dat er benodigdheden aanwezig zijn om de baby te kunnen verzorgen. Zo moet de babykamer worden ingericht, er moet kleding worden aangeschaft en er moet worden gezorgd voor flessen, spenen etc. Als er wordt gekeken naar de mogelijkheden voor huisvesting komt de financiële situatie ook ter sprake. Het is belangrijk dat de financiële situatie van aanstaande ouders onder controle is. Dit zorgt voor rust en er is zekerheid dat er voldoende middelen zijn om het kind te voorzien van basisbehoeften zoals voeding en luiers (Joha, Gerards, Nas, Gendt, & Kersten, 2006). Er worden een aantal dingen geadviseerd die al vroeg in de zwangerschap geregeld moeten worden waarvan het soms lijkt alsof het nog niet aan de orde is. Zo kunnen er vanaf de zesde week van de zwangerschap afspraken worden gemaakt bij een verloskundige. Gedurende de rest van de zwangerschap zal er ook contact zijn met de verloskundige. Aan het begin van de zwangerschap is er in principe om de vier weken contact met de verloskundige. Later wordt dit om de drie weken en aan het einde van de zwangerschap is er om de twee weken contact. Ook de kraamzorg dient vroeg in de zwangerschap geregeld te worden, omdat er in verschillende steden een tekort is aan kraamhulp. Aan het begin van de zwangerschap zijn de meeste vrouwen nog niet echt met de bevalling bezig, het is echter wel van belang om na te denken hoe en waar de bevalling zal plaatsvinden. Ook eventuele kinderopvang als de baby er is dient vroeg geregeld te worden (Concepts).

Bijlage 5 Lichamelijke veranderingen tijdens een zwangerschap

Tijdens de zwangerschap vinden er veel veranderingen plaats in het lichaam van de vrouw. Aan het begin van de zwangerschap vinden de veranderingen plaats die wat minder opgemerkt kunnen worden. De hormonen progesteron en oestrogeen zorgen ervoor dat de baarmoeder wordt geprepareerd, dat de ovulaties stoppen en dat er borstgroei plaatsvindt. Gedurende de zwangerschap vinden er veranderingen in de ademhaling plaats. Hierbij kan hyperventilatie voorkomen. Gedurende de zwangerschap gaat de hartslag van een vrouw met tien tot vijftien slagen per minuut omhoog. Doordat de bloeddruk tijdens de zwangerschap verandert kunnen vrouwen last krijgen van hun benen. In het begin van de zwangerschap zorgt het hormoon HCG voor misselijkheid en braken. Spieren in het lichaam van de vrouw kunnen verslappen tijdens de zwangerschap waardoor obstipatie kan ontstaan. Later in de zwangerschap kunnen vrouwen last krijgen van aambeien. Tijdens de zwangerschap hebben vrouwen de behoefte om meer te urineren doordat de baarmoeder tegen de blaas drukt. Door hormonale veranderingen ontstaan soms huidaandoeningen. Een vrouw komt tijdens de zwangerschap 11 tot 16 kilo aan (London, Ladewig, Ball, & Bindler, 2007). Tijdens de zwangerschap kunnen vrouwen ook last krijgen van vermoeidheid, duizeligheid, rugpijn en de slijmvliezen. Bij dit alles wordt geadviseerd er rekening mee te houden door voldoende te slapen, niet te lang te staan en in andere houdingen te slapen. Daarnaast ontstaan tijdens de zwangerschap zwangerschapslusten. Dit houdt in dat er een afkeer of juist behoefte aan bepaalde voeding ontstaat die er voor de zwangerschap niet waren (Schutte, Mul, Kesteren, & Lith, 2009).

Bijlage 6 Procesverslag

Deze bijlage bevat ons procesverslag. We geven eerst een overzicht van wat we per week gedaan hebben. Daarna beschrijven we hoe onze samenwerking is verlopen.

