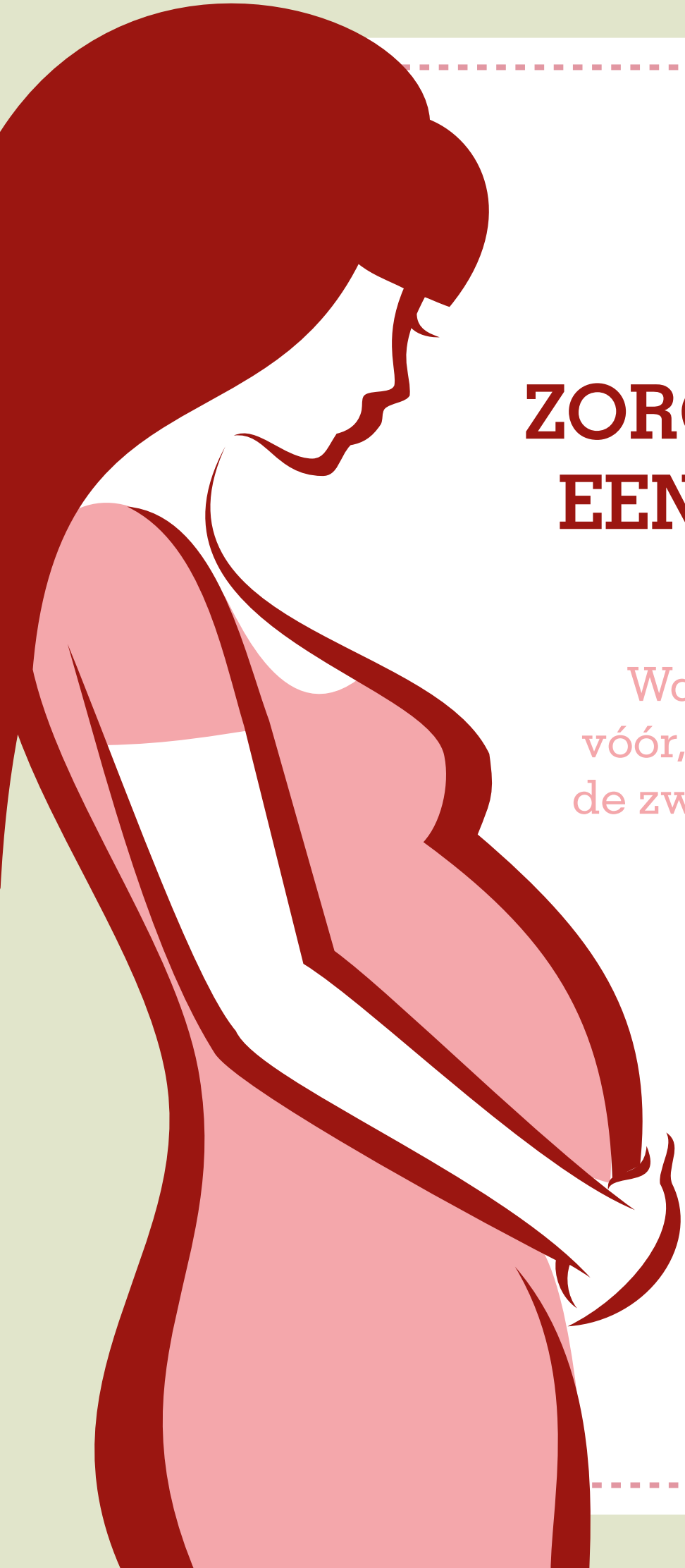


ZORG VOOR EEN MOOIE START

Wat met alcohol vóór, tijdens en na de zwangerschap?

Een gids voor pre- en postnatale zorgverleners

COLOFON

Deze gids is een initiatief van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu en werd gemaakt door VAD en SSM Alfa. IDA en Fédito Wallonne coördineerden deze publicatie, in samenwerking met het CAHO.

Auteurs
Michelle Van Impe (VAD)
Audrey Schmets (SSM Alfa)
Jasmien de Doncker (VAD)
Magali Crollard (SSM Alfa)
Catherine Dungelhoeff (SSM Alfa)

Met dank aan de geraadpleegde experten Dr. Karen Smets (Domus Medica), Prof. dr. Cathy Matheï (Free Clinic), Dr. Joachim Van Keirsbilck en Dr. Ellen Roets (VVOG), Joke Muyldermans en Marlene Reyns (VBOV), Dr. Fleur Camfferman (VVK), Dr. An Schillemans, Vicky Terteka (CAD Limburg), Veerle Bex (MSOC Vlaams-Brabant), Dr. Paul de Munck (GBO), Dr. Pierre Drielsma (GBO), Dr. Sandra Tassart (GGOLFB), Dr. Florence Coppin (GGOLFB), Chantal Robin (AFSFC), Clélia Trapletti (AFSFC), Dr. Jean-Philippe Stalens (GBPF), Dr. Liliane Gilbert (GBPF), Benoît Brouillard (La Caho), Justine Gaugue (Université de Mons) en Dr. Aurore Daron (CHR Citadelle).

Lay-out
Mojoville [www.mojoville.be]
Wim Vandersleyen voor de tabel over standaardeenheden alcohol [www.wimvandersleyen.be]

Foto's
Allard de Witte

Verantwoordelijke uitgever
Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu,
Victor Hortaplein, 40 bus 10, 1060 Brussel
T 02 524 97 97 | www.health.belgium.be

Wettelijk depotnummer: D/2017/2196/33
©2017

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

A.L.F.A. ASBL
SERVICE DE SANTE MENTALE SPECIALISE DANS LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME ET DES TOXICOMANIES

fedito

VAD

La Coordination Assuétudes HO a.s.b.l.
Usage et dépendance aux médicaments, alcool, drogues, tabac, jeux
Wallonie picarde

iDA

INHOUD

Introductie

1. Alcoholgebruik voor, tijdens en na de zwangerschap ... 7

1.1 Prevalentie ... 7

1.2 Risicofactoren ... 7

1.3 Het kind en alcohol ... 8

1.4 De risico's van alcoholgebruik voor, tijdens en na de zwangerschap ... 9

1.5 Risico's voor de conceptie ... 9

1.6 Risico's tijdens de zwangerschap ... 10

1.7 Risico's tijdens de borstvoeding ... 13

1.8 Voor je aan de slag gaat ... 13

2. Communicatie, screening en interventie ... 15

2.1 Communicatie en vertrouwen opbouwen ... 15

2.2 Screening ... 22

2.3 Interventie ... 24

3. Begeleiding en doorverwijzing van vrouwen die problematisch drinken ... 27

3.1 Een empathische communicatie en hulpverlening is essentieel ... 28

3.2 Begeleiding en doorverwijzing ... 30

3.3 Begeleiding van kinderen met FAS(D) ... 32

3.4 Wat kan je nog doen als zorgverlener? ... 38

3.5 Naar waar verwijs ik door? ... 39

4. Bibliografie ... 43

5. Bijlages ... 49

Fiche 1 Alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap. Risico's en advies

Fiche 2 Stappenplan screening en interventie

Fiche 3 Screening en interventie met de AUDIT-C en AUDIT

Fiche 4 Alcoholgebruik tijdens de borstvoeding. Risico's en advies

Fiche 5 Foetaal Alcohol Spectrum Stoornis

Fiche 6 Wat is een standaardglas alcohol?

Oefenfiche 1 De context van de vrouw in kaart brengen

Oefenfiche 2 Creëer een goede basis

Introductie

De mooiste start begint met een STØP

Deze gids over alcoholgebruik[1] vóór, tijdens en na de zwangerschap werd ontwikkeld op vraag van FOD Volksgezondheid. De gids is bestemd voor zorgverleners die in contact komen met vrouwen met een kinderwens, zwangere vrouwen, (toekomstige) ouders en hun kinderen.

Belgisch en internationaal onderzoek toont aan dat alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap een thema is waarover zowel bij de bevolking als bij gezondheidswerkers onduidelijkheid bestaat. De beschikbare wetenschappelijke informatie hierover is niet algemeen gekend, waardoor dit onderwerp omringd blijft door misvattingen, vragen en diverse – soms tegenstrijdige – boodschappen. Deze onduidelijkheid zorgt ervoor dat zowel hulpverleners als toekomstige ouders een verschillend idee hebben over alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap en over de risico's die daaraan verbonden zijn [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Bovendien is deze thematiek geen evidente materie om als hulpverlener mee aan de slag te gaan. Naast een gebrek aan duidelijke informatie, kunnen gezondheidswerkers ook praktische vragen hebben over de bespreekbaarheid van dit onderwerp, de screening van alcoholgebruik en mogelijke interventies [1]. Dit document werd zodoende opgesteld met als doel correcte en duidelijke informatie te verstrekken en praktische ondersteuning te bieden aan hulpverleners.

Methodologie

Deze gids is gebaseerd op een voorafgaande literatuurstudie, welke grotendeels bestaat uit recente wetenschappelijke artikels en (inter)nationale richtlijnen van onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Finnish Medical Society Duodecim, de Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, het Washington State Department of Health en het Australien Departement of Health.
Het opzoekingswerk werd gefaciliteerd door databanken als CEBAM, EBMPracticeNet, Cochrane Library, PubMed, Web of Science, ResearchGate en Google Scholar.

Verder werd er voornamelijk gefocust op systematic reviews, meta-analyses, kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Bronnen werden geselecteerd op basis van hun relevantie met betrekking tot de aspecten die in deze gids besproken worden. Concreet worden volgende zaken behandeld:

1) De risico's van alcohol tijdens de conceptie, zwangerschap en borstvoeding
2) Communicatie met de vrouw en partner, screening en interventie
3) Begeleiding en doorverwijzing van vrouwen die problematisch drinken en kinderen met FAS(D)

Tot slot werd dit document beoordeeld door 21 Vlaamse en Waalse experten/hulpverleners uit de perinatale zorg (i.e. huisartsen, gynaecologen, vroedvrouwen en pediaters) en verslavingszorg. In beide landsdelen werden per beroepsgroep twee experten betrokken. De gids werd herwerkt en gefinaliseerd op basis van hun feedback.

[1] Alcohol verwijst in deze gids naar elke drank die ethanol bevat zoals bier, wijn, spritzers, sterkedrank, cocktails etc.
[2] Recent wordt beschouwd als gepubliceerd binnen de voorbije vijf jaar.

Waarom deze gids lezen?

Via deze gids willen we alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor moeder en kind, aanzetten om alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap te bevragen én te bespreken. **Er is immers geen veilige ondergrens voor alcohol tijdens de (ongeplande) zwangerschap en borstvoeding**. Wat vrouwen met deze boodschap doen, blijft vanzelfsprekend hun eigen keuze, maar als hulpverlener moet je er wel voor zorgen dat deze keuze geïnformeerd is. Vrouwen en hun eventuele partners hebben immers een recht op correcte informatie en een recht om te weten, zodat zij geïnformeerde keuzes kunnen maken.

Zorgverleners hebben bij een zwangerschap en na de geboorte niet alleen een verantwoordelijkheid ten opzichte van de moeder, maar ook ten opzichte van het (ongeboren) kind. Het risico op alcoholgerelateerde schade bij kinderen – zoals FAS(D) – kan immers vermeden worden [80]. Deze gids – voorzien van praktische fiches – kan je als hulpverlener ondersteunen bij deze opdracht.

> **“There is no safe level of alcohol use during pregnancy ...
> Preventing, reducing and ceasing the use of alcohol
> during pregnancy and in the postpartum period are essential components
> in optimizing the health and well-being
> of women and their children
> (WHO, 2016, p 5)”**

Adviezen van de WHO zijn universeel en stellen voorop dat tijdens de zwangerschap volledige alcoholonthouding moet nagestreefd worden. De reductie van alcoholgebruik heeft zodoende enkel betrekking op een vermindering in de algemene populatie en bij zwangere vrouwen die problematisch drinken en waarbij abstinentie niet haalbaar is.

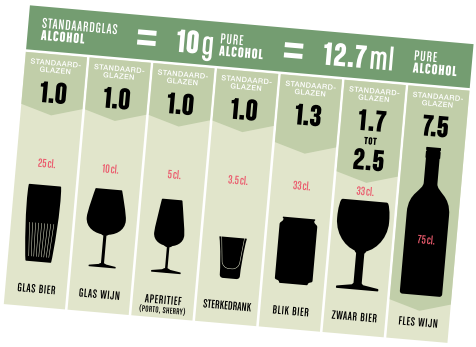
1.

Alcoholgebruik voor, tijdens en na de zwangerschap

1.1 Prevalentie

Prevalentiestudies naar alcoholgebruik voor, tijdens en na de zwangerschap tonen verschillende resultaten. Uit internationale studies blijkt dat 5,5% tot 58,7% van de vrouwen alcohol drinkt tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoeding [7, 8, 9, 10, 11]. Prevalentiecijfers zijn doorgaans gebaseerd op de zelfrapportage van vrouwen en zijn daardoor minder accuraat.[3] De meest recente Belgische cijfers zijn afkomstig uit Vlaanderen en geven aan dat 32,6% van de Vlaamse vrouwen alcohol drinkt gedurende de zwangerschap en 43,3% tijdens de borstvoedingsperiode. Een grote meerderheid (89,3%) van deze vrouwen drinkt minder dan wekelijks één standaardglas alcohol. Evenwel gaf 9,7% van de zwangere vrouwen aan 1-6 standaardglazen alcohol te consumeren per week [10].[4]

Informatie over de inhoud van een standaardglas alcohol, vind je aan het einde van deze gids op fiche 6 'Wat is een standaardglas alcohol?'.



1.2 Risicofactoren

Het is belangrijk om alcoholgebruik te bespreken met ALLE vrouwen met een zwangerschapswens, zwangere vrouwen én vrouwen die borstvoeding geven.

FEIT

Er zijn verschillende risicofactoren voor alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en de borstvoeding. Deze zijn uiteenlopend waardoor het belangrijk is om als hulpverlener bij elke vrouw te bevragen of ze alcohol drinkt tijdens de zwangerschap of de borstvoeding, en niet enkel bij vrouwen waarbij er een vermoeden bestaat. Risicofactoren die uit de literatuur naar voor komen zijn [7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17]:

- Riskant drinkgedrag vóór de zwangerschap[5]
- Inaccuraat gebruik van anticonceptie (alcoholblootstelling tijdens een ongeplande zwangerschap)
- Gebruik van tabak en/of andere drugs tijdens de zwangerschap
- Ervaren van psychische problemen (depressie, angststoornissen)
- Ervaren van psychologische of fysieke traumatische ervaringen, (partner)geweld en misbruik
- Leeftijd van ≥ 35 jaar
- Hoge sociaaleconomische status (hoog opleidingsniveau, hoog inkomen)

[3] De cijfers verschillen eveneens naargelang de gehanteerde methodologie en steekproef in de studie. Bovendien is er variatie tussen verschillende landen, steden/landelijke gebieden en gemeenschappen.

[4] In deze studie vormde '1-6 standaardglazen' een algemene antwoordcategorie waardoor meer precieze cijfers binnen deze groep niet beschikbaar zijn.

[5] De ernst van een risico hangt af van zowel het middel, de persoon als het milieu. Elke vorm van alcoholgebruik gaat gepaard met een risico, maar er is sprake van **riskant alcoholgebruik** wanneer er een verhoogd risico is op schadelijke gevolgen omwille van alcoholgebruik in risicovolle situaties (bijv. het verkeer) en **bingedrinken** (i.e. de consumptie van ≥ 4 standaardglazen in 2 uur voor vrouwen). De frequentie en hoeveelheid zijn eveneens van belang, maar hiervoor is er geen vaststaande maatstaf. In Vlaanderen bedraagt de richtlijn voor alcoholgebruik een maximum van 10 standaardglazen gespreid over een week voor mannen en vrouwen [78].

