
HOE KUNNEN WE OMGAAN MET EEN KINDERWENS OF ZWANGERSCHAP VAN CLIËNTEN

Gea Bijzitter, SPV bij het ambulante team van GGZ-Friesland-Noord, Leeuwarden-stad

Inleiding

De laatste jaren laait in ons land steeds vaker de discussie op in hoeverre bevolkingsgroepen met een verstandelijke handicap, een verslaving of een psychiatrische stoornis het recht hebben om kinderen te krijgen. In programma's als Netwerk en Knevel op zaterdag passeerde dit onderwerp al eens de revue nadat Nederland was opgeschrikt door meerdere gezinsdrama's. Bezorgde familieleden en hulpverleners riepen de overheid op beleid te maken op deze kwestie. Hier werd onder andere op gereageerd door staatssecretaris Ross van Welzijn door een Nota in te dienen waarmee zij ouders na de geboorte van hun eerste kind (verplicht) een opvoedcursus aan wil bieden (Van de Sande, 2006). Het is goed voor te stellen dat sommige ouders en hun kinderen hier profijt van kunnen hebben, echter voordat een kind ter wereld gebracht wordt kan deze al heel wat schade ondervonden hebben. Mogelijkheden creëren om problemen tijdens of voor de zwangerschap te signaleren lijken daarom van nog groter belang.

Jaarlijks worden bijvoorbeeld zo'n veertig mishandelde, verwaarloosde en misbruikte baby's opgevangen in de crisisopvang Altra in Amsterdam en dat is nog maar het topje van de ijsberg, want landelijke cijfers zijn niet bekend (Hartog, 2006). Het is heel opvallend dat in deze crisisopvang 75% van de gevallen een of beide ouders psychiatrisch cliënt is. Tien procent is verslaafd en hetzelfde aantal is verstandelijk gehandicapt. De laatste vijf procent bestaat uit gezinnen met veel problemen zoals slechte huisvesting en veel schulden. Hieruit blijkt dat juist psychiatrisch cliënten een risicogroep vormen waarbij het krijgen en opvoeden van kinderen finaal mis kan gaan. Met deze kennis wordt de noodzaak duidelijk gerichte hulp te bieden aan psychiatrische cliënten met een kinderwens of zwangerschap.

Binnen het omschreven takenpakket (beroepsprofiel of functieomschrijving) van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige is niets te vinden over de begeleiding van cliënten bij wie kinderwens en zwangerschap een rol speelt. Omdat er tevens geen literatuur te vinden is over de taken van een SPV bij kinderwens en zwangerschap, is dit kennelijk een onderwerp waar nooit onderzoek naar is gedaan. Ook binnen de GGZ-Friesland kon slechts een enkele SPV vanuit eigen ervaring praktische aanwijzingen geven voor de begeleiding van cliënten met een kinderwens of zwangerschap. Dat is niet heel verwonderlijk aangezien er ook in de GGZ nergens een protocol of checklist te vinden is over dit onderwerp.

In mijn werk heb ik de afgelopen jaren echter bij zowel mijzelf als collega's veel huiverigheid en onzekerheid over de te nemen interventies kunnen constateren. Een gezond kind op de wereld zetten is immers op zichzelf al nooit vanzelfsprekend. Wanneer er tevens sprake is van een psychisch probleem (met alles wat daarbij nodig is om jezelf te handhaven) wordt het doorlopen van een zwangerschap al snel extra complex.

Daarnaast blijkt het onderwerp vanuit ieders eigen referentiekader allerlei heftige emoties en overdrachtsgevoelens op te kunnen wekken. Hierdoor kan een gesprek over een kinderwens en zwangerschap in de

psychiatrie al snel erg "beladen" worden.