Overzicht per week:

Week 50:

In deze week hadden we op 17 december de eerste afspraak met de opdrachtgever. Het doel van deze bijeenkomst was om te kijken of de wederzijdse verwachtingen op elkaar afgestemd konden worden. Na een korte uitleg van Bas van Diggelen, de opdrachtgever, hebben wij aangegeven wat we konden bieden. Uiteindelijk zijn we het met elkaar eens geworden. We hebben toen afgesproken om na de kerstvakantie weer contact op te nemen over het plan van aanpak.

Week 1:

Na de kerstvakantie zijn we begonnen met het plan van aanpak. Dit hebben we op 6 januari opgestuurd naar het academiebureau. Het plan van aanpak is toen goedgekeurd en we kregen een afstudeerbegeleider toegewezen. We hebben haar diezelfde week een mailtje gestuurd waarin we aangaven een afspraak te willen maken. Hier hebben we geen reactie op gekregen.

Week 3:

Deze week ontvingen we van het academiebureau een mail over onze afstudeerbegeleider. De afstudeerbegeleider die we oorspronkelijk toegewezen hadden gekregen kon ons wegens een te volle agenda niet begeleiden. In dezelfde mail kregen we een andere afstudeerbegeleider toegewezen, namelijk Carine Rozeveld-Aalbers. We hebben haar dezelfde dag nog gemaild en toen ook meteen een reactie gekregen. Zij gaf aan ons te zullen mailen voor een eerste kennismaking.

Week 4:

Op 28 januari ontvingen we een mail van Carine om een afspraak te maken. Deze afspraak zal plaatsvinden op 9 februari.

Week 5:

Deze week hebben we gebruikt om ons te oriënteren op beschikbare literatuur. Dit verliep moeizaam omdat we nog geen hoofd en deelvragen hadden vastgesteld. Ook hebben we ons deze week verdiept in het Basisboek kwalitatief onderzoek. Dit boek gaf ons kaders over het doen van onderzoek. We hadden allebei wel ervaring met onderzoek door het werken aan het Zorgvernieuwingdocument. Toch vonden we het afstudeeronderzoek lastig omdat het zo'n belangrijk onderdeel van de studie is. Dit zorgde er soms voor dat we geen knopen door durfden te hakken en een beetje vastliepen in het niet weten en onzekerheid.

Week 6:

Op 9 februari hadden we een afspraak met Carine. We wilden in deze bijeenkomst het plan van aanpak bespreken. Ook wilden we een zetje in de goede richting, zodat we uiteindelijk productief konden worden. We hebben het gehad over wat onze verwachtingen over het uiteindelijke product waren. Op basis daarvan hebben we de doelstelling aangepast. We hebben de interviews besproken. Carine gaf aan dat het goed was om na te denken wat we te weten willen komen door deze interviews. Ook konden we alvast nadenken over hoeveel interviews we wilden en welke vragen we wilden stellen. We hebben besproken welke onderwerpen we in de literatuur wilden bestuderen. Daar hebben we ons de rest van de week mee bezig gehouden. Om te beginnen hebben we Bas en een tweetal docenten van school gemaild, met de vraag of zij tips hadden met betrekking tot literatuur over zwangerschap bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Ook hebben we Bas gemaild om namen van mensen die we zouden kunnen interviewen en voor een afspraak. Zelf zijn we ook gaan zoeken naar literatuur. We kwamen er achter dat we nog een te breed gebied aan het onderzoeken waren. Doordat we een heleboel interessante literatuur vonden raakten we de draad van ons onderzoek kwijt.