Omdat het mogelijks verassend is dat een hoge sociaaleconomische status (SES) een risicofactor vormt, is enige toelichting op zijn plaats. Er is echter quasi geen onderzoek dat nagaat waarom dit het geval is. Kwalitatief Canadees onderzoek gaf aan dat vrouwen met een lagere SES matig alcoholgebruik meer afkeuren in vergelijking met vrouwen met een hogere SES [5]. Vrouwen met een lagere SES leken meer terug te vallen op hun eigen idee hieromtrent, terwijl vrouwen uit een hogere klasse zelf meer op zoek gingen naar bijkomende informatie over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en borstvoeding. Hierdoor stootten deze vrouwen meer op de onduidelijkheid en inconsistentie van verschillende gezondheidsadviezen, waardoor men de risico's van matig alcoholgebruik in twijfel trok en als meer acceptabel beschouwde [5]. Hoewel meer onderzoek naar deze risicofactor aangewezen is, stipt dit het belang van een consistent advies nogmaals aan.

1.3 Het kind en alcohol

Alcohol is een toxische en teratogene stof die via de placenta bij de foetus terecht komt. Voor de foetus in ontwikkeling is bij alcoholgebruik het risico nóg groter dan bij kinderen en volwassenen.

FEIT

Alcohol is een toxische stof en het gebruik ervan – afhankelijk van duur, frequentie, volume, drinkpatroon en individuele gevoeligheid – houdt verschillende gezondheidsrisico's in, ook bij beperkt gebruik. Zo is alcoholgebruik bij volwassenen geassocieerd met meer dan 200 aandoeningen zoals verschillende vormen van kanker, leveraandoeningen, hartproblemen alsook met fysieke verwondingen omwille van een hoger risico op (auto)ongelukken en geweld [18].

Alcohol wordt afgebroken in de lever, waarbij de enzymen alcohol dehydrogenase (ADH) en acetaldehydedehydrogenase (ALDH) een belangrijke rol spelen. Bij de afbraak van alcohol komen vrije radicalen vrij – zoals acetaldehyde, één van de toxische omzettingsproducten van ethanol – die giftig zijn voor de weefsels van de moeder en het kind [19, 20]. Het is wetenschappelijk erkend dat alcohol een teratogene stof is en een effect uitoefent op de prenatale ontwikkeling [13, 15, 21, 22, 23, 24, 25]. Waar alcoholconsumptie gezondheidsrisico's inhoudt voor de rechtstreekse gebruiker, is er eveneens sprake van een grotere kwetsbaarheid voor het zich ontwikkelende kind.

Bij zwangere vrouwen wordt alcohol – en de toxische metabolieten van alcohol – doorgegeven aan de foetus via de placenta. De alcoholconcentratie in het bloed van de foetus is quasi gelijk aan de concentratie in het bloed van de moeder [19, 20]. De foetus beschikt – anders dan bij kinderen en volwassenen – niet over de enzymen ADH en ALDH en de afbraak van alcohol vindt bij de foetus niet plaats in de lever. De afbraak van alcohol bij de foetus gebeurt op basis van het enzym cytochroom CYP2E1 (welke bij volwassenen ook actief is bij chronisch zware drinkers). Hierbij wordt niet alleen het toxische acetaldehyde gevormd maar ook 4-hydroxynonenal (HNE), overigens een meer giftige stof. **De afbraak van alcohol vindt bij de foetus vooral plaats in de hersenen, waardoor acetaldehyde en HNE rechtstreeks lokale schade kunnen veroorzaken** [19, 20].[6]

Bovendien heeft de foetus minder capaciteit om alcohol af te breken waardoor de foetus langer en intenser blootgesteld wordt aan alcohol dan de moeder. Dit geldt gedurende de hele zwangerschap terwijl na de geboorte alcohol ook via de moedermelk bij het kind terecht komt [19, 20].

[6] Alcohol wordt grotendeels – maar niet volledig – afgebroken in hersenen van de foetus. Een klein deel wordt afgebroken via de lever (in ontwikkeling), waar het cytochroom CYP2E1 (een andere benaming is 'cytochroom P450') ook actief is. Daarnaast wordt alcohol ook deels via placenta – en dus via de moeder – afgebroken.

1.4 De risico's van alcoholgebruik voor, tijdens en na de zwangerschap

Er is een wetenschappelijke consensus dat de risico's van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en de borstvoeding reëel zijn en er géén veilig gebruik mogelijk is.

FEIT

Wanneer de vrouw alcohol drinkt tijdens de zwangerschap of de borstvoeding is er steeds sprake van een risico. Het is belangrijk voor ogen te houden dat een risico niet automatisch leidt tot negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van het kind, maar dat de kans dat er schade optreedt wel reëel is.

Het is niet evident om de relatie tussen alcoholgebruik tijdens de zwangerschap of borstvoeding en de gezondheidseffecten op het kind eenduidig te identificeren. Omdat het ethisch niet verantwoord is om experimentele studies op te zetten – waarin het effect van een bepaalde dosis alcohol nauwkeurig bestudeerd zou kunnen worden – vallen we terug op studies met statistische methoden, biologische merkers of MRI-scans [13].

Bovendien zijn de risico's van alcohol afhankelijk van de dosis, duur en frequentie van de blootstelling. Verder speelt ook de ontwikkelingsfase van een specifiek orgaan of weefsel op het tijdstip waarop alcohol inwerkt een rol. Daarnaast zijn er heel wat andere contextuele factoren die mee bepalen of een risico zich vertaalt in negatieve effecten [13, 22, 26, 27]:

- Het gelijktijdig inwerken van alcohol, tabak, medicatie, andere drugs, een ongezonde voeding, stress of vermoeidheid
- Genetische factoren en individuele gevoeligheden van moeder en kind
- Comorbiditeit van de moeder zoals diabetes, infectieziekten of bloedarmoede.

Bovengenoemde zaken kunnen de indruk wekken dat de risico's van alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap "niet bewezen" zijn. Deze indruk is fout. De wetenschap toont ons vandaag dat de risico's wél degelijk bestaan – zowel bij een lage als hoge consumptie – en dat er **geen mogelijke manier is om een veilige ondergrens of periode voor het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap en borstvoeding te bepalen**. Onderzoekers – ongeacht of ze een relatie tussen alcohol en negatieve effecten op het kind vaststellen – benadrukken, samen met organisaties zoals de WHO en de Hoge Gezondheidsraad, dat **de veiligste optie is geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap en borstvoeding**.

1.5 Risico's voor de conceptie

Alcohol kan een negatieve invloed hebben op de vruchtbaarheid van vrouwen én mannen.

FEIT

De vruchtbaarheid kan beïnvloed worden door verschillende factoren zoals stress, genetische afwijkingen, medicatie en ook alcohol [28]. De vruchtbaarheid van zowel vrouwen als mannen wordt negatief beïnvloed door het gebruik van alcohol [15, 19, 29, 30, 31, 32].
Bij vrouwen die een ivf-behandeling volgen en ondertussen alcohol gebruiken, is de kans om zwanger te worden zelfs tot twee keer lager [19, 29, 33].

1.6 Risico's tijdens de zwangerschap

Alcoholgebruik houdt tijdens de volledige zwangerschap een risico in voor het kind. Het risico vergroot naarmate de vrouw meer drinkt, maar voor sommige vrouwen kan af en toe een glaasje of zelfs één glaasje gevaarlijk zijn en kunnen er negatieve effecten optreden.

FEIT

De timing, frequentie en dosis van alcohol zijn belangrijk. Hoewel een kleine hoeveelheid alcohol tot negatieve effecten kan leiden, is het duidelijk dat het risico vergroot naarmate het alcoholgebruik toeneemt in hoeveelheid en frequentie. Verder is aangetoond dat binge-drinken – i.e. de consumptie van ≥ 4 standaardglazen alcohol in twee uur – het risico op negatieve effecten eveneens vergroot, ook wanneer dit zich slechts eenmalig voordoet en wanneer de moeder verder geen alcohol meer drinkt tijdens de zwangerschap. Er is sprake van een dosisgerelateerd effect, wat betekent dat de risico's vergroten naarmate de vrouw meer drinkt [22, 26, 27, 34, 35, 36, 37]. Alcoholgebruik houdt gedurende de gehele zwangerschap een risico in voor het zich ontwikkelende kind [19, 20, 34, 35, 36]. Aandoeningen kunnen niet steeds vastgesteld worden bij de geboorte en vaak stellen er zich pas problemen gedurende de levensloop of in bepaalde ontwikkelingsfasen [19, 22, 23]. Aangetoonde negatieve effecten bij kinderen die blootgesteld werden aan alcohol tijdens de zwangerschap zijn onder meer:

Effecten op de hersenen

Hersenschade – waaruit andere cognitieve en gedragsmatige problemen kunnen voortkomen – is één van de meest voorkomende risico's omdat alcohol bij de foetus nét wordt afgebroken door de hersenen [19]. Hersenschade door prenatale alcoholblootstelling is onherstelbaar [20, 23]. Bepaalde delen van de hersenen – zoals de hippocampus, de thalamus, de prefrontale kwabben en de bilaterale amygdala – worden specifiek beïnvloed door alcohol [20, 23]. Deze hersendelen kunnen in verband gebracht worden met de werking van het geheugen, het concentratievermogen, het ruimtelijk inzicht en de emotionele regulatie. Daarnaast is het volume aan grijze stof kleiner bij kinderen die prenataal blootgesteld werden aan alcohol en wordt de ontwikkeling van de hersenen algemeen negatief beïnvloed [23]. Opgelopen hersenschade is echter niet altijd visueel vast te stellen bij elk kind. Gedurende de gehele zwangerschap is er een risico op schade aan de hersenen, het centraal zenuwstelsel en de wervelzuil [19, 20, 26, 34].

Cognitieve en gedragsmatige effecten

- Neurologische afwijkingen zoals concentratie-, geheugen-, motorische- en leerstoornissen, prikkelbaarheid alsook een laag IQ [23, 24, 25, 26, 34, 38, 39, 80].
- Mentale effecten zoals gedragsproblemen op sociaal, interactief en emotioneel gebied zoals hyperactiviteit, woedeaanvallen, hechtingsproblemen, slaapproblemen, moeilijkheden in interactie met anderen en het inschatten van de gevolgen van het handelen [13, 26, 34, 38, 39, 80].

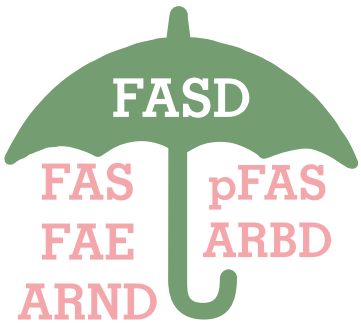
Andere fysieke effecten

Naast het risico op hersenschade, zijn onder meer andere fysieke effecten mogelijk zoals:

- Kans op een miskraam in de eerste zestien weken [36, 38]
- Prematuriteit [19, 35, 37]
- Afwijkingen in groei zoals een algemene groeiachterstand, een laag geboortegewicht en een kleine schedelomtrek [19, 22, 37, 40, 80]
- Cardiovasculaire afwijkingen zoals het ventrikel septum defect (i.e. een gaatje in het tussenschot dat de twee hartkamers scheidt) of het niet volledig volgroeien van een slagader [41, 80]
- Verstoring van de ontwikkeling van het endocrien systeem [19, 20]
- Afwijkingen aan het gehemelte en de tanden, de oren en de uitwendige genitaliën [36, 38]
- Motorische stoornissen door afwijkingen aan de armen of benen zoals bepaalde vormen van skeletdysplasie of scoliose [19]

Deze verschillende fysieke en mentale afwijkingen worden gegroepeerd onder het "geheel van stoornissen veroorzaakt door de foetale alcoholisering" – eveneens **foetaal alcohol spectrum stoornis of FAS(D)** – genaamd [22, 34, 39, 80]. De aanwezigheid van enkele van bovengenoemde negatieve effecten kunnen zodoende een indicatie zijn voor een foetaal alcohol spectrum stoornis. De ernst en de combinatie van de symptomen zijn bepalend voor de diagnose: FASD, FAS (foetaal alcohol syndroom), pFAS (partieel FAS), ARND (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder), ARBD (Alcohol Related Birth Defects) en FAE (Foetale alcohol effecten) [18, 39].

De neurologische afwijkingen bij kinderen met FAS(D) zorgen voor heel wat gedrags- of cognitieve problemen. Kinderen met FAS(D) kunnen opstandig of ontremd gedrag vertonen en kunnen onder meer kampen met kenmerken die gelijk zijn aan reken-, taal- of leerstoornis, dyslexie, ASS (autisme spectrum stoornis) of een gegeneraliseerde angststoornis. Deze aan FAS(D) gerelateerde klachten maken een diagnosestelling gelinkt aan de oorzaak – i.e. prenatale alcoholblootstelling – niet eenvoudig [19, 38, 80].



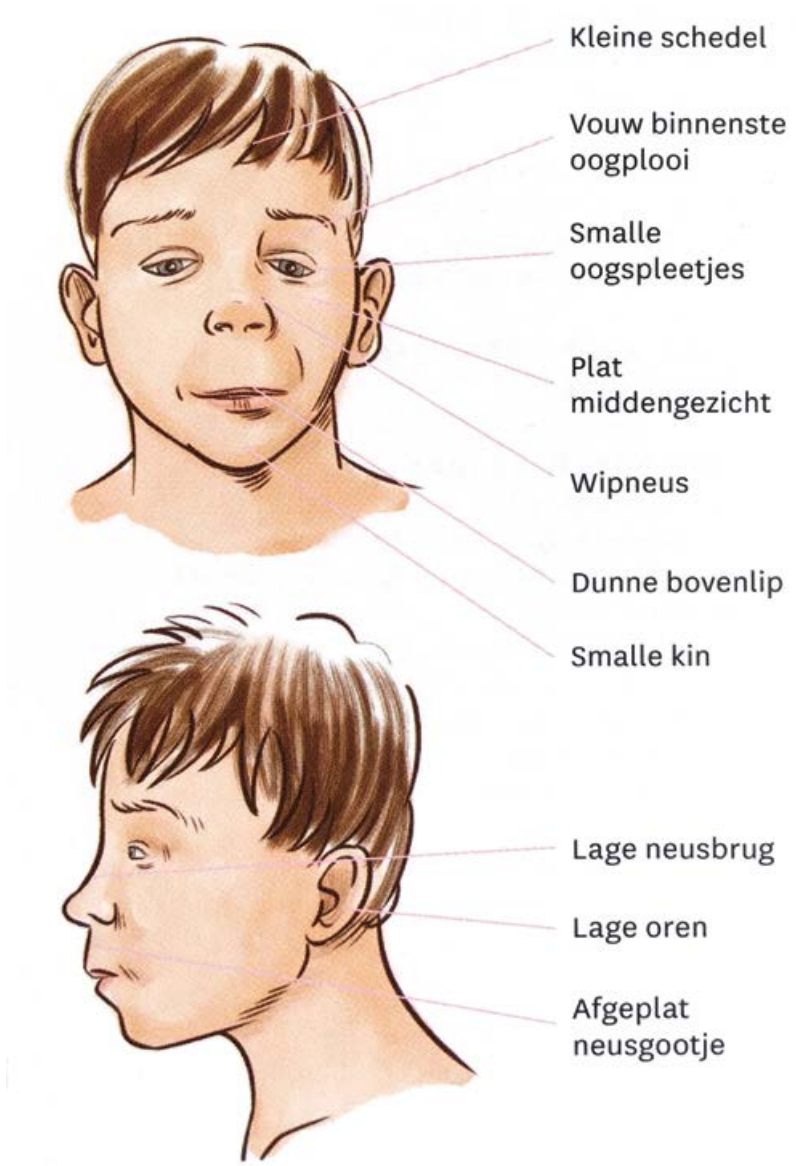
Figuur 1: FAS(D) als paraplubegrip [39]

Een informatief overzicht over FAS(D), vind je achteraan deze gids op fiche 5 'Foetaal alcohol spectrum stoornis (FASD)'.