Toch ben ik in de negen jaar dat ik voor de GGZ-Friesland werk, zeer regelmatig cliënten tegengekomen waarbij kinderwens en/of zwangerschap een grote rol speelde in de begeleiding. Wanneer het kind er eenmaal is zijn er redelijk wat instanties die bemoeienis met het kind mogen hebben als hier aanleiding toe is. Bevoegdheden en mogelijke interventies zijn duidelijk beschreven en de wetgeving lijkt meer afgestemd op een reeds geboren kind.

Tegelijkertijd heeft iedereen in Nederland het recht om kinderen te krijgen. Door psychiaters is al onderzoek gedaan naar de begeleiding van hun beroepsgroep aan cliënten met kinderwens en zwangerschap. Een aanbeveling op het symposium van 27 maart 2004 van de NVVA (Nederlandse vereniging van vrouwenartsen) was dat er een goede samenwerking tussen de psychiater en de SPV zou moeten zijn om de kwaliteit van zorg aan deze doelgroep te verbeteren. Bovendien zou de sociaal psychiatrische begeleiding aan cliënten met een kinderwens en zwangerschap nader gespecificeerd moeten worden. Dit omdat het voor de SPV en de andere betrokken instanties en disciplines vaak niet duidelijk is welk deel van de begeleiding en verantwoordelijkheid de SPV voor haar rekening neemt. Samen met mijn collega B. de Jong nam ik het initiatief om de kwaliteit van de SPV begeleiding van cliënten met kinderwens -en zwangerschap te onderzoeken. Hiervoor hebben wij de volgende probleemstelling geformuleerd; "Hoe kan een SPV werkzaam in de GGZ-Friesland zo goed mogelijk begeleiding bieden aan vrouwelijke psychiatrische patiënten bij wie kinderwens en zwangerschap een rol speelt". Hierbij was ons doel om tot praktische aanwijzingen en adviezen te komen om de begeleiding bij kinderwens en zwangerschap voor de SPV, de cliënt en andere betrokken instanties en disciplines duidelijk, inzichtelijk en concreter te maken.

Dit artikel is een abstract van onze scriptie geschreven in het kader van onze SPV-opleiding te Groningen (februari 2005).

Werkwijze van onderzoek

Met het onderzoek wilden wij in kaart brengen hoe de begeleiding ten aanzien van kinderwens en zwangerschap was geregeld in GGZ Friesland en hoe tevreden cliënten en SPV-en waren over de verleende begeleiding rond kinderwens en zwangerschap. Om dit te kunnen achterhalen zijn wij als het volgt te werk gegaan: Allereerst hebben wij contact opgenomen met alle instanties en disciplines die iets zouden kunnen betekenen bij kinderwens en zwangerschap. Wij hebben informatie opgevraagd over aanmeldprocedures, hulpaanbod et cetera.

Vervolgens hebben we de functieomschrijvingen van de SPV opgevraagd en gekeken hoe specifieke taken rond kinderwens en zwangerschap daarin zouden kunnen passen.

Daarna hebben wij 20 cliënten mogen enquêteren die allen in de afgelopen 10 jaar minstens één zwangerschap hadden doorlopen terwijl zij SPV-begeleiding kregen.

Op basis van de uitkomsten van de enquêtes met cliënten en het beroepsprofiel van de SPV zijn vervolgens vragen geformuleerd voor SPV-en. Maar liefst 50 van de in 2004 totaal 59 werkzame SPV-en in de GGZ-Friesland waren bereid zich te laten enquêteren.

Zo kwamen wij tot twee onderzoeksgroepen waarvan nu een korte beschrijving volgt. Deze beschrijving is gebaseerd op de antwoorden uit de enquêtes

Onderzoeksgroep 1: de cliëntengroep

Het betreft vrouwen in de leeftijd van 20 tot 45 jaar die allen minstens 1 zwangerschap hebben doorlopen terwijl zij SPV-begeleiding kregen.