Week 7 en 8:

Deze twee weken hebben we besteed aan verschillende zaken. Ten eerste hebben we twee interviews opgesteld. We besloten om voor de cliënten en de medewerkers een verschillende

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

interview op te stellen. Volgens ons zouden we hierdoor een completer beeld krijgen. Verder hebben we deze weken gewerkt aan het bijstellen van de hoofd en deelvragen. We hebben geprobeerd deze positief te formuleren. Om houvast voor onszelf te creëren hebben we de lay-out zoals die in de Afstudeernota staat aangehouden. Op een of andere manier zat deze lay-out ons in de weg. We kwamen maar niet tot concrete resultaten, het literatuuronderzoek kwam niet echt van de grond. We bleven op zoek naar nieuwe literatuur en gingen niet aan de slag met het verwerken van de gevonden literatuur. We hebben in het contact met de opdrachtgever wat steken laten vallen. We vonden het allebei moeilijk om duidelijk aan te geven wat we precies wilden. Hierdoor bleven we nog meer hangen in besluiteloosheid, waardoor de tijd verder ging maar wij niet echt.

Week 9:

Op 28 februari hadden we de tweede afspraak met Carine. We hebben de doelstelling, subvragen en het literatuuronderzoek besproken. Om onszelf meer houvast te bieden hebben we besloten om de deelvragen te verdelen en deze te verduidelijken door subvragen op te stellen. Ook hebben we besloten om de lay-out van het verslag aan te passen. We hebben het ook gehad over onze samenwerking. Het werd ons echt duidelijk dat we proactiever moesten worden, anders bleven we in kringetjes rond draaien. Carine heeft ons daarin gemotiveerd door een deadline voor het conceptliteratuuronderzoek te stellen. Ook heeft ze ons gevraagd om een planning voor het verdere verloop te maken en deze op te sturen naar haar. We merkten dat dit ons hielp, omdat we nu een beter overzicht hadden van wat we wanneer moesten doen. Verder hebben we in dit gesprek de interviews voor cliënten en medewerkers besproken. Deze zijn in principe goed. ten slotte hebben we besproken welke methode we voor ons onderzoek gaan hanteren, de kwalitatieve survey. Na het gesprek hebben we subvragen geformuleerd voor de deelvragen. Dit gaf ons meer duidelijkheid over wat we in het literatuuronderzoek wilden zeggen. Ook konden we hierdoor gericht op zoek en aan de slag met verwerking van de gevonden literatuur.

Week 10:

In deze week hebben we een mail opgesteld waarin we medewerkers vragen of ze mee willen werken aan ons onderzoek. Deze hebben we verstuurd naar 8 teamcoördinatoren. Verder hebben we deze week besteed aan het doen van literatuuronderzoek. We hebben de deelvragen verdeeld en hier op school aan gewerkt. Deze manier van werken ging beter dan dat we samen een deelvraag onderzochten. Het literatuuronderzoek begon nu lekker op te schieten. Aan het eind van de week hebben we elkaars stukken gelezen en feedback gegeven. Deze week hadden we ook een afspraak met Bas. Op vrijdag zijn we naar Elst gegaan en hebben we een aantal zaken besproken. We hebben Bas op de hoogte gebracht van het literatuuronderzoek en onze voortgang daarin. Verder hebben we de deelvragen besproken, en een aantal aanpassingen daarin gedaan. Ook hebben we aangegeven hoe we er voor stonden met betrekking tot de interviews.

Week 11:

Na het versturen van de mails vorige week hadden we nog weinig reacties. We hebben de mails nogmaals verstuurd, en vriendelijk om een reactie gevraagd. Ondertussen hadden we de eerste afspraak voor een interview staan. Na het nogmaals verstuurd hebben van de mails kregen we een aantal reacties. Hierdoor konden we nog een aantal afspraken maken. De rest van de week hebben we besteed aan het conceptliteratuuronderzoek.