Een ernstige vorm wordt aangeduid met de diagnose FAS of het foetaal alcohol syndroom en vereist de aanwezigheid van volgende vier kenmerken [22, 39, 40, 41]:

1. Maternaal alcoholgebruik
2. Gezichtskenmerken zoals een kleine schedel, smalle oogspleten, een epicanthusplooi (i.e. een vouw in de binnenste oogplooi), een plat middengezicht, een wipneus, een lage neusbrug, een afgeplat philtrum (i.e. neusgootje), een dunne bovenlip, een smalle kin en laag ingeplante oren

Figuur 2: Gezichtskenmerken van FAS [19]



3. Vertraagde groei en een laag geboortegewicht
4. Neurologische kenmerken zoals een slechte zuigreflex, slechte spiercoördinatie, overgevoeligheid aan licht, geluid en andere stimuli en cognitieve/gedragsmatige problemen op latere leeftijd

1.7 Risico's tijdens de borstvoeding

Alcoholblootstelling via de borstvoeding kan een negatief effect uitoefenen op de ontwikkeling van het kind en moet vermeden worden.

FEIT

Alcohol komt via de moedermelk – waarin de alcoholconcentratie gelijk is aan deze in het bloed van de moeder – bij het kind terecht. Bij de zuigeling is de concentratie alcohol in het bloed wel lager omdat de alcohol zich via de moedermelk over het hele lichaam van het kind verspreidt. Omdat de lever van de baby nog niet volledig ontwikkeld is na de geboorte, verloopt de afbraak van alcohol trager. De alcohol blijft dus alsnog langer aanwezig in het lichaam van het kind en kan op deze manier schade aanrichten [19, 20, 42, 43, 44].

De aanwezigheid van alcohol in het bloed van de moeder kan bovendien de toeschietreflex[7] verstoren doordat een hoge ethanolspiegel in het bloed voorkomt dat er oxytocine vrijkomt.[8] Hierdoor kan de zuigeling minder drinken. Omwille van deze reden – samen met de alcoholblootstelling op zich – kan het waak-slaappatroon van het kind verstoord worden [45, 46]. Daarnaast zijn er indicaties dat vanaf één standaardglas alcohol de melkproductie kan dalen tot 23% [44, 47]. Bovendien leidt alcohol – zelfs in lage concentraties – tot een lager bewustzijn bij het kind, wat het risico op wiegendood verhoogt [48, 49].

Onderzoek toont aan dat alcoholgebruik tijdens de borstvoeding ook negatieve effecten kan hebben op de ontwikkeling van het kind, waaronder het gewicht en de neurologische ontwikkeling [45]. Daarnaast is **bingedrinken absoluut te vermijden** wanneer de vrouw borstvoeding geeft omdat dit immers geassocieerd is met FAS(D), ongeacht of de moeder reeds alcohol dronk tijdens de zwangerschap [45]. Er is bovendien geen wetenschappelijke evidentie voor de fabel dat alcohol – in het bijzonder het bezinksel van bruin bier – de melkproductie zou stimuleren [20].

1.8 Voor je aan de slag gaat

Hulpverleners spelen een essentiële rol bij de ondersteuning van vrouwen in het nemen van de meest veilige en gezonde beslissing, zowel voor de vrouw zelf als voor haar kind.

FEIT

De meeste zwangere vrouwen zijn bereid om te stoppen met drinken. De belangrijkste motivatie hierbij is de gezondheid van hun kind. Zwangere vrouwen weten doorgaans dat alcohol drinken tijdens de zwangerschap niet gezond is, maar beschikken over weinig precieze informatie en zijn vaak niet op de hoogte van de risico's. Vrouwen nemen zélf de beslissing of ze alcohol drinken tijdens de zwangerschap of niet, maar deze beslissing dient wel goed geïnformeerd te zijn.

Als hulpverlener kan je zodoende in belangrijke mate bijdragen tot de preventie van negatieve gezondheidseffecten bij zwangere vrouwen en hun kinderen, waaronder FAS(D). **Wijs vrouwen dus op de risico's, hoe ze deze kunnen vermijden en herhaal deze boodschap regelmatig**. Verder in deze gids volgt informatie en praktische tips over hoe je concreet met dit thema aan de slag kan gaan.

[7] De toeschietreflex is een reactie die gestimuleerd wordt door het ritmisch zuigen van de baby aan de zenuwuiteinden van de tepel. Hierdoor trekken de melkklieren samen waardoor de melk vanuit de melkklieren in de melkkanalen gestuwd wordt en begint te stromen.
[8] Oxytocine is een hormoon dat zorgt voor het toeschieten van de melk (toeschietreflex).

2.

Communicatie, screening en interventie

Het vorige hoofdstuk besprak de risico's voor de ontwikkeling van het kind bij alcoholgebruik voor, tijdens en na de zwangerschap. Op de hoogte zijn van deze risico's en het wetenschappelijk ondersteund advies, is een eerste cruciale stap voor de zorgverlener. Vervolgens is het belangrijk dat je als zorgverlener communiceert over dit complexe thema, naast de andere onderwerpen die aan bod komen. Zowel het bevragen van alcoholgebruik als het interveniëren en het daarbij aannemen van een goede basishouding, zijn essentieel in de begeleiding van zwangere vrouwen of vrouwen met een zwangerschapswens.
In dit hoofdstuk vind je praktische informatie en instrumenten over

2.1 Communicatie en vertrouwen opbouwen

2.2 Screening

2.3 Interventie

2.1 Communicatie en vertrouwen opbouwen

Ook al beschik je over de wetenschappelijke informatie over de risico's van alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap, als zorgverlener dien je nog steeds een gepast moment en correcte manier te vinden om dit onderwerp te benaderen in de praktijk.
Onderstaande adviezen kunnen je ondersteunen:

ADVIEZEN

1] Bevraag alcoholgebruik niet in het begin van het consult, maar laat de vrouw en haar partner eerst even "wennen" aan jou als hulpverlener.

2] Bevraag alcoholgebruik samen met andere levensstijlgewoonten en integreer informatie over de risico's van alcohol in bredere adviezen over een gezonde levensstijl.

3] Geef informatie over alcoholgebruik en de mogelijke risico's op een neutrale en empatische manier.

4] Bevraag alcoholgebruik proactief bij ALLE vrouwen.

5] Herhaal de vraag naar alcoholgebruik op meerdere momenten tijdens de zwangerschap en de borstvoedingsperiode.

6] Vraag door over alcoholgebruik en stop niet bij "drink je soms alcohol?".

7] Tracht bij vrouwen die alcohol drinken op een motiverende manier te komen tot gedragsverandering, niet op een culpabiliserende manier. Gebruik hiervoor gesprekstechnieken volgens "FRAMES".[9]

8] Betrek de omgeving van de vrouw bij het gesprek.

9] Bouw een visie uit met je team en zorg in je organisatie voor een uniforme aanpak.

[9] Deze houding wordt verder toegelicht op p. 19.

ADVIES

1] Bevraag alcoholgebruik niet in het begin van het consult, maar laat de vrouw en haar partner eerst even "wennen" aan jou als hulpverlener.

Aangezien het gebruik van alcohol voor veel zorgverleners een moeilijk thema blijft om aan te kaarten en te bespreken, kan het misschien gemakkelijker zijn om niet meteen met de deur in huis te vallen. Start bijvoorbeeld door eerst algemeen de levensstijl van de vrouw te bespreken of te peilen naar vragen die ze heeft bij haar zwangerschap en de ontwikkeling van haar kind.

ADVIES

2] Bevraag alcoholgebruik samen met andere levensstijlgewoonten en integreer informatie over de risico's van alcohol in bredere adviezen over een gezonde levensstijl.

Vrouwen met een zwangerschapswens, zwangere vrouwen en moeders staan er doorgaans voor open om hun alcoholgebruik te bespreken én aan te passen als onderdeel van een gezonde levensstijl ten voordele van een goede ontwikkeling van hun kind [2, 17]. Zo kan je een bevraging naar het alcoholgebruik van de vrouw integreren in een gesprek over het gebruik van tabak, medicatie, bepaalde voeding, toxoplasmose of in andere vragen die deel uitmaken van de anamnese.

Het is nuttig om dit onderwerp tijdens een preconceptionele consultatie te bespreken met vrouwen of koppels die zwanger willen worden. Ook tijdens een advies over anticonceptie-methoden kan je vrouwen informeren over dit thema zodat zij reeds geïnformeerd zijn wanneer ze ooit zwanger willen worden. Op die manier kunnen vrouwen bewust gemaakt worden van het belang om anticonceptie correct te gebruiken om alcoholblootstelling tijdens een ongeplande zwangerschap te vermijden [15, 42, 43, 50]. Ook na de bevalling en de borstvoeding is het belangrijk het alcoholgebruik opnieuw met de vrouw te bespreken om zo reeds in te spelen op mogelijke toekomstige zwangerschappen. **Het is nooit te vroeg om dit thema ter sprake te brengen.**

ADVIES

3] Geef informatie over alcoholgebruik en de mogelijke risico's op een neutrale en empatische manier.

Wees steeds duidelijk wanneer je het alcoholgebruik met de vrouw bespreekt. Vrouwen worden immers geconfronteerd met verschillende – soms tegenstrijdige – informatie over alcohol tijdens de zwangerschap, de borstvoeding en de risico's die eraan verbonden zijn [2, 3, 4]. Dit creëert verwarring waardoor aanbevolen wordt om een eenduidige boodschap te verspreiden: "drink geen alcohol tijdens de zwangerschap of wanneer je zwanger wil worden". **Met een duidelijke en uniforme boodschap, kan je vrouwen ondersteunen om een gezonde en geïnformeerde keuze te maken** [4, 15, 43].

In onderstaande kader kan je voorbeelden vinden van aan te raden versus af te raden communicatie van de hulpverlener. De verschillende reacties kunnen een open gesprek bevorderen of nét belemmeren.

IN DE PRAKTIJK

Houding van de vrouw	DO'S Antwoorden van de zorgverlener	DONT'S Antwoorden van de zorgverlener
Ik denk niet dat ik te veel alcohol drink.	Je denk dat je niet te veel drinkt. Wat betekent dit voor jou wanneer we het in aantal standaardglazen zouden bekijken?	De manier waarop je in je situatie met alcohol omgaat kan zware schadelijke gevolgen hebben voor je kind. (veroordelend, beschuldigend)
Ik zou niet weten hoeveel ik drink... misschien twee à drie keer per maand.	Ik merk dat het moeilijk is voor je om hierover te praten, waarom ben je terughoudend hierover?	Als je het al niet tegen mij kan zeggen als arts, wat zou dat betekenen denk je? (ongeloof)
Ik ben bang te zeggen hoeveel ik drink.	Ben je bang dat we misschien gaan twijfelen aan je capaciteiten als moeder omdat je drinkt? We weten dat het geen gemakkelijke situatie is om - eens je zwanger bent - van de ene op de andere dag te stoppen met drinken.	Het staat vast dat er risico's aan verbonden zijn. Als je zelfs niet weet dat je moet stoppen met drinken tijdens de zwangerschap, denk ik niet dat je het als moeder ook zo goed zal doen. (veroordelend, beschuldigend)
Ik weet niet goed hoeveel ik precies drink.	Oké, hoeveel heb je bijvoorbeeld de voorbije week gedronken dan?	Tja, is het één glas of zeven glazen? (gesloten vraag waarop de vrouw kan toeklappen)
Ik heb niets meer gedronken sinds ik weet dat ik zwanger ben.	Je drinkt niet, dit is een goede keuze voor je kind. Zou je ook geen alcohol drinken tijdens speciale gelegenheden denk je?	Dat is heel goed, het is belangrijk om niet te drinken. (geen verdere bevraging naar speciale gelegen-heden en geen verdere informatie)

ADVIES

4] Bevraag alcoholgebruik proactief bij ALLE vrouwen.

Door alcoholgebruik met alle vrouwen te bespreken, verklein je het taboe alsook de 'veroordelende' connotatie die het bij sommige vrouwen – die de vraag als een "verdenking van alcoholgebruik" kunnen zien – kan oproepen. Beperk je verder ook niet tot het bevragen van vrouwen waarvan je als zorgverlener een vermoeden hebt dat ze alcohol gebruiken. Dit is namelijk moeilijk correct in te schatten. Een **universele aanpak** zorgt ervoor dat je iedereen bereikt en het stigma verkleint [15, 42, 43, 52, 53, 54].

Het is aangewezen om als zorgverlener dit onderwerp zélf aan te snijden. Vrouwen hebben vaak vragen over alcoholgebruik en voelen zich meer comfortabel wanneer de zorgverlener zelf dit onderwerp aansnijdt. Niet elke vrouw durft bovendien zelf de vraag te stellen of denkt er aan om dit te doen [2, 55]. Door proactief alcoholgebruik te bevragen en advies te geven, bereik je bovendien ook vrouwen die zich minder bewust zijn van hun eigen alcoholgebruik en de verschillende risico's die daaraan verbonden zijn [52]. Door simpelweg het alcoholgebruik te bevragen, vergroot je al het bewustzijn van de vrouw en kan er een spontane gedragsverandering optreden [56].

ADVIES

5] Herhaal de vraag naar alcoholgebruik op meerdere momenten tijdens de zwangerschap en de borstvoedingsperiode.

Het is nuttig om het alcoholgebruik te bespreken tijdens de eerste consultatie, maar dit ook te herhalen tijdens daaropvolgende afspraken. Het kan namelijk zo zijn dat de vrouw niet klaar is om openlijk haar alcoholgebruik te bespreken tijdens de eerste consultatie maar hier wel voor open staat tijdens de verdere begeleiding. Omwille van deze reden is het belangrijk om het alcoholgebruik van de vrouw herhaaldelijk te bevragen [43, 51].

ADVIES

6] Vraag door over alcoholgebruik en stop niet bij "drink je soms alcohol?".

Wanneer je het alcoholgebruik van de vrouw tijdens de zwangerschap bevraagt buiten de context van een gezonde levensstijl, kan dit als stigmatiserend overkomen. Bij de bevolking is het doorgaans geweten dat véél drinken tijdens de zwangerschap ongezond en risicovol is terwijl de aanbeveling van geen alcohol tijdens de zwangerschap meer betwijfeld wordt of zelfs niet gekend is. Daarom is het nuttig om grondig te werk te gaan en bij de vrouw ook het alcoholgebruik voor (en losstaand van) de zwangerschap te bevragen, alsook het alcoholgebruik van haar omgeving met speciale aandacht voor de partner.

Hierbij kan je fiche 6
'Wat is een standaardglas alcohol?'
gebruiken om de vrouw een overzicht
te geven van wat een standaardglas
alcohol inhoudt.

IN DE PRAKTIJK

Onderstaand vind je enkele voorbeelden van vragen die je kan stellen:

- Hoeveel alcohol dronk je gewoonlijk voor de zwangerschap (wijn, bier, aperitieven, …)? Deze vraag kan ook aan de partner gesteld worden.
- Is je alcoholgebruik gewijzigd zodra je op de hoogte was van je zwangerschap?
- Wil je iets veranderen aan je alcoholgebruik nu je zwanger wil worden/zwanger bent/borstvoeding geeft?
- Welke plaats heeft alcohol in je leven?
- Wat denk je over alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en de borstvoeding?
- Welke invloed denk je dat alcohol kan hebben op de baby?
- Is het al voorgevallen dat vrienden, familie of andere gezondheidswerkers zich zorgen maakten over je alcoholgebruik?
- Na hoeveel standaardglazen alcohol voel je een effect?
- Heb je er ooit al nood aan gehad om 's ochtends alcohol te drinken om je goed te voelen?
- Ken je alcoholvrije alternatieven?

Deze voorbeeldvragen kan je stellen op elk moment van de consultatie, afhankelijk van het verloop van het gesprek met de vrouw en haar eventuele partner. Verder in deze gids kan je de AUDIT-C en AUDIT vinden, waarmee je op een grondige en gevalideerde wijze het alcoholgebruik van de vrouw kan nagaan. Toch kunnen deze vragen nuttig zijn om de bevraging in te leiden of om in te spelen op de reacties van de vrouw en haar eventuele partner.

ADVIES

7] Tracht bij vrouwen die alcohol drinken op een motiverende manier te komen tot gedragsverandering, niet op een culpabiliserende manier. Gebruik hiervoor gesprekstechnieken volgens "FRAMES".