- Bij alle vrouwen was er sprake van een psychiatrische diagnose. Met name de persoonlijkheidsstoornis en de psychotische stoornis waren ruim vertegenwoordigd (beide 40%).
- Bij de meerderheid van de doelgroep was tevens sprake van verzwarende sociaal-maatschappelijke –en financiële omstandigheden (een minimum inkomen met schulden, afwezigheid van vaste partner en/of beperkt sociaal netwerk om ondersteuning te bieden).
- Alle vrouwen gebruikten psychofarmaca bij aanvang van de begeleiding.
- Bij 50% van de vrouwen was er tijdens of vlak na de bevalling sprake van een decompensatie gevolgd door een opname.
- Samen waren de vrouwen 34 keer zwanger. Vijf moeders konden de zorg voor hun gezamenlijke acht kinderen niet aan. Deze kinderen werden bij de moeder weggehaald.

De doelgroep moet eenvoudigweg meer keuzen maken voor, tijdens en na een zwangerschap en met veel meer zaken rekening houden dan mensen zonder psychiatrische stoornis. Er moeten keuzen gemaakt worden op gebied van medicatie (wel of niet doorgaan tijdens zwangerschap), samenwerking met hulpverleners en sociaal-maatschappelijke instanties (wel of niet naleven van adviezen en bepalen van eigen grenzen en mogelijkheden hierbij).

De volgende casus geeft de complexiteit en risico's weer die gaan spelen wanneer er sprake is van een kinderwens of zwangerschap bij cliënten.

Casus Ingrid

Tijdens de bureaudienst belt de broer van Ingrid met de mededeling dat hij het vermoeden heeft dat zijn zus weer psychotisch is geraakt. Ingrid is al jaren bekend met een psychotische stoornis. Tijdens een huisbezoek bekent Ingrid dat ze 3 maanden zwanger is en daarom haar medicatie heeft laten staan. Omdat Ingrid bang was voor een afkeurende reactie van de SPV heeft zij haar zwangerschap verzwegen en is zij zonder begeleiding haar medicatie af gaan bouwen. Ingrid kreeg al jaren SPV-begeleiding, maar omdat de begeleiding steeds gericht was op psychosebestrijding, was nooit besproken of Ingrid een kinderwens had. Hierdoor voelde Ingrid niet de ruimte om haar kinderwens te bespreken met de SPV en kwamen zij en haar ongeborn kind door een psychose in een gevaarlijke situatie terecht. Gelukkig was Ingrid na uitgebreide voorlichting van de SPV alsnog bereid om zich nauwkeurig in te laten stellen op medicatie door een psychiater.

Onderzoeksgroep 2: de SPV-en

Deze groep bestaat uit 50 SPV-en werkzaam in de GGZ-Friesland volwassenenzorg.

Slechts vier van de 50 SPV-en geven aan geen ervaring met kinderwens en zwangerschap van cliënten te hebben. De overige SPV-en hebben allemaal ervaring met zwangerschap (74%), kinderwens (88%) of beide (70%). Deze gegevens tonen aan dat de SPV een reële kans loopt om met kinderwens en zwangerschap bij cliënten in aanraking te komen.

Tot zover de beschrijving van de onderzoeksgroepen.

Uit de enquêtes met beide groepen zijn veel opmerkelijke zaken naar voren gekomen. Omdat het onderzoek was gericht op een optimalisering van de begeleiding, worden hier alleen de zaken weergegeven die voor verbetering vatbaar zijn.

Deze uitkomsten zijn tevens de knelpunten die een optimale begeleiding bij kinderwens en zwangerschap in de weg staan.