Week 12:

Op maandag 21 maart hebben we het conceptliteratuur gemaild naar Carine. Op 28 maart krijgen we daar feedback op. Verder hadden we deze week ons eerste interview, in Nijmegen. We vonden het leuk en leerzaam om dit interview af te nemen. De reactie van de medewerker maakte dat het onderzoek ook meer bij ons tot leven kwam. We hadden een hernieuwd enthousiasme en zagen er naar uit om de verdere interviews af te nemen. We hebben besloten om de interviews zo snel mogelijk uit te werken. Hierdoor zorgden we ervoor dat we op schema bleven. We hebben tevens het interview gefragmenteerd en gelabeld. Dit vonden we best nog wel een uitdaging, het was enigszins weggezakt hoe dit precies moest. Daarom hebben we het Basisboek kwalitatief onderzoek en een aantal colleges erbij gepakt. Hierdoor werd het ons weer duidelijk verder hebben we deze week een aantal medewerkers gebeld, en ook gevraagd of men nog collega's had die mee konden werken. We kregen van een aantal mensen te horen dat ze geen tijd hadden om mee te werken. Een aantal medewerkers dacht ook dat ze niet zoveel konden toevoegen en besloten daarom om niet mee te werken. Andere mensen gaven aan dat ze geen ervaring hadden met zwangere vrouwen

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

met een lichte verstandelijke beperking. Er waren dus verschillende redenen die mensen aangaven waarom ze niet mee kunnen werken.

Week 13:

Op 28 maart hadden we een gesprek met Carine. We hebben feedback gekregen op ons literatuuronderzoek. Wat we tot nu toe hadden was te veel losse stukken en geen onderlinge verbanden. Carine gaf aan dat we de stukken aan elkaar moesten schrijven. We moesten de lezer gaan duidelijk maken wat we met de informatie wilden zeggen. Op zich was dit wel logisch, maar we vonden het ook wel lastig. We zaten namelijk zelf helemaal in de literatuur en voor ons was het compleet logisch wat men er mee moest. Dat dit niet perse voor andere mensen zo was, drong toen pas tot ons door. We vonden het moeilijk om de stukken aan elkaar te schrijven. Het hielp ons wel om een overzicht te krijgen van wat we duidelijk wilden maken in ons verslag. Carine gaf aan dat we de literatuur en de praktijk apart moesten gaan beschrijven. Hierdoor werden we weer tot nadenken gezet over de lay-out van ons onderzoek. We hadden namelijk eerst de deelvragen onderverdeeld in subvragen, waarin zowel literatuur als praktijkonderzoek verwerkt zou worden. In dit gesprek kwam naar voren dat het voor de lezer prettiger was als de literatuur en praktijk gescheiden zouden zijn. We zijn toen weer terug gegaan naar de oorspronkelijke lay-out, zoals die in de Afstudeernota staat. Echter hebben we wel wat kleine aanpassingen daar aan gedaan. Verder hadden we deze week een vijftal interviews. We hebben ons best gedaan om deze interviews zo snel mogelijk te verwerken, zodat we de uitwerkachterstand beperkt konden houden.

Week 14 en 15:

Deze weken stonden in het teken van het afnemen en verwerken van interviews. We merkten dat het steeds beter ging en dat de verwerking van de interviews ook steeds soepeler ging. Na de droogheid van het literatuuronderzoek was het erg leuk om met medewerkers en cliënten te praten.

Week 16:

Deze week hadden we op 18 april een afspraak met Carine. We hebben besproken hoe we verder moesten gaan met het verwerken van de resultaten van de interviews. We wisten niet zo goed wat het uiteindelijke resultaat van het onderzoek moest worden. We zaten weer behoorlijk in de afhankelijke positie. Doordat we een poosje geen contact hadden opgenomen met Bas, waren we de afstemming enigszins kwijt. Om deze afstemming terug te vinden hebben we diezelfde dag contact opgenomen met Bas. Helaas was hij op vakantie waardoor we ons toch redelijk zorgen gingen maken. We waren een beetje bang dat Bas niet tevreden zou zijn, omdat we weinig hadden overlegd met hem. Uiteindelijk bleek dit allemaal wel mee te vallen, maar daarover later meer. Carine gaf ons het advies om wel duidelijk te krijgen wat de precieze bedoeling van het onderzoek was. Verder hebben we deze week de laatste interviews afgenomen en verwerkt. Hierdoor konden we in week 17 aan de slag met het analyseren en uitwerken van ons praktijkonderzoek.