Het geven van advies blijkt niet altijd evident te zijn voor zorgverleners, voornamelijk wanneer de vrouw daadwerkelijk alcohol gebruikt tijdens de zwangerschap. Een hulpmiddel om het gesprek en je advies op te baseren is FRAMES.

F	R	A	M	E	S
FEEDBACK	RESPONSIBILITY	ADVICE	MENU	EMPATHIE	SELF-EFFICACY
geef de vrouw feedback over haar alcoholgebruik en de risico's	benadruk dat de vrouw verantwoordelijk is voor haar eigen keuzes, zij beslist	formuleer een duidelijk advies over het alcoholgebruik	geef de vrouw een aantal keuze-mogelijkheden, ondersteun haar	neem een empathische, niet-veroordelende houding aan	verhoog het zelfvertrouwen van de vrouw

Ter illustratie volgt een casus waarin aan de hand van het **FRAMES-principe** advies wordt gegeven aan de vrouw:

Hulpverlener (H) **Vrouw (V)**

IN DE PRAKTIJK

Drink je alcohol?

Ja, af en toe.

Er wordt momenteel aanbevolen om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap. Wist je dat?

Neen, dat wist ik niet… ik dacht dat wanneer je niet overdreef, het ook geen kwaad kon.

Eigenlijk zijn we niet op de hoogte van een veilige dosis zonder risico's. Om deze reden is het de meest veilige optie om geen alcohol te drinken, zowel voor je kind als voor jou. Je zou je gebruik nu al best aanpassen. Wat denk je hiervan?

Ik denk dat dit op zich een goed idee is, maar ik weet dat ik het moeilijk zal hebben om een glas te weigeren op restaurant.

Dat begrijp ik, het is ook niet evident. Wat zou je kunnen helpen om het te kunnen weigeren?

Naar een restaurant gaan dat non-alcoholische alternatieven aanbiedt ofzo?

Dat is inderdaad een goed idee, en wat doe je bijvoorbeeld thuis om geen alcohol te drinken?

Het FRAMES-principe

- Vergelijk de alcoholconsumptie van de vrouw met de gewenste onthouding (**F**eedback).
- Geef aan dat het de vrouw zelf is die voor de verandering kan zorgen (**R**esponsibility).
- Leg uit waarom alcohol drinken tijdens de zwangerschap riskant is en licht de risico's voor het kind toe. Adviseer om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap (**A**dvice).
- Bespreek situaties en triggers die een invloed hebben op het alcoholgebruik van de vrouw en bespreek hoe de vrouw hier anders mee zou kunnen omgaan (**M**enu). Een aanbod van alcoholvrije alternatieven – zoals vruchtensappen, alcoholvrije cocktails, theesoorten (zonder cafeïne), wijn of bier zonder alcohol – is voor de vrouw een leukere manier om alcohol te vermijden. Recepten van alcoholvrije cocktails – ook bekend als mocktails – kan je op het internet vinden. Verwijs de vrouw door naar www.tourneeminerale.be voor lekkere alcoholvrije alternatieven.
- Ga samen met de vrouw na in welke context ze alcohol gebruikt en wees empathisch (**E**mpathie).
- Benadruk positieve aspecten en zaken die de vrouw ondernomen heeft en vraag hoe ze deze dingen gedaan heeft (**S**elf-efficacy).

ADVIES

8] Betrek de omgeving van de vrouw bij het gesprek.

Wanneer zwangere vrouwen hun alcoholgebruik willen stopzetten of verminderen, is het belangrijk dat ze hiervoor ondersteund worden vanuit hun sociale omgeving **en voornamelijk door hun eventuele partner** [50, 57, 58]. Wanneer een zwangere vrouw aangemoedigd wordt door haar partner, is er een grotere kans dat ze zal stoppen met alcohol te drinken tijdens de zwangerschap en borstvoeding. Indien de partner of andere naasten ook aanwezig zijn tijdens de consultatie, kan je ook hen informeren over de risico's verbonden aan alcohol tijdens de zwangerschap [57].

Hoe meer personen ervan overtuigd zijn dat de meest veilige optie erin bestaat om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap, hoe groter de kans dat de vrouw zelf geen alcohol zal drinken. Bovendien is de informatieverspreiding effectiever wanneer de partner hier ook actief in betrokken wordt [3, 50, 57, 58].

ADVIES

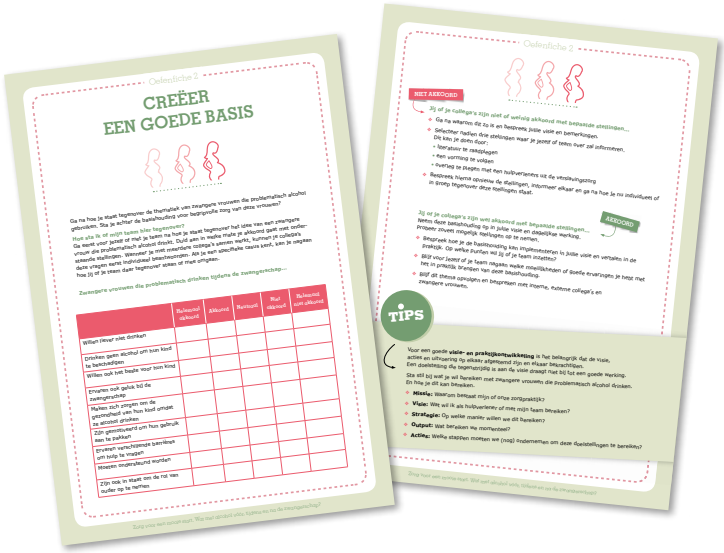
9] Bouw een visie uit met je team en zorg in je organisatie voor een uniforme aanpak.

Probeer ook binnen je eigen organisatie in te zetten op een sensibilisatie omtrent dit thema. Bekijk met je collega's in je team, praktijk of organisatie hoe zij staan tegenover alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en de borstvoeding en integreer dit thema in jullie dagelijkse werking. Andere zorgverleners – huisartsen, gynaecologen, vroedvrouwen en pediaters – kunnen eveneens in contact komen met deze doelgroep of over relevante informatie beschikken. Het kan interessant zijn om je netwerk uit te bouwen en ook hen te contacteren. Meer informatie hieromtrent kan je vinden in hoofdstuk 3.

TIPS

Bijkomend advies:

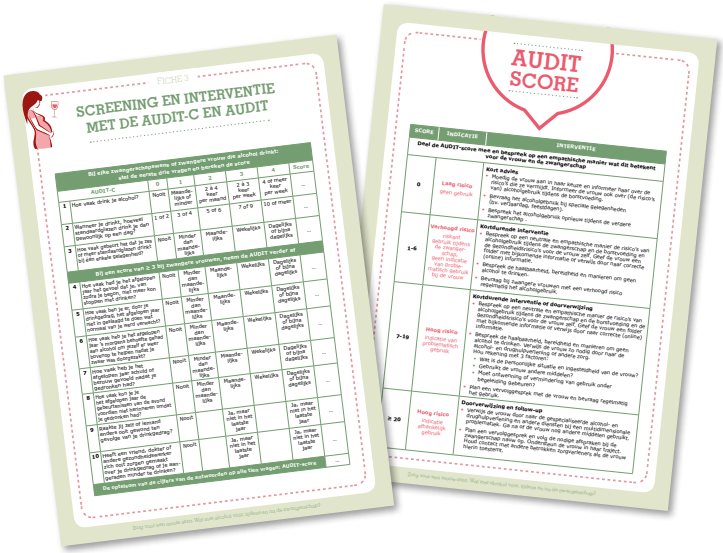
- Indien je organisatie, team of praktijk algemene infosessies organiseert voor zwangere vrouwen, bouw de informatie over de risico's van alcohol tijdens de zwangerschap en borstvoeding dan in als onderdeel van deze infosessie.
- In de doorverwijsgids kan je informatie terugvinden, evenals in de bronnenlijst van deze gids.
- In bijlage kan je oefenfiche 2 vinden waarmee je – alleen of in team – kan nadenken over jullie visie omtrent alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap.



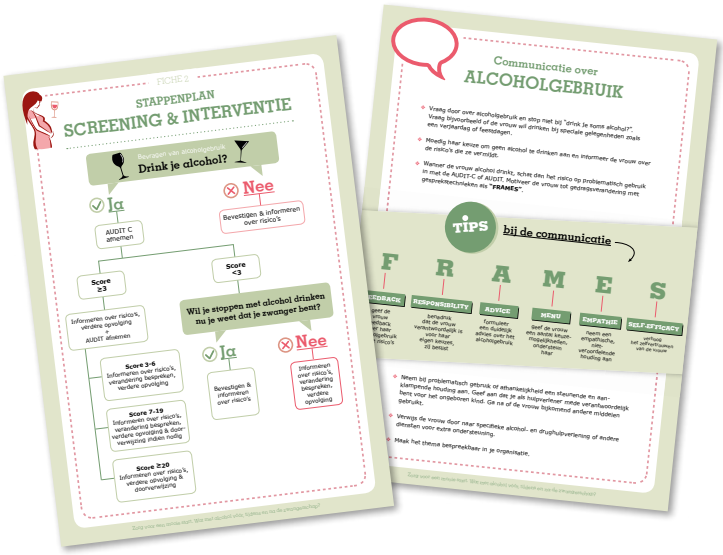
2.2 Screening

Zoals hierboven beschreven, is het mogelijk om op een empathische en grondige manier een gesprek met de vrouw en haar eventuele partner te hebben waarin alcoholgebruik aangekaart wordt. Om een adequaat onderscheid te maken tussen riskant of problematisch gebruik – en op deze manier een beter zicht te krijgen op de risico's voor moeder en kind – is het belangrijk om een verdere screening af te nemen indien de vrouw aangeeft alcohol te drinken. **De AUDIT-C en AUDIT worden aanbevolen als screeningsinstrumenten.**

Je kan de AUDIT-C en AUDIT, alsook de indicaties van alcoholgebruik op basis van de scores én aanbevolen interventies, terugvinden op fiche 3 'Screening en interventie met de AUDIT-C en AUDIT'.



Fiche 2 'Stappenplan screening en interventie' helpt je bij het gesprek over alcohol.



Als zorgverlener kan het gebruik van een screeningsinstrument mogelijks als 'artificieel' aanvoelen tegenover een bevraging naar het alcoholgebruik vanuit de 'losse pols'. Op basis van wetenschappelijke evidentie wordt echter wél aanbevolen om met een gestandaardiseerd instrument te werken omdat de screening meer waarheidsgetrouw wordt [67].

De **AUDIT** is een screeningsinstrument dat een indicatie geeft van het alcoholgebruik bij een individu en ontwikkeld werd door de WHO [59]. De AUDIT bestaat uit tien items en bevraagt zowel het kwantitatief alcoholgebruik als de persoonlijke ervaring van de gebruiker.

De AUDIT-C en AUDIT zijn gevalideerde instrumenten om alcoholgebruik in te schatten bij zowel mannen als vrouwen en kennen een wijdverspreide toepassing [15, 52, 61, 62, 63, 64]. Zowel de AUDIT als de AUDIT-C zijn geen diagnostische instrumenten, maar dienen ter ondersteuning van de risicoschatting en verdere interventie van de zorgverlener. Daarenboven zijn dit geen instrumenten die specifiek ontwikkeld werden voor de screening bij zwangere vrouwen. Via een afname van de AUDIT, kan je een inschatting maken van diverse vormen van alcoholgebruik:[10]

- Niet-problematisch gebruik wijst op gematigd en verantwoord drinken.
- Riskant gebruik duidt aan dat er een verhoogd risico is op schadelijke gevolgen of dat men alcohol gebruikt in een risicovolle situatie (bijv. het verkeer).
- Problematisch gebruik wordt gekenmerkt door het samen optreden van andere problemen op fysiek, psychologisch en sociaal vlak die gepaard gaan met alcoholgebruik. Problematisch gebruik kan evolueren naar afhankelijkheid.
- Afhankelijkheid wordt gezien als het voorkomen van psychologische, gedragsmatige en cognitieve aspecten die gepaard gaan met regelmatig alcoholgebruik. Enkele kenmerkende zaken zijn het sterk verlangen (craving) naar alcohol, controleverlies over het gebruik en de onmogelijkheid om andere verantwoordelijkheden na te komen of ontwenningsverschijnselen wanneer men geen alcohol consumeert.

Een verkorte versie van dit instrument staat bekend als de **AUDIT-C**, waarbij enkel de eerste drie vragen gesteld worden die peilen naar de kwantiteit van het alcoholgebruik. Vaak wordt de AUDIT-C als eerste instrument aangewend om op basis daarvan via een getrapt systeem af te wegen of het wenselijk is om de gehele AUDIT af te nemen [60].

Afhankelijk van het geslacht en de leeftijd, hanteert de AUDIT-C een cut-off score op basis waarvan het aanbevolen is om de complete AUDIT af te nemen. De uiteindelijke score op de AUDIT kan vervolgens gelinkt worden aan een indicatie van een bepaalde – hierboven geschetste – vorm van gebruik. Voor verschillende groepen – zoals zwangere vrouwen – wordt de validiteit van het instrument beter nagestreefd door specifieke cut-off waarden te hanteren. Op basis van onderzoek, wordt aanbevolen om bij de groep van zwangere vrouwen bij de AUDIT-C een cut-off van ≥ 3 te hanteren om de verdere AUDIT af te nemen [61].

[10] De risico-indicaties bij verschillende vormen van alcoholgebruik zijn niet gespecifieerd naar gebruik tijdens de zwangerschap of borstvoeding.

2.3 Interventie

Na het gesprek over alcohol of de screening volgt een interventie. Deze is afhankelijk van het antwoord van de vrouw op de vraag: 'Drink je alcohol?'.

Er zijn drie opties:

A. De vrouw drinkt geen alcohol.

B. De vrouw drinkt geen alcohol meer, maar heeft wel alcohol gedronken vóór ze zich bewust was van de zwangerschap.

C. De vrouw drinkt momenteel alcohol tijdens de zwangerschap of borstvoeding.

A. De vrouw drinkt geen alcohol

Indien de vrouw geen alcohol drinkt, kan je haar keuze aanmoedigen en haar informeren over de risico's die ze zodoende vermijdt tijdens de zwangerschap en borstvoeding. Indien de vrouw bovendien geen eerlijk antwoord op deze vraag geeft, verstrek je op deze wijze nog steeds deze belangrijke informatie. Onderstaand vind je een voorbeeld:

IN DE PRAKTIJK

"Je doet er goed aan om geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap. Uit onderzoek komt immers naar voor dat alcohol drinken tijdens de zwangerschap verschillende risico's inhoudt voor de ontwikkeling van de baby zoals een risico op groeiachterstand, fysieke afwijkingen, een negatieve impact op de hersenontwikkeling en FASD of FAS. Daarom raden we alle vrouwen aan om helemaal geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap en de borstvoeding. Denk je dat het voor jou haalbaar is om de ganse zwangerschap geen alcohol te drinken?"

B. De vrouw drinkt geen alcohol meer, maar heeft wel alcohol gedronken vóór ze zich bewust was van de zwangerschap

Indien er reeds prenatale alcoholblootstelling is geweest, is er steeds sprake van een risico op negatieve effecten op de ontwikkeling van het kind. Het is belangrijk om als zorgverlener deze informatie mee te delen aan de toekomstige ouder(s), maar onnodige paniek te vermijden. Daarom is het belangrijk om op een genuanceerde wijze de risico's te bespreken en de moeder hierin niet te beschuldigen. Onderstaand vind je een voorbeeld:

IN DE PRAKTIJK

"Het is mogelijk dat alcoholgebruik een impact heeft op je baby, maar het is onmogelijk te voorspellen óf er negatieve gevolgen zullen zijn, evenals op welk vlak en in welke mate. Houd er rekening mee dat het gaat om een risico en het niet noodzakelijk zo hoeft te zijn dat er negatieve gevolgen optreden. Je hebt alleszins een goede keuze gemaakt om te stoppen met drinken. Het is ook goed dat we weten dat er een risico is, dit kunnen we mee nemen in de verdere begeleiding van je zwangerschap en je kind, mocht dit nodig zijn."