Uitkomsten (knelpunten)

1. *kinderwens wordt weinig bespreekbaar gemaakt.* Zo bleek uit de enquêtes met cliënten dat er aan slechts drie van hen was gevraagd of er sprake was van een kinderwens, terwijl juist alle cliënten dit wenselijk zouden vinden.
2. *Bespreekbaarheid van kinderwens lijkt afhankelijk van de waarden en normen van de hulpverlener.* In de enquêtes met de SPV-en kwam nl. naar voren dat de helft van de SPV-en het bespreekbaar maken van een kinderwens liet afhangen van de aanwezigheid van een vaste partner en geestelijke stabiliteit. Dit is opmerkelijk omdat cliënten juist zonder vaste partner of geestelijke stabiliteit wel degelijk een kinderwens kunnen hebben of seksueel actief kunnen zijn. Zo is seksuele ontremming en overschatting van eigen mogelijkheden een bekend verschijnsel wanneer een cliënt in een manie verkeert.
3. *Overdrachtsgevoelens –en innerlijke conflicten spelen een rol.* Dit is voor vele hulpverleners herkenbaar. Wanneer je zelf al heel lang kinderen wilt, kan het enorm frustrerend zijn als je cliënten het ene na het andere kind baren waar ze vervolgens niet voor kunnen zorgen. Een behandelrelatie waarin deze gevoelens en innerlijke conflicten naar voren komen is voor zowel de cliënt als de SPV erg onplezierig.
4. *Er is veel onduidelijkheid over de mogelijkheden van andere instanties –en disciplines.* Er is een enorm aanbod aan instanties en disciplines die iets kunnen betekenen bij kinderwens en zwangerschap, maar veel hulpverleners en cliënten zien door de bomen het bos niet meer.

Tot zover dus de meest opmerkelijke uitkomsten die tevens knelpunten blijken te zijn voor een optimale begeleiding. Wanneer deze knelpunten zouden blijven bestaan kunnen dit de gevolgen zijn:

Gevolgen

1. *Cliënten worden te weinig voorgelicht over de invloed die psychofarmaca kan hebben op seksualiteit en zwangerschap.* Een bijwerking van bepaalde psychofarmaca is bijvoorbeeld verlies van libido of potentie. Dit kan een ongewenst effect hebben op het seksleven en dus het realiseren van een kinderwens. Tevens worden cliënten niet voorgelicht over het belang van een minst schadelijke medicatie-instelling voordat de zwangerschap een feit is.
2. *Verlies van een open sfeer* waarin de cliënt zich vrij voelt om intieme zaken te bespreken.
3. *Er wordt weinig gebruik gemaakt van specialiteiten van andere instanties en disciplines.*
4. *Cliënten voelen zich niet serieus genomen en de vertrouwensrelatie loopt een deuk op.* Cliënten gaven juist aan dat wanneer er in goeden doen met hen afspraken gemaakt zijn in bijvoorbeeld een signaleringsplan zij de hulpverlener minder kwalijk nemen als deze ingrijpt op basis van dit gezamenlijke plan, dan wanneer de hulpverlener hen overvalt met een opname of melding bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling, zonder dat dit ooit met hen besproken is.

Conclusies

We weten nu welke factoren de begeleiding bij kinderwens en zwangerschap in de weg staan en ook wat de gevolgen hiervan zijn. Na dit onderzoek kunnen we dan ook concluderen dat:

- De begeleiding aan de doelgroep vaak voor komt.
- De begeleiding veelomvattend en complex is.
- De begeleiding nog niet naar tevredenheid verloopt.
- Er een grote behoefte is aan gemakkelijk toegankelijke informatie t.a.v:
 - Kinderwens en zwangerschap
 - Effecten medicatie op seksualiteit en zwangerschap
 - Overzicht van instanties en disciplines die iets kunnen betekenen bij kinderwens (ongewenste) zwangerschap, ongewenste kinderloosheid etc.
- Er tot op heden geen richtlijnen voor de sociaal psychiatrische begeleiding van kinderwens en zwangerschap in de literatuur te vinden waren.
- De SPV gezien het beroepsprofiel de aangewezen persoon is om begeleiding bij kinderwens en zwangerschap te bieden.