Week 17:

We hebben deze week, met de onderzoeksvraag in ons achterhoofd, gekeken welke labels relevant waren. Niet relevante labels hebben we geschrapt. De overgebleven labels zijn we gaan ordenen. Het schrappen en ordenen van de labels viel nog behoorlijk tegen. We hebben regelmatig teruggerepen op het Basisboek kwalitatief onderzoek en de Onderzoekscolleges. We vonden het erg lastig om een ordening te maken. We moesten er heel erg op letten dat we niet teveel interpreteerden. Omdat we merkten dat we niet uit de indeling van de kernlabels kwamen hebben we dit opgeschreven op een groot papier. Doordat we het voor ons zagen werd het ons duidelijker. Hierna zijn we de kernlabeldefiniëring gaan schrijven, waarbij we ook weer opletten dat we zo feitelijk mogelijk bleven. Omdat we er niet helemaal uitkwamen hadden we Carine gemaild. Haar uitleg zorgde ervoor dat we toch verder konden. Deze week hadden we ook een afspraak met Bas, waarin we de wederzijdse verwachtingen van het resultaat af wilden stemmen. Gelukkig gaf Bas aan dat we ons konden laten leiden door de resultaten uit het praktijkonderzoek en het literatuuronderzoek. Dit nam onze zorgen weg. We hebben ook nog besproken of we de aanbevelingen aan zowel de medewerkers als de organisatie mochten doen. Dit was geen probleem. Tenslotte hebben we met Bas het een en ander doorgenomen met betrekking tot de presentatie.

Week 18:

Op 2 mei hadden we weer een gesprek met Carine. We hebben de kernlabeldefiniëring besproken. Helaas was deze niet goed. Hij was te uitgebreid voor een definiëring en te kort om als uitkomst van

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

het praktijkonderzoek te dienen. Hierdoor waren we natuurlijk weer even in paniek. In dit gesprek hebben we ook met Carine besproken of het nog haalbaar was om voor de eerste ronde te gaan. Carine gaf aan dat dit misschien toch moeilijk zou worden en dat we heel hard aan de slag zouden moeten om het nog te gaan halen. We hebben met haar afgesproken dat we op 13 mei hier een besluit over zouden nemen. Dit ook in verband met de eventuele presentatie op 6 juni. De rest van de week zijn we hard aan de slag gegaan met de feedback die Carine ons gegeven had. We hebben de kernlabeldefiniëring aangepast. Om deze aan te passen was het eerst nodig om de ordening van de labels concreter te maken. We hadden nu teveel labels lukraak onder elkaar gezet. We kwamen erachter dat het zou helpen om de ordening nog concreter te maken door sublabels te maken. Hierdoor kregen we zelf ook een beter inzicht in het uiteindelijke resultaat. Op basis van de vernieuwde kernlabeldefiniëring zijn we toen de resultaten gaan weergeven.

Week 19:

Na feedback van Carine zijn we deze week gaan kijken naar de volgorde van ons onderzoek. We hebben daarin wat aanpassingen gedaan, waardoor het nu logischer is. Verder hebben we deze week een goede planning gemaakt. Hierdoor zouden we beter in kunnen schatten, op 13 mei, of we het gingen halen. De planning zorgde er ook voor dat we gemotiveerder aan het werk gingen, want we konden elke keer iets wegstrepen van de planning. Aan het einde van de week zijn we de conclusie op het gehele onderzoek gaan schrijven. Toen bleek dat dit wel goed ging hebben we besloten om voor de eerste ronde te gaan. We hebben Bas en Carine hierover gemaild. Verder hebben we deze week de aanbevelingen geschreven. We merkten dat dit logisch voortvloeide uit de conclusie.