C. De vrouw drinkt momenteel alcohol tijdens de zwangerschap of borstvoeding

Indien de vrouw alcohol drinkt, is het belangrijk een beeld te krijgen van de frequentie en hoeveelheid van haar alcoholgebruik. Op deze manier kan je een onderscheid maken tussen vrouwen die 'af en toe' iets drinken en kunnen stoppen en vrouwen bij wie er sprake is van problematisch alcoholgebruik waarvoor er bijkomende ondersteuning nodig kan zijn.

Het is essentieel dat je nagaat of de vrouw al dan niet de intentie heeft om verder te stoppen met drinken tijdens de verdere zwangerschap. Indien de vrouw dit niet wenst, is het belangrijk om het alcoholgebruik van de vrouw in kaart te brengen via de aangereikte screeningsinstrumenten én haar te informeren over de risico's van haar gebruik tijdens de zwangerschap.

Wanneer de vrouw ervoor kiest om borstvoeding te geven, is het eveneens cruciaal om informatie en concreet advies te geven. De meest veilige optie is om ook tijdens de borstvoeding geen alcohol te drinken. Indien de vrouw toch iets wil drinken tijdens deze periode, geef dan het advies dat je kan terugvinden op fiche 4 'Alcoholgebruik tijdens de borstvoeding'.

TIPS

Bijkomend advies:

- Indien de vrouw alcohol drinkt tijdens de zwangerschap, bevraag dan ook of ze andere drugs gebruikt. Er is immers vaak sprake van het gebruik van meerdere middelen, voornamelijk bij problematisch alcoholgebruik. Nuttige informatie over de doorverwijzing naar de alcohol- en drughulpverlening vind je in hoofdstuk 3 van deze gids.
- Daarnaast is het aangewezen om ook de eventuele partner kort te bevragen over diens alcoholgebruik:
  - Wat is jouw mening over alcohol drinken tijdens de zwangerschap? Wat zou je ervan vinden mocht je vriendin/vrouw stoppen?
  - Ben je op de hoogte van de risico's?
  - Heb je zelf ook je gebruik aangepast?
  - Hoe zou je jouw vriendin/vrouw kunnen helpen om gedurende de zwangerschap geen alcohol te drinken?

3.

Begeleiding en doorverwijzing van vrouwen die problematisch drinken

De screeningsinstrumenten en praktische tips uit het tweede hoofdstuk van deze gids, kunnen je als hulpverlener ondersteunen in de beslissing of een zwangere vrouw al dan niet doorverwezen moet worden naar de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening. Evenwel kan je bij de doorverwijzing stuiten op lange wachttijden, hoge kosten voor de cliënt of regionale tekorten in de hulpverlening. Verder kan de vrouw niet bereid zijn om beroep te doen op gespecialiseerde zorg of is het voor de vrouw niet altijd mogelijk om haar gebruik te stoppen [65].

Daarom is het van belang dat jij als huisarts, gynaecoloog of vroedvrouw steeds betrokken blijft in de ondersteuning en opvolging van de zwangere vrouw [42]. In dit hoofdstuk bieden we een aantal handvaten die je hierbij kunnen helpen:

3.1 Een empathische communicatie en hulpverlening is essentieel

3.2 Begeleiding en doorverwijzing

3.3 Begeleiding van kinderen met FAS(D)

3.4 Wat kan je nog doen als zorgverlener?

3.5 Naar waar verwijs ik door?

Alvorens over te gaan naar de concrete adviezen in verband met de begeleiding en doorverwijzing, is het essentieel om dieper in te gaan op het belang van een empathische houding en de redenen hiervoor.

3.1 Een empathische communicatie en hulpverlening is essentieel

Indien er sprake is van problematisch alcoholgebruik, kan het gebruik gepaard gaan met verschillende problemen zoals psychologische en fysieke klachten, financiële hindernissen, slechte leefomstandigheden, familiale problemen, traumatische ervaringen en geringe sociale steun. Deze moeilijkheden kunnen vooraf gegaan zijn aan óf net ontstaan zijn tijdens en/of door het alcoholgebruik [15, 65, 63, 66]. Bestaande noden kunnen niet los gezien worden van de alcoholproblematiek en maken de situatie des te complexer.

Oefenfiche 1,
achteraan deze gids,
helpt je de context van de vrouw
in kaart te brengen.

Problematisch alcoholgebruik kan evolueren naar afhankelijkheid [18, 67]. In dit geval kan er sprake zijn van fysieke afhankelijkheid waardoor de vrouw steeds meer alcohol moet gebruiken om nog een effect te voelen. Indien ze het gebruik stopt, treden er ontwenningsverschijnselen op. Geestelijk uit deze afhankelijkheid zich in een sterke drang of craving om te gebruiken [68, 69]. Afhankelijkheid kan eveneens leiden tot problemen bij het nakomen van verplichtingen in het gezin of op het werk en een gebrek aan sociaal contact. Alcoholafhankelijkheid is een complex probleem dat bepaalde hersenfuncties en biologische processen beïnvloedt [70]. Stoppen met drinken is een moeilijk en veeleisend proces waarin terugval vaak voorkomt [18].

Zwangere vrouwen die problematisch drinken, hebben daarenboven vaak bijkomende zorgen om de gezondheid van hun ongeboren kind en hun toekomstige rol als ouder [65]. Deze vrouwen ervaren barrières om hulp te zoeken en vrezen op onbegrip te stuiten [42]. Vaak komen ze maar in het laatste trimester van de zwangerschap in contact met een hulpverlener [66]. Daarnaast betreft het veelal een meer risicovolle zwangerschap omdat problematisch alcoholgebruik gepaard kan gaan met andere mentale en fysieke problemen zoals leverpathologie. **Een laagdrempelige en niet-veroordelende zorg is voor deze vrouwen dan ook essentieel [15, 65, 42].**

Marie

Marie drinkt dagelijks alcohol – vaak in grote hoeveelheden – en heeft zopas ontdekt dat ze al vier maanden zwanger is. Dit nieuws overweldigt haar met gevoelens van onzekerheid en angst. Ze vreest dat haar gebruik schade toegebracht heeft aan haar baby. Marie wil het beste voor haar kind en besluit te stoppen met drinken. Ze kan dit een dag volhouden waarna de eerste symptomen van ontwenning opduiken. Marie voelt zich zowel fysiek als mentaal slecht en ervaart een sterk verlangen om alcohol te drinken. Na opnieuw te gebruiken voelt Marie zich schuldig en vreest ze dat haar kind geplaatst zal worden. Ze durft niet naar een huisarts of gynaecoloog te gaan.

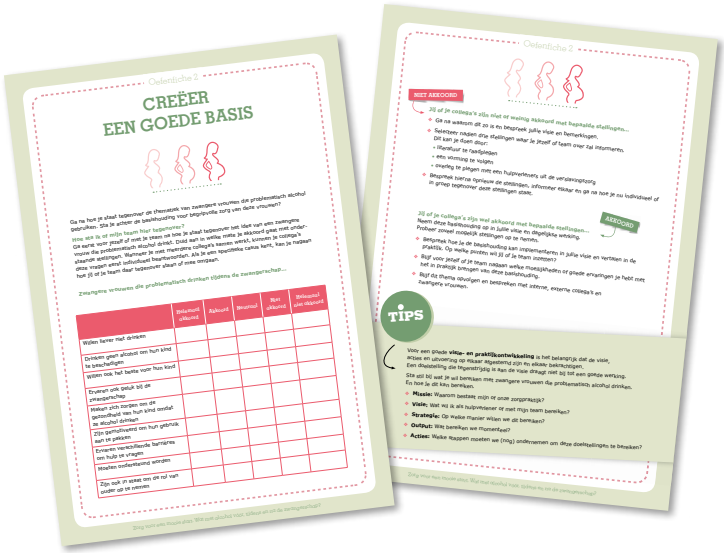
ADVIES

Neem steeds een begripvolle en positieve houding aan.

Als hulpverlener kan je veel betekenen voor zwangere vrouwen met een alcoholprobleem door een begripvolle en positieve houding aan te nemen [15]. Geef ook deze vrouwen kansen als ouder, heb begrip voor hun situatie en de barrières die zij ervaren om hulp te zoeken. Creëer een vertrouwensband, zeg hen wat goed loopt en focus op het gedrag en de motivatie van de vrouw om te veranderen. Zwangere vrouwen die problematisch drinken:

- Willen liever niet drinken.
- Drinken geen alcohol om hun kind te beschadigen.
- Willen ook het beste voor hun kind.
- Ervaren net zoals elke ouder gevoelens van geluk en onzekerheid, maar hebben daarnaast bijkomende zorgen zoals angst, schaamte en schuld.
- Kunnen de rol van ouder opnemen.

Achteraan in deze gids vind je de oefenfiche 'Creëer een goede basis' waarmee je als hulpverlener – alleen of samen met je team – een visie kan ontwikkelen omtrent deze thematiek.



ADVIES

Bespreek zowel positieve als negatieve emoties.

De negatieve emoties die drinkende zwangere vrouwen kunnen ervaren, blijven vaak aanwezig na de bevalling [42]. Heb hier als hulpverlener aandacht voor en normaliseer, waar nodig, deze gevoelens: "elke ouder voelt zich onzeker". Steun, informeer en bereid de vrouw en haar eventuele partner voor op de komst van het kind. Maak deze gevoelens bespreekbaar en vraag de vrouw tijdens elk gesprek hoe ze zich voelt en of ze worstelt met bepaalde onzekerheden of angsten.

IN DE PRAKTIJK

Volgende richtvragen kunnen je hierbij helpen:

- Hoe sta je er tegenover om binnenkort ouder te worden?
- Is er iets waar je bezorgd om bent als je denkt aan je zwangerschap en je baby?
- Begrijp je wat we net besproken hebben? Welke vragen heb je?
- Wat zou je kunnen helpen en wat kan ik hierin doen voor je?

3.2 Begeleiding en doorverwijzing

Onderstaande adviezen kunnen je ondersteunen bij de zorg die je zélf opneemt voor zwangere vrouwen met problematisch alcoholgebruik, alsook bij de doorverwijzing naar de gespecialiseerde alcoholhulpverlening.

ADVIES

Volg zelf de vrouw en de zwangerschap nauw op.

Volg de vrouw – haar eventuele partner – en de zwangerschap van nabij op. Zo beschik je sneller over indicaties voor problematisch gebruik en kan je vroegtijdig de gezondheidsrisico's voor moeder en kind proberen verkleinen door in te zetten op geen of minder gebruik [64, 71]. Monitor daarnaast het gebruik van de vrouw en moedig haar aan om haar gebruik bij te houden (bijvoorbeeld aan de hand van een dagboek). Benadruk dat het belangrijk is dit gebruik in kaart te brengen om de noden van de baby na de bevalling zo goed mogelijk in te schatten en de juiste zorg te kunnen bieden [15, 71].

Eens deze vrouwen zich aanmelden in de hulpverlening, is het belangrijk om **aanklampend** te werken [15, 65, 42]. Moedig daarom vrouwen aan om regelmatig langs te komen en geen afspraken te missen. Neem contact op met de vrouw, haar eventuele partner of haar sociale omgeving wanneer ze niet komt opdagen op een consultatie. Spreek ook met de vrouw af dat je dit zal doen wanneer deze situatie zich voordoet. Houd dit vol, ook indien deze aanpak niet meteen baat.

ADVIES

Maak plannen met de vrouw en haar omgeving.

Denk samen met de vrouw na over welke hulp ze nodig heeft en heb hierbij aandacht voor haar specifieke noden [42]. Indien de vrouw niet geholpen wil worden door een professionele hulpverlener, kan je inzetten op minder gebruik en een veiligere omgeving waarin het gebruik plaatsvindt. Samen met de vrouw of beide ouders kunnen er voorbereidingen getroffen worden in functie van de bevalling, een veilige leefomgeving voor het kind en kan er ingezet worden op het versterken van de ouderrol en het zelfvertrouwen [15, 65, 72].

IN DE PRAKTIJK

Volgende vragen kunnen je helpen bij het opmaken van een plan:

- Op welke manier is het voor jou haalbaar om minder te gebruiken?
- In welke situaties gebruik je alcohol en hoe kan je deze vermijden?
- Als je toch alcohol drinkt, op welke manier kan je minder drinken?
- Als je problemen hebt, waar kan je terecht? Bij welke hulpverleners zou je graag verder begeleiding volgen?
- Als je toch alcohol drinkt, welke voorzorgsmaatregelen zal je nemen bij de borstvoeding?
- Als je toch alcohol drinkt, hoe zorg je voor een veilige oplossing voor je kind?
- Hoe zie je de opvoeding van je kind en welke begeleiding wil je verder volgen?
- Wil je na de geboorte anticonceptie gebruiken en zo ja, welke anticonceptiemethode?

IN DE PRAKTIJK

Hierbij dient ook vermeld te worden dat de vrouw – eens ze wordt doorverwezen – bang kan zijn dat dit zal leiden tot het plaatsen van haar kind(eren). Afhankelijk van de verdere gezinssituatie, is de kans dat dit gebeurt niet onbestaande. Hierbij is het belangrijk om open, eerlijk en duidelijk te communiceren met de vrouw, maar haar – en eventueel haar partner – ook te motiveren om deze situatie te vermijden:

- "Ik ken nog mensen in dezelfde situatie als de jouwe, en ik weet van hen dat hun kindje werd weggehaald na de geboorte. Hoe kunnen we in jouw geval ervoor zorgen dat dit niet zal gebeuren?"
- "Welke diensten kunnen we inschakelen om je te ondersteunen en te begeleiden in het moederschap?"
- "Een kind krijgen brengt heel wat stress met zich mee. Je leven staat ineens helemaal overhoop, je moet 's nachts opstaan, je bent heel wat uren van de dag bezig met het verzorgen van je kindje, je krijgt veel bezoek,… Iedereen kijkt over je schouders mee, zoals Kind en Gezin of de huisarts. Als je dan gekend bent als iemand die veel alcohol drinkt, kunnen ze vanuit bezorgdheid een controlerende houding aannemen. Hoe is dit voor jou? Hoe kunnen we deze mensen geruststellen? Wat is daarvoor nodig?"

ADVIES

Verwijs door naar gespecialiseerde zorg.

Zwangere vrouwen met een alcoholafhankelijkheid die willen stoppen met drinken, moeten hun alcoholgebruik afbouwen onder begeleiding van een gespecialiseerde arts en in een omgeving waar zowel de moeder als het kind geobserveerd kunnen worden. **Een abrupte ontwenning van alcohol is immers risicovol voor de moeder en de foetus** [35, 52, 66]. Doorverwijzing naar de alcohol- en drughulpverlening is eveneens aanbevolen in functie van **hervalpreventie**.

Indien het voor de zwangere vrouw niet mogelijk is haar gebruik te stoppen, is het belangrijk om **schadebeperkend** te werken door een vermindering van het aantal alcoholische consumpties en gebruik in een veilige omgeving na te streven [64, 71]. Indien de vrouw geen gespecialiseerde hulp wenst, kan je als hulpverlener samen met de vrouw nadenken hoe ze deze doelstellingen kan bereiken.

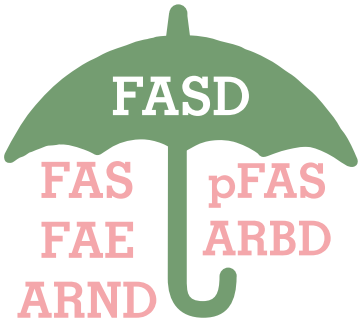
Ben je op zoek naar een specifiek hulpverleningsaanbod in je regio? Gebruik dan de online doorverwijsgids van VAD via **www.vad.be/doorverwijsgids** voor lokale adressen.