Aanbevelingen

Op basis van de uitkomsten van de enquêtes en de conclusies van het onderzoek zijn we tot de volgende aanbevelingen gekomen die een antwoord op de onderzoeksvraag kunnen geven

Zonder in herhaling te vallen van alle taken die de SPV idealiter uitvoert in de begeleiding aan vrouwen met kinderwens of zwangere vrouwen in de psychiatrie, kan gesteld worden dat de volgende zaken bijdragen tot een zo goed mogelijke begeleiding:

Algemene aanbevelingen:

- Altijd informeren naar kinderwens bij mannen en vrouwen bij aanvang van de begeleiding. Dit kan heel goed in de intakefase wanneer je al vraagt naar het toekomstperspectief van de cliënt. Wanneer een kinderwens aanwezig is gaat het erom dat je de betekenis die de cliënt geeft aan het krijgen van een kind, Timing, verwachtingen en vaardigheden die nodig zijn bij het adequaat vervullen van de ouderrol bespreekbaar maakt.
- De aanwezigheid van een kinderwens erkennen als een normale menselijke behoefte. Iedereen denkt vroeg of laat na of het hebben van kinderen iets voor hem/haar is. Het blijkt averechts te werken als de SPV zich overbeschermend en normerend opstelt. Een informatieve rol, een accepterende houding en de cliënt zelf tot een weloverwogen keuze laten komen wordt meer gewaardeerd. Op deze manier is de kans groter dat de cliënt achter zijn/haar keuze blijft staan en hiervoor de verantwoordelijkheid zal nemen.
- Nauwkeurige afstemming in de samenwerking en verantwoordelijkheden van verschillende instanties en disciplines.
- Alert zijn op overdrachtsgevoelens eventueel gevolgd door een verwijzing naar een collega.
- Kennis bijhouden; Om goede begeleiding te bieden is het van belang dat je als SPV op de hoogte bent van instanties en disciplines die iets kunnen betekenen bij kinderwens, (ongewenste) zwangerschap en (ongewenste) kinderloosheid. Ook is enige kennis van de wetgeving over zwangerschap en ouderschap erg handig. Bijvoorbeeld als je een RM aan wilt vragen als het (on)geboren kind gevaar loopt.

Specifieke aanbevelingen op cliëtniveau:

- Nagaan in hoeverre de cliënt assertief genoeg is om zijn eigen (anti)conceptie te kunnen waarborgen. Bijvoorbeeld als een cliënte aangeeft aan de pil te zijn omdat ze haar sekspartner niet durft te vragen om een condoom te gebruiken, maar wel nare bijwerkingen van de anticonceptiepil ondervindt. In een dergelijk geval lijkt een assertiviteitsversterkende behandeling op zijn plaats.
- Nagaan of de cliënt makkelijker over onderwerpen als kinderwens en zwangerschap praat met een sekse –of leeftijdsgenoot. Soms is een verwijzing naar een collega een grote opluchting voor de cliënt.
- Voorlichting geven over het belang van een minst schadelijke medicatie-instelling voordat de zwangerschap een feit is. Zo hoeft de cliënt niet tijdens de zwangerschap nog een medicatiewijziging te ondergaan met een extra risico op decompensatie.
- Voorlichting geven over de mogelijkheden van andere instanties en disciplines eventueel gevolgd door verwijzing.
- Om een zo goed mogelijke gezondheid van moeder en (on)geboren kind te kunnen waarborgen is het vaak nodig om bij aanvang van de zwangerschap of zelfs daarvoor duidelijke behandelafspraken met de cliënt te maken en deze op te nemen in een signaleringsplan. Belangrijke afspraken kunnen gaan over medicatiebeleid, medicatietrouw, eventueel middelengebruik (nicotine, alcohol, drugs), het inzetten van ondersteunende instanties (KOPP, GGv, SPITS, Bureau jeugdzorg), randvoorwaarden zoals contact huisarts, verloskundige, aanvraag kraamhulp, frequentie van afspraken met SPV, huisvesting, inschakelen steunbronnen (familie, vrienden) en wanneer. In het signaleringsplan wordt bovendien beschreven welke zaken geregeld moeten worden en door wie als de cliënt dreigt te decompenseren. Het moment dat een RM- of IBS-procedure in gang wordt gezet of bij welke signalen het AMK bijvoorbeeld ingeschakeld wordt.
- Tot slot kan een goede afstemming met het netwerk van de cliënt (indien de cliënt hier toestemming) voor geeft veel betekenen voor een goede begeleiding.