Week 20:

Deze week hebben we besteed aan het afronden van het geheel. We hebben de methode beschreven en hoofdstuk 3 aangepast. We hebben de discussie geschreven en de bijlagen op orde gebracht. Verder hebben we medewerkers die hebben meegewerkt aan de interviews uitgenodigd voor de presentatie.

Week 21:

We dachten dat we deze week klaar zouden zijn, we hadden het concept ingeleverd en toen bleek dat we toch nog behoorlijk wat werk hadden. We hebben toen besloten om de presentatie uit te stellen, omdat het anders zonde zou zijn van het onderzoek. Na een dag waarin we wat afstand hebben genomen van het onderzoek en de teleurstelling verwerkt hadden zijn we begonnen met opnieuw een strakke planning voor het verdere verloop van het verslag. De feedback die Carine had gegeven heeft ons wel geholpen, omdat we hierdoor duidelijker hadden voor onszelf wat we precies moesten gaan doen. We merkten dat het herschrijven er ook voor zorgde dat we zelf meer achter het verslag konden staan. Tevens hebben we deze week de presentatie verzet, omdat dus was gebleken dat we de deadline niet zouden halen.

Week 22:

Deze week stond in het teken van het verwerken van feedback en het aanpassen van een aantal punten uit ons verslag. De planning die we gemaakt hadden heeft ons hierin goed geholpen. We merkten dat we steeds meer zelf inzicht kregen in ons verslag en hier door ging het ons makkelijker af om bijvoorbeeld de samenvatting te schrijven en de conclusies beter te verwoorden. Aan het einde van de week hebben we nogmaals het verslag opgestuurd naar Carine, voor feedback.

Week 23:

De laatste week, als het goed is, van het maken van dit verslag. We hebben maandag vol spanning gewacht op de feedback van Carine, maar de bijlage zat helaas niet bij de mail. Op dinsdag hadden we rond de middag wel de feedback, en die zijn we meteen gaan verwerken. We vonden het allebei fijn dat ons harde werken van de week daarvoor zijn vruchten had afgeworpen. De laatste dagen van de week hebben we besteed aan het zetten van de puntjes op de i en we zijn begonnen met het voorbereiden van de presentatie.

Mijn cliënt is zwanger, wat nu?

Samenwerking:

Voor we begonnen aan dit afstudeeronderzoek kenden we elkaar van de jaarstage. We liepen op dezelfde groep stage waardoor we elkaar een beetje kenden. Het afgelopen jaar zaten we voor het eerst samen in een portfoliogroep. Daardoor hebben we bij andere groepsopdrachten elkaars werkstijl een beetje leren kennen. Toen we echt aan de slag gingen met het afstuderen kwamen we erachter dat er verschillen en overeenkomsten waren tussen onze werkstijl en karakters. We kwamen erachter dat we allebei wat afwachtend zijn. Hierdoor konden we elkaar wel goed begrijpen maar waren we niet altijd even productief. We wachtten allebei af totdat de ander de leiding zou nemen. Onze afstudeerbegeleidster heeft ons hier op een gegeven moment op gewezen. Doordat we hier bewust van waren hebben we er voor kunnen waken dat we te afwachtend waren.

Vooral in het begin hadden we er beiden moeite mee om onze mening duidelijk uit te spreken. We gaven elkaar ook weinig feedback. Waarschijnlijk kwam dit voort uit het feit dat het voor ons allebei een leerpunt is om om te gaan met feedback. Door de tijd heen leerden we elkaar beter kennen waardoor een veiligere omgeving ontstond. Hierdoor waren we meer in staat om kritisch naar elkaars werk te kijken.