3.3 Begeleiding van kinderen met FAS(D)

Kinderen die tijdens de zwangerschap blootgesteld werden aan alcohol kunnen hiervan nadelen ondervinden en begeleiding nodig hebben. Ook de ouders, zowel biologische ouders als pleeg- of adoptieouders hebben vaak nood aan ondersteuning. Een vroege diagnose van het foetaal alcoholsyndroom (FAS) of van kenmerken van een foetaal alcohol spectrum stoornis (FASD), dragen bij tot een betere prognose. Met een vroege diagnose kunnen deze kinderen immers snel medisch en psychosociaal bijgestaan worden. Verder draagt inzicht in de situatie bij tot een groter begrip en kunnen de noden van kinderen en hun ouders beter in kaart gebracht worden.

Pasgeborenen die tijdens de zwangerschap blootgesteld werden aan alcohol, kunnen **ontwenningsverschijnselen** (bv. tremor, diarree, onophoudelijk huilen, reflux, extreme temperatuurschommelingen of zweten, ernstige dehydratatie) hebben. Monitoring op een neonatale eenheid en een niet-medicamenteuze ondersteuning van de baby (bv. inbakeren, vermijden van fel licht en geluid, frequent voeden in kleinere hoeveelheden) kan nodig zijn [65, 80].

Zoals in het eerste hoofdstuk van deze gids reeds aan bod kwam, is FAS(D) een overkoepeld paraplubegrip. Er zijn verschillende gradaties mogelijk, waarvan de meest ernstige gradatie wordt aangeduid als FAS [19, 22, 34, 40].



Figuur 1: FAS(D) als paraplubegrip [39]

Informatie over de kenmerken en diagnosestelling van FAS(D) vind je in fiche 5 'Foetaal Alcohol Spectrum Stoornis'.

Screening van prenatale alcoholblootstelling

Voor de screening van prenatale alcoholblootstelling zijn er verschillende instrumenten beschikbaar. Via een biologische screening op de aanwezigheid van Fatty Acid Ethyl Esters in het meconium kan men de alcoholblootstelling tot twintig weken voor de geboorte nagaan [73, 52, 74]. Deze techniek is duur en wordt niet als standaardtest uitgevoerd na de geboorte. Andere screeningsmethoden zijn een toxicologische test van de eerste urine van het kind (waarmee alcoholblootstelling in de voorbije drie dagen kan gedetecteerd worden) en bloedonderzoek (door de aanwezigheid van fosfatidylethanol te meten in een opgedroogde bloedvlek, PEth-DBS) [74, 75].

Al deze tests worden niet als standaard aanbevolen omdat ze niet steeds een betrouwbaar en accuraat resultaat opleveren. Toxicologische testen dienen overigens vaak tijdens de eerste uren na de bevalling plaats te vinden, waarbij de kans op negatieve resultaten verhoogt naarmate de tijd verstrijkt [74, 75].

- De ethisch meest aangewezen screeningsmethode is via de zelfrapportage van de moeder. Bevraag zodoende op een empathische manier de moeder in de eerste dagen tot weken opnieuw naar het huidig alcoholgebruik en het gebruik tijdens de zwangerschap. Indien de vrouw een dagboek bijgehouden heeft van haar gebruik, kan je dit gebruiken voor een overzicht.
- Gebruik biologische screeningsinstrumenten bij de pasgeborene op alcoholblootstelling énkel wanneer er onduidelijkheid bestaat over het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap en wanneer deze informatie van belang is voor de gezondheid en het welzijn van het kind. Neem deze tests enkel af mits toestemming van de ouder(s) [75].

Diagnostestelling van FAS(D)

Voor diagnosestelling van FAS(D) kan gebruik gemaakt worden van de Astley 4 Digit Score waarbij een score wordt gegeven op de aanwezigheid van de vier kenmerken van FAS, namelijk groeiachterstand, de gezichtskenmerken, schade aan het centraal zenuwstelsel en alcoholblootstelling [41] en de Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire die focust op de sociale, gedragsmatige en emotionele kenmerken van FAS(D) [76].[11] Beide screeninginstrumenten zijn complex en dienen uitgevoerd te worden door een arts die hiervoor opgeleid is [52].

Kinderen met FAS(D) worden momenteel vaak laattijdig of foutief gediagnosticeerd als kinderen met ADHD, autismespectrumstoornis, leerstoornissen of kinderen met een verstandelijke beperking. Dit is te wijten aan een gebrek aan adequate screening én aan het feit dat kinderen met FAS(D) gelijklopende klachten kunnen ervaren als bij de voorgenoemde stoornissen. Het is echter de oorzaak van deze klachten – met name pre- en postnatale alcoholblootstelling – die bepalend zijn voor de diagnose van FAS(D) [19, 39, 43, 52].

Kinderen met FAS(D) kunnen ontwikkelingsschade aan de hersenen hebben waaruit verschillende andere problemen voortkomen op onder meer neurologisch, sociaal en cognitief vlak [19, 20]. Daarnaast kunnen kinderen met FAS(D) kampen met fysieke aandoeningen door een verstoorde prenatale ontwikkeling van organen, ledematen, het bottenstelsel, de tanden, het gehemelte, de oren en het hoofd. Schadelijke gevolgen manifesteren zich grotendeels pas op latere leeftijd, hoewel fysieke negatieve afwijkingen reeds na de geboorte kunnen vastgesteld worden [20].

[11] De weblink naar beide screeningsinstrumenten kan je vinden in de doorverwijsgids.

Lena

Lena is acht, vrolijk, pienter en mondig. Toch ervaart ze verschillende problemen op school en thuis. In de klas werkt ze goed mee, maar ze vergeet alweer gauw welke wiskundesommen ze die dag geleerd heeft. Tijdens het huiswerk en testen in de klas brengt ze het er vaak slecht vanaf. Lena is soms ook erg impulsief. Ze rent zomaar de straat over zonder te kijken – ook al is haar meermaals gezegd dat dit gevaarlijk is – loopt plots weg van haar ouders op drukke plaatsen en zou haast met elke onbekende mee naar huis gaan. Daarnaast liegt Lena vaak over dingen die ze gedaan heeft. Ook al was haar papa getuige van het feit dat ze haar broer zonder reden tegen de grond duwde, ze zal blijven ontkennen dat dit gebeurd is, soms tot ze uiteindelijk van woede in tranen uitbarst.

Casus van kind met Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND), wat hoort binnen het spectrum van FASD

Portretten van Lorenzo en Mila, beiden kinderen gediagnosticeerd met FAS [19]

Fotograaf: Allard de Witte

IN DE PRAKTIJK

Ondersteuning van kinderen met FAS(D)

Elk kind met FAS(D) is anders. Er zijn echter vijf problemen die vaak voorkomen bij kinderen met FAS(D) en waarop de omgeving van het kind kan inspelen [19]. Het is mogelijk dat kinderen met FAS(D) evenwel hun hele leven zullen blijven kampen met deze problemen omdat de gevolgen van prenatale alcoholblootstelling onherstelbaar zijn:

Probleem dat het kind kan ervaren

1] Het kind heeft **geen overzicht van de dag en weet niet wat hem of haar te wachten staat**. Zelfs routinematige taken – zoals ontbijten of de tanden poetsen – kunnen soms nieuw aanvoelen. Compleet nieuwe dingen kunnen hen stress bezorgen en frustreren.

AANPAK Maak de dagen voorspelbaar en gestructureerd door een planning te maken en deze te bespreken met het kind (wat, tijdstip, wie en hoe).

2] Kinderen met FAS(D) kunnen de veelheid prikkels op een dag moeilijk verwerken en raken zodoende sneller **overprikkeld**, wat kan leiden tot frustraties, hevige emoties en woedeaanvallen.

AANPAK **Creëer rust**, zowel thuis als op school. Dit kan bijvoorbeeld door het kind naar muziek te laten luisteren met een koptelefoon, het te laten kleuren, schommelen of een filmpje te laten kijken of het ergens te laten zitten waar het rustig is. Waar een kind rust in vindt, is voor elk kind verschillend.

3] Kinderen met FAS(D) hebben vaak **moeite met sociale interacties**, zowel met andere kinderen als met volwassenen. Deze kinderen gedragen zich veelal jonger dan ze zijn, maar worden wel vaak behandeld volgens hun leeftijd, wat ertoe kan leiden dat kinderen met FAS(D) **overbevraagd** worden. Het gedrag van andere kinderen kan dan weer als druk en **onvoorspelbaar** ervaren worden. Beide zaken leiden opnieuw tot een **te veel aan prikkels** bij het kind. Veel kinderen met FAS(D) hebben bovendien moeite om (sociale) regels door te trekken naar andere situaties.

AANPAK **Geef zelf het goede voorbeeld en herhaal regelmatig**. Kinderen zullen dit gedrag kopiëren en herhaling kan er toe leiden dat deze kinderen wel sociale regels leren en onthouden.

4] Kinderen met FAS(D) hebben **weinig besef van wat wel en niet mag** en zijn vaak **impulsief**. Een terugkerend probleem is **volhardend stelen en liegen**. Deze kinderen beseffen echter niet dat ze iets fout gedaan hebben, gedragen zich niet zo met opzet en geloven vaak oprecht zelf de leugen die ze vertellen.

AANPAK **Reageer emotioneel neutraal** en niet als een 'politieagent' die zich kwaad maakt. **Duidelijke instructies geven en voorbeeldgedrag tonen** kunnen hierbij helpen.

5] Kinderen met FAS(D) hebben vaak een **beperkte sociale weerbaarheid** doordat ze heel goedgelovig zijn. Gecombineerd met het feit dat ze weinig besef hebben van wat wel en niet kan evenals de gevolgen van gedrag, zijn deze kinderen of volwassenen kwetsbaar voor mensen die misbruik van hen willen maken (zoals loverboys, dealers, …).

AANPAK **Toezicht** is uiterst belangrijk, wat minder evident wordt naarmate de kinderen ouder worden. Het belang van een blijvende opvoeding en begeleiding komt hier prominent naar voor.

De onherstelbare hersenschade heeft zodoende belangrijke implicaties voor de begeleiding van kinderen met FAS(D), maar dit betekent niet dat al deze kinderen geen zelfstandig leven kunnen leiden. Dit hangt in grote mate af van de ernst van FAS(D) en de concrete problemen die de kinderen ondervinden. Dit leidt ertoe dat er geen eenduidige therapie voor kinderen met FAS(D) bestaat [19].

Elke ondersteuning en doorverwijzing dient op maat te gebeuren op basis van de noden van het kind. Problemen op het vlak van geheugen, concentratie, planning, taal, motoriek, gedrag, … kunnen ondersteund worden door logopedie, cognitieve, motorische, omgangs- en gedragstherapie. Vroegtijdige gespecialiseerde zorg is essentieel voor deze kinderen.
De praktijkvoorbeelden tonen voornamelijk het belang aan van een begripvolle omgeving die inzet op een aanpassing van externe factoren die het kind kunnen helpen. Om deze reden is het ook voor ouders belangrijk dat ze voor vragen en advies terecht kunnen bij gespecialsieerde zorgverleners.

Adam

"Adam is negen jaar. Door alcoholgebruik tijdens de zwangerschap functioneert Adam anders dan andere leeftijdsgenoten. Met zijn kleine en fijne gestalte ziet hij er jonger uit. Bij zijn geboorte was het direct duidelijk dat hij schade heeft geleden: hij had een open buikje, schade aan z'n hartje en een dubbele liesbreuk.

Hij kreeg direct een openhartoperatie en verbleef tien maanden in het ziekenhuis. Adam had moeite met eten en slikken. Elke maaltijd moest hij kokhalzen, braken en drinken kreeg hij lepeltje per lepeltje. Zijn spijsvertering werd helemaal nagekeken, maar wat we toen niet wisten is dat dit iets typisch voor FAS is. Al snel werd duidelijk dat Adam enorm druk was. Hij kreeg te veel prikkels, kon zich niet ontspannen en fladderde erop los. Hiervoor krijgt hij nu medicatie, dit maakt het voor hem iets dragelijker. Hij slaapt heel moeilijk in en kan uren in de nacht wakker liggen.

Adam zal nooit zelfstandig functioneren, kan niet lezen of schrijven. Zijn leven speelt zich voornamelijk af in zijn fantasiewereld. Vriendjes heeft hij niet, anderen zien hem als een 'raar' iemand. Hij komt eigenwijs over, maar dat is hij niet. Hij kan het allemaal zo goed uitleggen, heeft een grote ruime woordenschat met jammer genoeg ook veel schunnige taal, maar hij doet er niet om. Hij is ook enorm beïnvloedbaar, wat ons met een bang hart doet kijken naar de toekomst en verkeerde mensen met verkeerde bedoelingen. Daar zijn we bang voor. Hij doet alles na maar denkt niet na over de gevolgen en weet niet echt wat verdriet is. Wat wij als ouder veel tegen onszelf herhalen is: het is niet dat hij niet wil, hij kan het niet."

Een getuigenis van de adoptiemama van Adam, een kind met FAS

ELKE CASUS IS UNIEK

- Begrip voor het gedrag van het kind is belangrijk, het is niet omdat het kind niet wil maar niet altijd kan.
- Door inzicht in de beperkingen en mogelijkheden van het kind kunnen beïnvloedende factoren uitgeschakeld worden én kan het ontwikkelingspotentieel zo veel als mogelijk benut worden.
- Verwijs bij een vermoeden van de aanwezigheid van FAS(D) naar gespecialiseerde artsen voor diagnosestelling.
- Deze kinderen hebben nood aan doorverwijzing en begeleiding op maat van de fysieke en sociaalpsychologische moeilijkheden die ze ervaren.
- Een vroege begeleiding op maat van kinderen met FAS(D) leidt tot een betere prognose op latere leeftijd.
- FAS(D) kan vermeden worden door geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap en de borstvoeding. Ondersteun alle zwangere vrouwen in deze doelstelling en help vrouwen die met een problematisch alcoholgebruik kampen om zich te onthouden of om hun gebruik te reduceren.

3.4 Wat kan je nog doen als zorgverlener?

ADVIES

Informeer jezelf en anderen.

Informeer jezelf als zorgverlener over de thema's alcohol, alcoholafhankelijkheid voor, tijdens en na de zwangerschap en FAS(D) door vormingen te volgen, boeken of artikels te lezen, gesprekken aan te gaan met experten in deze thematiek én deze informatie uit te wisselen met collega's. In de doorverwijsgids en bronnenlijst van dit document vind je enkele interessante websites, boeken en wetenschappelijke artikels.

Voor vormingen kan je in Vlaanderen terecht bij het regionaal **CGG-preventiewerk tabak, alcohol en drugs**, welke verbonden is met de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Verder is het interessant om het vormingsaanbod van VAD (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) en je regionale partners in de verslavings- en perinatale zorg in het oog te houden. Daarnaast kan je steeds zelf initiatief nemen om dergelijke evenementen te organiseren, ook op kleine schaal zoals bijvoorbeeld in je team. Hiervoor kan je contact opnemen met een CGG-preventiewerker uit je regio.

ADVIES

Contacteer collega's, vraag advies en ga in overleg.

Er is weinig specifieke hulp beschikbaar voor zwangere vrouwen met een alcoholprobleem. Zodoende kan je als zorgverlener vragen hebben over de concrete stappen die je best zelf onderneemt in de begeleiding van een – al dan niet specifieke – casus. Blijf niet zitten met vragen of de twijfels die je mogelijks hebt en contacteer een collega.

Je kan deze vraag anoniem stellen of vermelden om wie het gaat, **uiteraard mits de voorafgaandelijke toestemming** van de vrouw. In overleg en met de toestemming van de vrouw, kan je ook rechtstreeks contact nemen met haar gynaecoloog, vroedvrouw, arts in de verslavingszorg, pediater, … en overleg plegen, advies vragen en afspraken maken in functie van haar concrete noden. Bovendien breid je op deze manier je eigen netwerk uit, stem je de begeleiding af en versterk je de ondersteuning van de vrouw.