Bij elke vorm van begeleiding is van het grootste belang na te gaan waar de cliënt precies begeleiding bij nodig heeft. Er zijn namelijk verschillende mogelijkheden;

- Begeleiding bij de overweging om wel of niet aan kinderen te beginnen en waarom. Dit kan door het bespreken van verwachtingen, steunbronnen, capaciteiten en voorlichting geven over erfelijkheid
- Begeleiding bij de zwangerschap zelf. Hierbij is het belangrijk eerst na te gaan of de cliënt blij is met de zwangerschap. Vervolgens kan passende steun, begeleiding, en voorlichting geboden worden.
- Begeleiding bij vruchtbaarheidsproblemen of rouw wanneer een cliënt ongewenst kinderloos is, heeft besloten dat het beter is dat hij/zij gezien bijvoorbeeld erfelijkheid geen kinderen zal krijgen of na een miskraam, abortus of uithuisplaatsing van een kind.
- In sommige gevallen is het overduidelijk dat het voor alle partijen (moeder, kind, maatschappij) beter is dat de cliënt geen kinderen krijgt. In dit geval is het van belang alle mogelijke hulpbronnen in te schakelen om een zwangerschap te voorkomen. Of indien de zwangerschap al een feit is bij het ondersteunen van een zwangerschap –en de opvoeding (b.v. KOPP of bureau jeugdzorg).

Samenvatting

Binnen de GGZ Friesland en in de literatuur was tot februari 2005 nergens informatie over de verpleegkundige begeleiding bij kinderwens en zwangerschap in de psychiatrie te vinden. Toch is het doorlopen van een zwangerschap zoals beschreven voor cliënten erg complex en vraagt de begeleiding een aardige

deskundigheid, kennis en coördinerend vermogen van de SPV. Specifieke taken ten aanzien van kinderwens en zwangerschap lijken prima in de vier domeinen van het beroepsprofiel van de SPV te passen. Zowel de cliënten als de SPV-en hebben aangegeven een grote behoefte te hebben aan gemakkelijk toegankelijke informatie over kinderwens en zwangerschap in het algemeen, instanties en disciplines die hierbij iets kunnen betekenen en aanmeldprocedures. In deze behoefte is voorzien door een checklist voor verpleegkundigen op het intranet van de GGZ-Friesland te plaatsen en door een cliëntenbrochure te ontwikkelen. De Checklist wordt hieronder weergegeven. De brochure is bedoeld om de cliënt voor te lichten over alle aspecten die nodig zijn om een zwangerschap en de periode daarna succesvol te doorlopen.

Tevens staat in de brochure beschreven wat hulpverleners van de GGZ-Friesland en andere instanties en disciplines kunnen betekenen bij kinderwens en zwangerschap. De brochure is te bestellen bij de GGZ-Friesland-Noord via telefoonnummer: (058) 284 89 14

Checklist

SPV-begeleiding van cliënten bij wie kinderwens of zwangerschap een rol speelt.