Dat we op elkaar lijken bleek ook toen we contact wilden gaan leggen met medewerkers van de Driestroom. We vonden het allebei spannend om te gaan bellen. We stelden het af en toe uit maar hebben elkaar hierbij ook kunnen helpen. Dit hebben we gedaan door te bellen als we bij elkaar waren en door elkaar te motiveren om dit te gaan doen.

Aan het begin van ons afstudeeronderzoek waren we altijd op school aan het werk. We merkten dan allebei wat spanning maar we wisten niet goed waar dit vandaan kwam. Op een gegeven moment zijn we bij iemand thuis aan het werk gegaan. Deze ontspannen sfeer had een goede invloed op ons samenwerken. Tijdens het literatuuronderzoek hebben we vooral op school gewerkt, tijdens het praktijkonderzoek vooral thuis. Bij het werken aan het praktijkonderzoek konden we langere dagen maken. We weten niet zeker of dit alleen komt doordat we aan een ander onderdeel werkten of doordat we in een ontspannen sfeer waren.

In het begin hebben we best wat onderhuidse spanningen gehad. We spraken deze allebei niet uit naar elkaar maar lieten het sudderen. We losten dit vooral op door passief-agressief te zijn. In de beginfase van ons onderzoek maakten we niet echt duidelijke afspraken over de werktijden. Hierdoor en doordat de samenwerking niet optimaal was waren we er vaak na een halve dag klaar mee. Wat ook te maken heeft met het niet goed op gang komen is dat we allebei van kaders houden. Dit uit zich op een verschillende manier. Bij Nienke uit zich dit doordat ze een beetje verlamd raakt als ze niet weet wat ze moet doen. Ze gaat ook niet echt op zoek naar wat ze wel zou moeten doen. Als Janneke geen kaders heeft gaat ze hiernaar op zoek door een planning te maken. Daarnaast gaat ze dan maar met iets aan de slag zodat ze maar productief is. Door deze verschillen ontstond er soms wrijving. Nienke ging niets doen omdat ze niet wist wat ze moest doen. Janneke ging als een kip zonder kop aan de slag om maar wat te presteren. Toen we ons hier bewust van waren konden elkaar hierin helpen. Nienke heeft Janneke regelmatig een halt toegevoegd. En Janneke heeft geprobeerd om kaders te bieden.

Iets wat ook niet altijd meehielp is dat we allebei vrij pessimistisch zijn ingesteld. Waarschijnlijk komt dit voort uit het feit dat we allebei angst hebben om te falen. Ook hier gingen we verschillend mee om. Uiteindelijk hebben we allebei geleerd om meer open naar elkaar te communiceren. Dit is begonnen toen we toch bijna een conflict hadden. Dat wil wat zeggen, want we zijn allebei conflictvermijders. Dit conflict heeft ertoe geleid dat we allebei meer zijn gaan zeggen wat we denken. Ook hebben we door dit conflict nagedacht over de rolverdeling en hebben we meer waardering voor elkaar gekregen.

Dat onze samenwerking uiteindelijk soepel is gaan verlopen blijkt uit bovenstaand stuk. We hebben met veel plezier teruggekeken op onze lastige beginfase en de groei naar een positieve samenwerking waarin we elkaar konden motiveren en elkaars kwaliteiten hebben leren benutten.