TIPS

Zo kan het nuttig zijn om:

- Contact op te nemen met een **Universitair Ziekenhuis** voor informatie en advies.
- De **huisarts**, **gynaecoloog** of **vroedvrouw** van de vrouw te contacteren om hen in kennis te stellen van de problematiek van de vrouw.
- Als gynaecoloog kan je voorafgaand de **pediater** van het ziekenhuis waar de vrouw zal bevallen contacteren. Op deze wijze is de pediater reeds ingelicht, kan deze een prenataal consult met de vrouw vragen en ondersteuning bieden in functie van het kind.
- Contact op te nemen met een hulpverlener die gespecialiseerd is in de behandeling van verslaving zoals een verslavingsarts verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis, een psycholoog van een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) met expertise in verslaving of een medewerker van een Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC). Aan de hand van de casus kunnen ze je concrete en waardevolle tips geven bij de begeleiding van de vrouw.
- In het ziekenhuis kan je raad vragen aan collega's van de psychiatrische diensten. Zij hebben ervaring in de begeleiding van vrouwen met een alcoholprobleem en kunnen je ondersteunen.

Wanneer je met verschillende zorgverleners de ondersteuning van de vrouw organiseert en op elkaar afstemt, is het belangrijk om de vrouw hierbij te betrekken en concrete afspraken te maken omtrent de taakverdeling van elke zorgverlener. Het is hierbij nuttig om één zorgverlener – bijv. de zorgverlener waarmee de vrouw het meest contact heeft – een coördinerende rol toe te bedelen.

3.5 Naar waar verwijs ik door?

Voor zwangere vrouwen met een alcoholproblematiek en kinderen met FAS(D) is er een beperkt specifiek hulpverleningsaanbod. Toch is het belangrijk dat je deze vrouwen en hun kinderen doorverwijst naar laagdrempelige en toegankelijke zorg op maat. Complexe probleemsituaties vragen een veelzijdig antwoord waarin idealiter de verschillende noden van de vrouw en het kind aangepakt worden. Best heb je bij de doorverwijzing ook aandacht voor andere mogelijke problematieken naast het problematisch gebruik van alcohol.

Hieronder kan je een inventaris vinden van algemene hulpverleningsadressen. Om de zorg voor deze vrouwen en kinderen goed op elkaar af te stemmen, wordt aanbevolen dat de diensten onderling communiceren en samenwerken mits toestemming van de vrouw of ouders.

Op zoek naar informatie?

Informatie voor zwangere vrouwen

- www.kindengezin.be, www.expertisecentrakraamzorg.be en www.gezondzwangerworden.be voor algemene informatie over zwangerschap en gezondheidsadviezen (waaronder ook informatie over alcohol).
- www.druglijn.be voor alle vragen over drank, drugs, pillen, gamen en gokken. Voor informatie, een eerste advies of voor adressen voor hulp en preventie. Anoniem, objectief en zonder te oordelen of veroordelen. De DrugLijn is eveneens bereikbaar via telefoon, skype, chat of mail.
- www.alcoholhulp.be voor informatie, een zelftest, online zelfhulp en online begeleiding. Voor wie online informatie zoekt of haar alcoholgebruik wil minderen of stoppen (zelfstandig of met begeleiding), kosteloos en anoniem.

Informatie voor zorgverleners

- Richtlijn zwangerschapsbegeleiding van Domus Medica via www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/zwangerschap.html
- Informatie over FAS(D) via FAS Vlaanderen op www.fasvlaanderen.be, de FAS Stichting Nederland op www.fasstichting.nl of het boek '0%, Alcohol en zwangerschap' [19]. Voor persoonlijke verhalen over kinderen met FAS, kan je informatie vinden via www.fasproject.nl in Nederland.
- www.oudersonderinvloed.info voor informatie over de Expertisegroep Ouders onder invloed en beeldmateriaal om de thematiek op de agenda te zetten. De Expertisegroep beschikt eveneens over een periodieke nieuwsbrief Exponent waarin dieper wordt ingegaan op specifieke aspecten in het werken met 'gezinnen onder invloed'.
- www.kindermishandeling.be voor meer informatie over het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling. Elke provincie in Vlaanderen beschikt over een Vertrouwenscentrum.
- Raadpleeg diagnostische instrumenten voor FAS(D) als de Astley 4 Digit Score via www.depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/guide2004.pdf en de Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire via www.fasq.eu/nederlands.html.

Op zoek naar gespecialiseerde zorg in je regio?

Zwangere vrouwen met problematisch alcoholgebruik kunnen in begeleiding bij onderstaande organisaties die (in de meeste gevallen) gespecialiseerd zijn in de behandeling van alcohol- en andere verslavingsproblemen. Deze organisaties hebben geen specifiek aanbod voor zwangere vrouwen. Zij kunnen hier wel terecht voor ambulante of residentiële begeleiding.

TIP

Ben je op zoek naar een specifiek hulpverleningsaanbod in je regio? Gebruik dan de online doorverwijsgids van VAD via **www.vad.be/doorverwijsgids** voor lokale adressen.

Voor een algemene ondersteuning of bijkomende hulpvragen, kan de vrouw terecht bij volgende diensten: Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), Jongeren Adviescentra (JAC) en Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW).

Alcoholhulpverlening

Ambulante zorg

- Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) voor ambulante therapie in de vorm van algemene ondersteuning en psychotherapie. Het aanbod aan therapeutische mogelijkheden is erg gedifferentieerd gaande van individuele therapie tot relatie-, gezins- en groepstherapieën.
- Psychiatrische Ziekenhuizen; een aantal psychiatrische ziekenhuizen beschikt over dagbehandelingen. Deze zijn vaak georiënteerd op terugvalpreventie en psychosociale begeleiding.
- Privétherapeuten; tal van psychiaters en psychotherapeuten leggen zich binnen hun privépraktijk toe op de begeleiding van mensen met een alcoholprobleem.

Residentiële zorg

Bij problematisch alcoholgebruik met ernstige medische en/of psychiatrische complicaties, of als er een klinische detoxificatie nodig is, kan doorverwijzing naar de residentiële hulpverlening nodig zijn.

- Psychiatrische ziekenhuizen; de meeste psychiatrische ziekenhuizen hebben een zorgeenheid voor problematische gebruikers. Op deze afdelingen wordt een totaalpakket van crisisopvang, screening, detoxificatie, behandeling, maatschappelijke integratie en nazorg aangeboden.
- Psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) voor kortdurende opnames. Deze afdelingen beperken zich vaak tot detoxificatie, observatie, diagnosestelling en het motiveren van de vrouw voor verdere begeleiding.

Indien er eveneens sprake is van druggebruik:

Vrouwen met een alcoholprobleem kunnen uitzonderlijk terecht in de revalidatiecentra voor drugverslaafden wanneer er eveneens sprake is van (problematisch) druggebruik. In dit geval kunnen vrouwen terecht in de crisisinterventiecentra (CIC), behandelingscentra en de therapeutische gemeenschappen (TG - residentieel) of in het MSOC (Medisch-Sociaal Opvangcentra – ambulant). Een aantal MSOC's hebben zich gespecialiseerd in de ondersteuning van zwangere vrouwen.

Kinderen met FAS(D)

In Vlaanderen is er geen organisatie die zich enkel en alleen bezig houdt met de diagnosestelling en begeleiding van kinderen met FAS(D). Het is aangeraden om kinderen met een vermoeden van FAS(D) door te verwijzen naar één van onderstaande centra voor diagnosestelling en advies.

- Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) voor diagnose en doorverwijzing op maat. In Vlaanderen zijn er vier COS-centra: COS Gent (met antennepunt in Roeselare en Brugge), COS Antwerpen, COS Brussel en COS Leuven (met antennepunt in Hasselt).
- Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)

In de begeleiding van kinderen met FAS(D) kunnen onderstaande organisaties mogelijks hulp bieden:

- Kinderarts (verbonden aan algemene en universitaire ziekenhuizen)
- Kinderpsycholoog (www.vind-een-psycholoog.be)
- Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)
- Diensten van Kind en Gezin (www.kindengezin.be) of het Huis van het Kind (www.huizenvanhetkind.be)
- Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG) voor hulp aan gezinnen met kinderen van nul t.e.m. twaalf jaar. De CKG's bieden mobiele en ambulante begeleidingen, crisisopvang en korte residentiële opvang bij opvoedingsproblemen met als doel de ouders de opvoeding verder op eigen krachten te laten aanpakken.
- Kinderen van ouders met een afhankelijkheidsprobleem (KOAP) lijden vaak onder het misbruik van hun ouders. Ze zitten met allerlei vragen en hebben nood aan extra aandacht en ondersteuning. Een aantal organisaties in de alcohol- en drughulpverlening beschikken ook over een aanbod voor KOAP. Ook dit aanbod kan je vinden op www.vad.be/doorverwijsgids. Meer informatie voor KOAP vind je op www.druglijn.be/bezorgd-om-iemand/vader-moeder-gebruikt of www.vad.be/preventie-en-hulpverlening/kinderen-van-gebruikers.

4. Bibliografie

[1] E. Colman, M. Albertijn en S. Janssens, „Alcohol, drugs en zwanegrschap. Een bevraging met het oog op een sensibiliseringscampagne voor professionele gezondheidszorgverleners," Tempera, Antwerpen, 2015.

[2] F. Crawford-Williams, M. Steen, A. Esterman, A. Fielder en A. Mikocka-Walus, „"My midwife said that having a glass of red wine was actually better for the baby": a focus group study of women and their partner's knowledge and experiences relating to alcohol consumption in pregnancy," Pregnancy and Childbirth, vol. 15, nr. 79, pp. 1-11, 2015.

[3] J. Brahic, O. Thomas en L. Dany, „Alcool et grossesse : une recherche qualitative auprès de femmes enceintes," Les Cahiers Internationaux de Psychologie Social, vol. 107, nr. 3, pp. 403-434, 2015.

[4] A. Anderson, A. J. Hure, F. Kay-Lambkin en D. Loxton, „Women's perceptions of information about alcohol use during pregnancy: a qualitative study," BMC Public Health, vol. 14, nr. 1048, pp. 1-10, 2014.

[5] N. April, C. Audet, L. Guyon en H. Gagnon, „Représentations sociales et consommation d'alcool pendant la grossesse," Drogues Santé et Société, vol. 9, nr. 2, pp. 17-48, 2010.

[6] F. Vagnarelli, I. G.-A. O. Palmi, M. Falcon, M. L., L. Tarani en et. al., „A survey of Italian and Spanish neonatologists and paediatricians regarding awareness of the diagnosis of FAS and FASD and maternal ethanol use during pregnancy," BMC Pediatrics, vol. 11, nr. 51, pp. 1471-2431, 2011.

[7] J. Skagerström, S. Alehagen, E. Häggström-Nordin, K. Årestedt en P. Nilsen, „Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden," BMC Public Health, vol. 13, nr. 780, pp. 1-10, 2013.

[8] E. Muggli, C. O'Leary, S. Donath, F. Orsini, D. Forster, P. Anderson, S. Lewis, C. Nagle, J. Craig, E. Elliott en J. Halliday, „"Did you ever drink more?" A detailed description of pregnant women's drinking patterns," BMC Public Health, vol. 683, pp. 1-13, 2016.

[9] A. B. Yazici, H. U. Yuvaci, E. Yazici, E. H. Caliskan, A. S. Cevrioglu en A. Erol, „Smoking, alcohol, and substance use and rates of quitting during pregnancy: is it hard to quit?," International Journal of Women's Health, vol. 8, p. 549–556, 2016.

[10] K. Hoppenbrouwers, C. Guérin, M. Roelants, K. Van Leeuwen en A. Desoete, „Alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en in de periode van borstvoeding," Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Leuven, 2011.

[11] A. Baña, M. Tabernero, A. Perez-Muñuzuri, O. Lopez-Suarez, S. Dosil, P. Cabarcos, A. Bermejo, J. Fraga en M. Couce, „Prenatal alcohol exposure and its repercussion on newborns," Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, vol. 7, pp. 47-54, 2014.

[12] J. Skagerstróm, G. Chang en P. Nilsen, „Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review," Journal of Women's Health, vol. 20, nr. 6, pp. 901-9013, 2011.

[13] K. Polanska, J. Jurewicz en W. Hanke, „Smoking and alcohol drinking during pregnancy as the risk factors for poor child neurodevelopment - a review of epidemiological studies," International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, vol. 28, nr. 3, p. 419–443, 2015.

[14] A. Van Parys, K. Roelens en M. Temmerman, „Zwangerschap en partnergeweld," in Handboek familiaal geweld, H. Blow, Red., Brussel, Politeia ; Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2013, pp. Vol. afl. 5, pp. 2/1–2/27.

[15] WHO, „Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy," Wereldgezondheids-organisatie, Genève, 2016.

[16] S. Roberts, D. Wilsnack, D. Foster en K. Delucchi, „Alcohol use before and during unwanted pregnancy," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 38, nr. 11, p. 2844–2852, 2014.

[17] M. H. Watt, L. A. Eaton, K. W. Choi, J. Velloza, S. C. Kalichman, D. Skinner en K. J. Sikkema, „ "It's better for me to drink, at least the stress is going away": Perspectives on alcohol use during pregnancy among South African women attending drinking establishments," Social Science & Medicine, vol. 116, p. 119–125, 2014.

[18] VAD, „Dossier Alcohol," P. Van Deun, Brussel, 2016.

[19] J. Bos en E. van den Brink, 0% Alcohol en zwangerschap, Amsterdam: Reuring, 2013.

[20] E. van Faasen en O. Niemelä, Biochemistry of Prenatel Alcohol Exposure, New York: Nova Biomedical Books, 2011.

[21] J. Murray, S. Burgess, L. Zuccolo, M. Hickman, R. Gray en S. Lewis, „Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomisation study," Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 57, nr. 5, p. 575–584, 2016.

[22] P. Prins en C. Braet, „De continuïteit tussen pre-en postnatale ontwikkeling," in Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, B. R. Van den Bergh, Red., Bohn Stafleu van Loghum, 2008, pp. 85-111.

[23] K. A. Donald, J. P. Fouche, A. Roos, N. Koen, H. F., E. P. Riley en D. J. Stein, „Alcohol exposure in utero is associated with decreased gray matter volume in neonates." Metabolic Brain Disease, vol. 31, nr. 1, pp. 81-91, 2015.

[24] C. E. Lewis, K. Thomas, C. D. Molteno, M. Kliegel, E. M. Meintjes, J. L. Jacobson en S. W. Jacobson, „Prospective Memory Impairment in Children with Prenatal Alcohol Exposure," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 40, nr. 5, p. 969–978, 2016.

[25] G. Bandoli, C. D. Coles, J. A. Kable, W. Wertelecki, I. V. Granovska, A. O. Pashtepa en C. D. Chambers, „Assessing the Independent and Joint Effects of Unmedicated Prenatal Depressive Symptoms and Alcohol Consumption in Pregnancy and Infant Neurodevelopmental Outcomes," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 40, nr. 6, p. 1304–1311, 2016.

[26] A. L. Flak, S. Su, J. Bertrand, C. H. Denny, U. S. Kesmodel en M. E. Cogswell, „The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes," Alcohol Clinical and Experimental Research , p. 214–226, 2014.

[27] K. K. Gupta, V. K. Gupta en T. Shirasaka, „An Update on Fetal Alcohol Syndrome - Pathogenesis, Risks, and Treatment," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 40, nr. 8, pp. 594-1602, 2016.

[28] G. M. B. Louis, K. J. Lum, R. Sundaram, Z. Chen, S. Kim, C. D. Lynch, C. Pyper, et. al, „Stress reduces conception probabilities across the fertile window: evidence in support of relaxation," Fertility and sterility, vol. 95, nr. 7, pp. 2184-2189, 2011.

[29] A. A. Gormack, J. C. Peek, J. Derraik, P. D. Gluckman, N. L. Young en W. S. Cutfield, „Many women undergoing fertility treatment make poor lifestyle choices that may affect treatment outcome," Human Reproduction, vol. 30, nr. 7, p. 1617 –1624, 2015.

[30] Gezondheidsraad, „Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Publicatie nr. 2004/22," Gezondheidsraad, Den Haag, 2005.

[31] Trimbos-instituut, Factsheet alcoholgebruik, zwangerschap en borstvoeding, 2016.