Bij kinderwens

- 1 Q Informeer altijd naar een kinderwens als cliënt 45 jaar of jonger is.
- 2 Q Als kinderwens aanwezig is: erkenning geven voor een reële, menselijke behoefte zoals kinderwens. Attitude is zo accepterend of neutraal mogelijk.
- 3 Q Bespreek met cliënt: timing (waarom nu een kind?), de betekenis die cliënt geeft aan een kind, de voor- en nadelen van het krijgen van een kind en welke vaardigheden er nodig zijn om de ouderrol goed te vervullen.
- 4 Q Check verwachtingen van de cliënt t.a.v. het krijgen van een kind en stel deze indien bij naar de realiteit.
- 5 Q Als de cliënt komt tot de keuze om geen kinderen te krijgen, heb aandacht voor rouw en verwijfs eventueel door naar het FIOM of Stichting Freya.
- 6 Q Informeer altijd naar gebruik van medicatie.
Bij kinderwens en psychofarmacagebruik altijd een psychiater consulteren.
- 7 Geef psycho-educatie over:
 - Q gevolgen medicatieaanpassing in het algemeen (risico op psychische disbalans,
 - Q ontwennen aan huidige medicatie en wennen aan nieuwe medicatie.
 - Q erfelijkheid.
 - Q hoe kenmerken van het gedrag van de cliënt, behorend bij diens psychiatrische ziekte, zich verhouden tot verantwoord ouderschap.
- 8 Q Stel samen met cliënt vast op wie zij kan terugvallen in haar sociale netwerk, als zij decompenseert.
- 9 Q Zoek samen met cliënt eventueel naar alternatieven voor een kinderwens [nieuw toekomstperspectief].

Bij zwangerschap

- 1 Q Als de punten genoemd onder "kinderwens" niet zijn doorgenomen, dit alsnog doen.
- 2 Q Betrek partner of andere naaste van cliënt in de begeleiding.
- 3 Q Houd vinger aan de pols bij gewijzigd medicatiebeleid.
- 4 Q Heb aandacht voor het feit dat cliënt contact legt en onderhoudt met de huisarts, de verloskundige en evt. de gynaecoloog.
- 5 Q Check of cliënt zich tijdig aanmeldt voor kraamhulp.
- 6 Q Verstevig vaardigheden ten behoeve van het verantwoord invullen van de ouderrol.
- 7 Q Schakel indien nodig hulp in van instanties w.o. het KOPP, de GGV, SPITS etc.
- 8 Q Verstrek informatie over algemene verschijnselen van zwangerschap.
- 9 Q In geval van seksueel trauma van de cliënt in het verleden, samen met cliënt anticiperen op de bevalling die een trigger voor decompensatie kan zijn.
- 10 Behandelplanafspraken maken met cliënt over:
 - Q randvoorwaarden die minimaal aanwezig moeten zijn: huis, inkomsten, kraamuitzet.
 - Q aanpassen van de contactfrequentie tussen SPV en cliënt.
 - Q contact leggen en onderhouden met huisarts, verloskundige en kraamhulp.
 - Q instemmen met hulp van andere instanties: Ouder- en kindzorg, KOPP, GGV
 - Q gezonde leefstijl (voeding, dag- en nachtritme, roken).
 - Q medicatiegebruik en medicatietrouw.
 - Q alcohol en drugsgebruik.
 - Q automutilatie.
 - Q fysiek geweld.
 - Q voorbereiding op de bevalling: yoga, zwangerschapsgym, bepaal plaats van bevalling.
 - Q iemand uit het sociale netwerk van de cliënt regelen die voor het kind kan zorgen als cliënt decompenseert. Lukt dit niet dan gastoudergezin regelen.
 - Q crisiskaart/signaleringsplan maken:

beschrijf welke gedragingen zich bij de cliënt voordoen als decompensatie dreigt, beschrijf de te nemen interventies alsook door wie deze genomen moeten worden + benoem de persoon die zorg draagt voor het kind als de cliënt decompenseert.
 - Q inzetten van een anticonceptivum na de bevalling.
- 11 Q Behandelconsequenties met cliënt doornemen (in geestelijk stabiele toestand):

Stel vast met de cliënt wat de gevolgen zijn als cliënt drugs of alcohol blijft gebruiken danwel een gevaar dreigt te vormen voor zichzelf, haar (ongeboren) kind en/of voor haar omgeving. Gevolgen kunnen zijn: een gedwongen opname in het kader van een IBS/RM, een melding maken bij het AMK etc.
- 12 Q Behoud altijd de vrijheid om bij overdrachtsgevoelens die belemmerend werken in de begeleiding, de cliënt over te dragen aan een collega-SPV.