Bijlage 7 Achtergrondinformatie de Driestroom

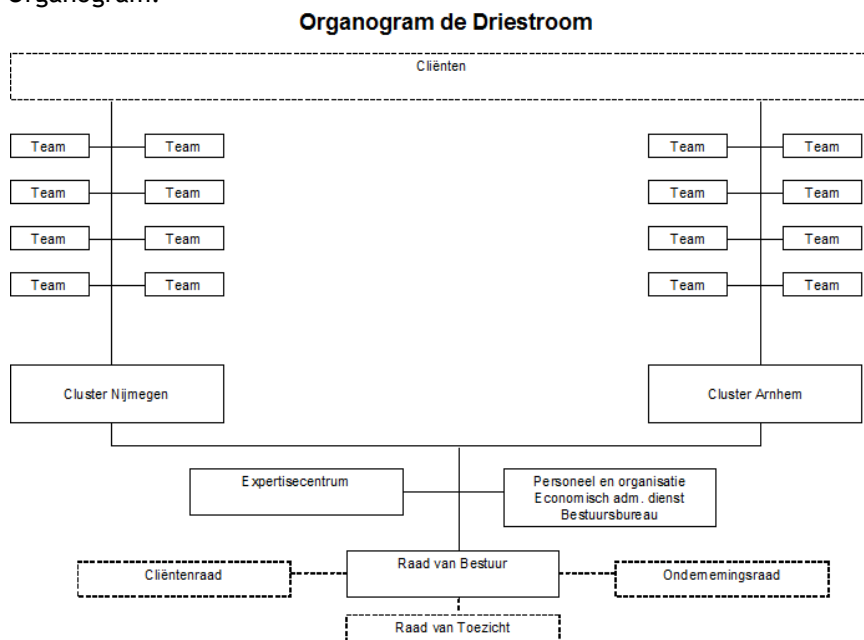
We hebben ons onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Driestroom. In deze bijlage geven we weer wat de missie van deze organisatie is. Tevens vindt u hier een organogram.

Missie⁶:

De Driestroom heeft een maatschappelijke opdracht. Wij zijn er om mensen met een beperking te ondersteunen, in hun leven en in hun maatschappelijk functioneren. Aan onze maatschappelijke opdracht worden niet alleen steeds meer, maar ook steeds hogere eisen gesteld. Bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteitsbewaking en financiële verantwoording. Uiteraard moet De Driestroom zo goed mogelijk blijven inspelen op de diversiteit en complexiteit van onze omgeving. Tegelijkertijd willen we onze (proactieve) kracht en eigenheid behouden. Daarom hebben we - op basis van onze missie - een strategie ontwikkeld, die richting geeft aan onze groei. We hebben onze maatschappelijke opdracht aangescherpt tot de volgende missie:

De Driestroom ondersteunt mensen met een beperking bij het realiseren van levensgeluk.

Organogram:



Het centraal bureau van de Driestroom bevindt zich in Elst. De Driestroom biedt hulp in de regio Arnhem/Nijmegen en het Maas en Waal gebied. Naast Begeleid Zelfstandig Wonen bieden ze voor volwassenen ook wonen in een woonvorm en dagbesteding/vrijtijdsbesteding. Voor kinderen bieden ze wonen, kinderdagcentra, ambulante dienstverlening, verschillende soorten therapieën en zorg binnen het onderwijs.

Begeleid Zelfstandig Wonen is dus onderdeel van de hulp die de Driestroom biedt. Om in aanmerking te komen voor deze vorm van begeleiding is een indicatie van het CIZ nodig. Samen met de cliënt gaat men op zoek naar welke hulp geboden kan worden en welke hulp nodig is. De afspraken die cliënten en begeleiders met elkaar maken komen in het begeleidingsplan. Dit begeleidingsplan is de basis voor verdere hulp die geboden wordt. Er worden afspraken gemaakt over de frequentie van begeleidingsmomenten. Cliënten mogen zelf bepalen op welke gebieden ze begeleiding wensen. Op de begeleidingsmomenten is er tijd en aandacht voor vragen en problemen van cliënten. Er kan eventueel buiten de vaste begeleidingsmomenten ook gebeld worden naar de begeleiding. Dit geldt alleen voor overdag, 's avonds en in het weekend wordt er van cliënten verwacht dat ze hun eigen netwerk inschakelen. Begeleiders van de Driestroom kunnen andere instanties inschakelen en samenwerken met andere instanties, als blijkt dat een cliënt deze instanties nodig heeft.

⁶ <http://www.driestroom.nl/hoofdmenu/organisatie/missie.html>