Geciteerde Literatuur

- Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede, *Basisboek methoden en technieken*. Uitg. Stenfort Kroese, Leiden/Antwerpen, 1e druk 6e oplage 1992.
- Hartog, M, Veel te klein voor die pijn. *Artikel AD*. Den Haag, 15 april 2006
- Sande, J, van de, Opvoedles voor jonge ouders. *Artikel AD*. Den Haag, 2 april 2006.

Geraadpleegde literatuur (er wordt in het artikel niet naar verwezen)

- Beleidsvisie, *Voor de zorg van morgen. Geestelijke gezondheidszorg in Friesland 2002-2005*. Uitgave GGZ Friesland, Leeuwarden, april 2002.
- *Beroepsdeelprofiel SPV*, uitgave NVSPV, 2004 te Eindhoven.
- Brok, C. en K. van Doesum, Positieve interactie tussen depressieve moeders en hun baby's. In: *Maandblad Geestelijke gezondheidszorg* [MGv, nr 9, 1998. p835-845].
- Cohen, A., *Beroepscode SPV*. Uitgave van de Nederlandse Vereniging van Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen [NVSPV], Eindhoven 2002.
- Crouzen, E. e.a., *Visie en organisatiestructuur Ambulante Zorg, district Sneek Continue Zorg*. Interne uitgave GGZ Friesland, 1998 te Sneek.
- Dries, I. en C. Hooijdonk e.a., *Basisboek obstetrie- en gynaecologie verpleegkunde*. Uitg Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen, 1e druk 2000.
- *Functieomschrijving SPV*. Interne uitgave van de GGZ districten: GGZ Noord en GGZ Zuidwest Friesland Acuat + Continu. Z.p. en z.j.
- Maas, I.A.M. en J. Jansen, *Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies*. In VTV/RIVM, 2000.
- Mainline-stichting, folder *Een dikke buik en drugsgebruik. Gezondheidszorg en preventie-werk druggebruikers*. Interne uitgave Stichting Mainline, Amsterdam 1999.
- *Missie en visie van GGZ Friesland*, uitgave St. GGZ Friesland, Leeuwarden, 2004.
- Module *Eindtermen MGZ/GGZ, 2004/2005*. Interne uitgave, Groningen 2004.
- Nicholls-van Vliet, M., R.Segeren en J. van Zegveld-van Schalkwijk, *Kraamver-pleegkunde met bijbehorende verloskunde*. Uitg. Nijgh & Van Ditmar, 3e druk 1995.
- Siegert, E. en M. Bool, Je bent ook altijd nog vader of moeder. Rehabilitatie van ggz-clënten als ouder. In: *Passage*, 10e jaargang, nr. 1, p.15-19 maart 2001.
- Slob, K., J. Frenken en M.Moors-Mommers, *Facetten van seksualiteit*. Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten. 1e druk 1984 en 4e herz. Druk.1995.
- Symposium *Ieder zijn eigen prinsesje*. Over zwangerschap en psychiatrie. Organisatie Vereniging Nederlandse vrouwelijke artsen (VNVA). Met lezingen van psychiaters E. Knoppert en P. Kölling, dd. 27-03-04 te Utrecht.
- Trimbos-uitgave, Kinderen die het complete huishouden runnen, artikel in *het Parool* dd. 05-02-04.
- Velds, H., *Voorstel SPV-taken in de Ambulante continue zorg, district Zuidwest Friesland*. Intern gepubliceerd, GGZ Friesland, Sneek 2003.
- Venneman, B.J.M., *Beroepsprofiel SPV*. Uitgave NVSPV, Eindhoven 2002.
- Wenselaar, L.H., *Kinderen van ouders met psychische problemen*, lezing. Interne publicatie, psychiatrisch ziekenhuis Vrederust, z.p. 1993.