[32] S. La Vignera, R. A. Condorelli, G. Balercia, E. Vicari en A. E. Calogero, „Does alcohol have any effect on male reproductive function? A review of literature," Asian Journal of Andrology, vol. 15, nr. 2, pp. 221-225, 2013.

[33] B. V. Rossi, K. F. Berry, M. D. Hornstein, D. W. Cramer, S. Ehrlich en S. A. Missmer, „Effect of alcohol consumption on in vitro fertilization," Obstetrics and Gynecology, vol. 117, nr. 1, pp. 136-142, 2011.

[34] C. Caputo, E. Wood en L. Jabbour, „Impact of Fetal Alcohol Exposure on Body Systems: A Systematic Review," Birth Defects Research Part C: Embryo Today, vol. 108, nr. 2, pp. 174-80, 2016.

[35] J. DeVido, O. Bogunovic en R. Weiss, „Alcohol Use Disorders in Pregnancy," Harvard Review of Psychiatry, vol. 23, nr. 2, p. 112–121, 2015.

[36] A. N. Andersen, P. Andersen, J. Olsen, M. Grønbæk en K. Strandberg-Larsen, „Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death," International Journal of Epidemiology, vol. 41, nr. 2, pp. 405-13, 2012.

[37] D. J. Murphy, A. Mullally, B. J. Cleary, T. Fahey en J. Barry, „Behavioural change in relation to alcohol exposure in early pregnancy and impact on perinatal outcomes - a prospective cohort study.," MC Pregnancy and Childbirth, vol. 13, nr. 8, pp. 1-8., 2013.

[38] L. S. Lundsberg, J. L. Illuzzi, K. Belanger, E. W. Triche en M. B. Bracken, „ Low to moderate prenatal alcohol consumption and the risk ofLow to moderate prenatal alcohol consumption and the risk of of selected birth outcomes: a prospective cohort study," Annals of Epidemiology, vol. 25, nr. 1, p. 46–54, 2015.

[39] FAS Stichting Nederland, „Wat is FASD?," 2016.

[40] I. J. Chasnoff, The mistery of risk: drugs, alcohol; pregnancy, and the vulnerable child, Chicago, Illinois: NTI Upstream, 2010.

[41] S. J. Astley, „Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code . Third edition," University of Washington, Seattle, 2004.

[42] T. E. Wright, M. Terplan, S. J. Ondersma, C. Boyce, K. Yonkers, G. Chang en A. A. Creanga, „The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period," American Journal of Obstetrics & Gynecology, vol. 215, nr. 5, pp. 1-30, 2016.

[43] N. Poole, R. A. Schmidt, C. Green en N. Hemsing, „Prevention of fetal alcohol spectrum disorder: current Canadian efforts and analysis of gaps," Substance Abuse: Research and Treatment, vol. 10, pp. 1-11, 2016.

[44] T. H. Hale, Medications and Mothers' Milk, 12th Edition, Richmond, US: LEAVEN, 2006.

[45] P. May, J. Haskena, J. Blankenship, A. Marais, B. Joubert, B. Cloetec, M. de Vries, R. Barnard, I. Botha, S. Roux, C. Doms, P. Gossage, W. Kalberg en D. Buckley, „Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects onchild outcomes and fetal alcohol spectrum disorders," Reproductive Toxicology, vol. 63, pp. 13-21, 2016.

[46] Hoge Gezondheidsraad, „Risico's van alcoholgebruik voor en tijdens de zwangerschap en gedurende de borstvoedingsperiode, publicatie 8462," Hoge Gezondheidsraad, Brussel, 2009.

[47] La Leche League International, „What about drinking alcohol and breastfeeding?," [Online]. Available: www.llli.org/faq/alcohol.html. [Geopend 17 mei 2017].

[48] K. B. Friend, M. S. Goodwin en L. P. Lipsitt, „Alcohol use and sudden infant death syndrome," Developmental Review, vol. 24, p. 235–251, 2004.

[49] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, „SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment," Pediatrics, pp. e1341-e1367, 2011.

[50] N. Y. van der Wulp, C. Hoving en H. de Vries, „A qualitative investigation of alcohol use advice during pregnancy: Experiences of Dutch midwives, pregnant women and their partners," Midwifery, vol. 29, pp. 89-98, 2013.

[51] E. Muggli, B. Cook, C. O'Leary, D. Forster en J. Halliday, „Increasing acurate self-report in surveys of pregnancy alcohol use," Midwifery, vol. 31, pp. 23-28, 2015.

[52] D. S. Walker, W. Edwards en C. Herrington, „Fetal alcohol spectrum disorders: Prevention, identification and intervention," The Nurse Practitioner, vol. 41, nr. 8, pp. 29-34, 2016.

[53] S. A. Pollick, J. R. Beatty, R. J. Sokol, R. C. Strickler, C. Chang en et. al., „Acceptability of a computerized brief intervention for alcohol abstinent but at-risk pregnant women," Substance Abuse, vol. 36, pp. 13-20, 2015.

[54] C. F. de Paula Gebara, F. M. de Castro Bhona, T. M. Ronzani, L. M. Lourenço en A. R. Noto, „Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: a systematic review," Substance abuse treatment, prevention, and policy, vol. 8, nr. 1, pp. 1-8, 2013.

[55] H. Högberg, F. Spak en M. Larsson, „Dialogue between Midwives and Parents-to-be about Alcohol, from a Life Cycle Perspective - an Intervention Study," Creative Education, vol. 6, nr. 5, pp. 489-500, 2015.

[56] K. E. France, R. J. Donovan, C. Bower, E. J. Elliot, J. M. Payne, H. D'Antoine en et. al., „Messages that increase women's intentions to abstain from alcohol during pregnancy: results from quantitative testing of advertising documents," BMC Public Health, vol. 14, nr. 1, p. 30, 2014.

[57] H. Högberg, J. Skagerström, F. Spak en P. Nilsen, „Alcohol Consumption among partners of pregnant women in Sweden: a cross sectional study," BMC Public Health, vol. 16, nr. 694, pp. 1471-2458, 2016.

[58] E. Peadon, J. Payne, N. henley, H. D'Antoine, A. Bartu, C. o'Leary en et. al., „Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challange for health professionals," BioMed Central, vol. 11, nr. 584, pp. 1-10, 2011.

[59] J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor, J. R. de la Fuente en M. Grant, „Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption," Addiction, vol. 88, pp. 791-804, 1993.

[60] A. J. Mitchell, V. Bird, M. Rizzo, S. Hussain en N. Meader, „Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis," British Journal of General Practice, vol. 64, nr. 624, pp. 408-418, 2014.

[61] E. Burns, R. Gray en L. A. Smith, „Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy," Addiction, vol. 105, nr. 4, pp. 601-614, 2010.

[62] A. Lundin, M. Hallgren, N. Balliu en Y. Forsell, „The Use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Detecting Alcohol Use Disorder and Risk Drinking in the General Population: Validation of AUDIT Using Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 39, nr. 1, p. 158–165, 2015.

[63] SOGC, „Substance Use in Pregnancy: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Clinical Practice Guideline," Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, vol. 33, nr. 4, pp. 367-384, 2011.

[64] WHO, „Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy," Wereldgezondheidsorganisatie , Genève, 2014.

[65] H. Jones en K. Kaltenbach, Treating Women with Substance Use Disorders During Pregnancy, Oxford: Oxford University Press, 2013.

[66] J. Keegan, M. Parva, M. Finnegan, A. Gerson en M. Belden, „Addiction in pregnancy," Journal of Addictive Diseases, nr. 29, pp. 175-191, 2010.

[67] T. F. Babor en J. C. Higgins-Biddle, „Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care," World Health Organization, 2001.

[68] APA, Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5., Washington (D.C.): American psychiatric association, 2013.

[69] C. J. Wilhelm, J. G. Hashimoto, M. L. Roberts, M. K. Sonmez en K. M. Wiren, „Understanding the addiction cycle: a complex biology with distinct contributions of genotype vs. sex at each stage," Neuroscience, vol. 24, nr. 279, pp. 168-186, 2014.

[70] N. D. Volkow en M. Morales, „The brain on drugs: from reward to addiction," Cell, vol. 162, nr. 4, pp. 712-725, 2015.

[71] Washington State Department of Health, „Substance abuse during pregnancy," Washington State Department of Health, Washington, 2012.

[72] Australien Departement of Health, „National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn," NSW Departement of Health, Sidney, 2006.

[73] P. Kocherlakota, „Neonatal Abstinence Syndrome," Pediatrics, vol. 134, nr. 2, pp. 547-561, 2014.

[74] N. Zizzo, N. Di Pietro, C. Green, J. Reynolds, E. Bell en E. Racine, „Comments and reflections on ethics in screening for biomarkers of prenatal alcohol exposure," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 37, nr. 9, pp. 1451-1455, 2013.

[75] L. N. Bakhireva, L. Leeman, R. D. Savich, S. Cano, H. Gutierrez, D. D. Savage en W. F. Rayburn, „The validity of phosphatidylethanol in dried blood spots of newborns for the identification of prenatal alcohol exposure," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 38, nr. 4, pp. 1078-1085, 2014.

[76] R. Feldmann, „The Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire FASQ," Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, 2017. [Online]. Available: http://www.fasq.eu/nederlands.html.

[77] E. R. Lunde, S. E. Washburn, M. C. Golding, S. Bake, R. C. Miranda en J. Ramadoss, „Alcohol-Induced Developmental Origins of Adult-Onset Diseases," Alcoholism: Clinical and Experimental Research, vol. 40, nr. 7, p. 1403–1414, 2016.

[78] VAD, Richtlijn voor alcoholgebruik, 2016.

[79] Finnish Medical Society Duodecim, „Een zwangere middelengebruiker," 2014. [Online]. Available: www.ebmpracticenet.benlpaginasdefault.aspx?ebm=ebm00923. [Geopend 1 juni 2017].

[80] Finnish Medical Society Duodecim, „Foetale Alcoholspectrumstoornissen," 2014. [Online]. Available: www.ebmpracticenet.benlpaginasdefault.aspx?ebm=ebm01011. [Geopend 1 juni 2017].

[81] Finnish Medical Society Duodecim, „Monitoring van een kind met een moeder die middelen gebruikt," 2016.

5.

Bijlages

ALCOHOLGEBRUIK VOOR EN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

RISICO'S EN ADVIES

RISICO'S

- Alcohol heeft een negatieve invloed op de vruchtbaarheid bij vrouwen en mannen.
- Alcoholgebruik vóór, tijdens en na de zwangerschap is altijd risicovol. Er is geen veilig alcoholgebruik mogelijk.
- Alcohol is een toxische en teratogene stof die tijdens de zwangerschap via de placenta bij de foetus komt. De alcoholconcentratie in het bloed van de foetus is quasi gelijk aan de concentratie in het bloed van de moeder.
- Alcoholgebruik houdt tijdens de volledige zwangerschap een risico in voor het kind, ook in de eerste weken. Een risico leidt niet automatisch tot negatieve gevolgen voor het kind, maar de kans dat er schade optreedt, is reëel.
- Prenatale alcoholblootstelling kan leiden tot:
  + miskraam en vroeggeboorte;
  + vertraagde groeiontwikkeling;
  + fysieke afwijkingen (bv. afwijkingen aan hart, bottenstelsel, gezicht).
- Alcohol heeft prenataal invloed op de hersenontwikkeling. Er is risico op schade aan de hersenen en het centraal zenuwstelsel met negatieve gevolgen op het neurologisch, cognitief, motorisch, emotioneel en gedragsmatig functioneren van het kind.
- Hoe vaker en hoe meer de vrouw drinkt, hoe groter de risico's. Maar ook een kleine hoeveelheid alcohol kan schadelijk zijn. De gevoeligheid voor alcohol verschilt per persoon. Voor sommige vrouwen kan af en toe een glaasje of zelfs één glaasje wél gevaarlijk zijn.

Raad alcoholgebruik zowel bij een zwangerschapswens als tijdens de zwangerschap volledig af.

- Bespreek en bevraag alcoholgebruik proactief bij alle vrouwen met een zwangerschapswens en zwangere vrouwen. Doe dit niet enkel bij vrouwen bij wie er een vermoeden bestaat.

- Bespreek alcoholgebruik bij de eerste consultatie en op meerdere momenten tijdens de zwangerschap.

- Geef op een proactieve, neutrale en empathische manier informatie over de risico's van alcohol en hoe de vrouw deze risico's kan vermijden. Betrek de partner van de vrouw indien mogelijk.

- Integreer informatie over de risico's van alcohol in de andere adviezen over een gezonde levensstijl.

- Bevraag alcoholgebruik niet in het begin van het consult, maar laat de vrouw eerst even "wennen" aan jou als hulpverlener.

STAPPENPLAN

SCREENING & INTERVENTIE

Bevragen van alcoholgebruik

Drink je alcohol?

Ja

AUDIT C afnemen

Score ≥3

Informeren over risico's, verdere opvolging + AUDIT afnemen

Score 3-6
Informeren over risico's, verandering bespreken, verdere opvolging

Score 7-19
Informeren over risico's, verandering bespreken, verdere opvolging & doorverwijzing indien nodig

Score ≥20
Informeren over risico's, verdere opvolging & doorverwijzing

Score <3

Wil je stoppen met alcohol drinken nu je weet dat je zwanger bent?

Ja

Bevestigen & informeren over risico's

Nee

Informeren over risico's, verandering bespreken, verdere opvolging

Nee

Bevestigen & informeren over risico's

Communicatie over

ALCOHOLGEBRUIK

- Vraag door over alcoholgebruik en stop niet bij "drink je soms alcohol?". Vraag bijvoorbeeld of de vrouw wil drinken bij speciale gelegenheden zoals een verjaardag of feestdagen.
- Moedig haar keuze om geen alcohol te drinken aan en informeer de vrouw over de risico's die ze vermijdt.
- Wanner de vrouw alcohol drinkt, schat dan het risico op problematisch gebruik in met de AUDIT-C of AUDIT. Motiveer de vrouw tot gedragsverandering met gesprekstechnieken als **"FRAMES"**.

TIPS bij de communicatie

F	R	A	M	E	S
FEEDBACK	**RESPONSIBILITY**	**ADVICE**	**MENU**	**EMPATHIE**	**SELF-EFFICACY**
geef de vrouw feedback over haar alcoholgebruik en de risico's	benadruk dat de vrouw verantwoordelijk is voor haar eigen keuzes, zij beslist	formuleer een duidelijk advies over het alcoholgebruik	geef de vrouw een aantal keuze-mogelijkheden, ondersteun haar	neem een empathische, niet-veroordelende houding aan	verhoog het zelfvertrouwen van de vrouw

- Neem bij problematisch gebruik of afhankelijkheid een steunende en aan-klampende houding aan. Geef aan dat je als hulpverlener mede verantwoordelijk bent voor het ongeboren kind. Ga na of de vrouw bijkomend andere middelen gebruikt.
- Verwijs de vrouw door naar specifieke alcohol- en drughulpverlening of andere diensten voor extra ondersteuning.
- Maak het thema bespreekbaar in je organisatie.

SCREENING EN INTERVENTIE MET DE AUDIT-C EN AUDIT

Bij elke zwangerschapswens of zwangere vrouw die alcohol drinkt: stel de eerste drie vragen en bereken de score							
	AUDIT-C	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**Score**
1	Hoe vaak drink je alcohol?	Nooit	Maande-lijks of minder	2 à 4 keer per maand	2 à 3 keer per week	4 of meer keer per week	...
2	Wanneer je drinkt, hoeveel standaardglazen drink je dan gewoonlijk op een dag?	1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 of 9	10 of meer	...
3	Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?	Nooit	Minder dan maande-lijks	Maande-lijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	...
Bij een score van ≥ 3 bij zwangere vrouwen, neem de AUDIT verder af							
4	Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?	Nooit	Minder dan maande-lijks	Maande-lijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	...
5	Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je werd verwacht?	Nooit	Minder dan maande-lijks	Maande-lijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	...
6	Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?	Nooit	Minder dan maande-lijks	Maande-lijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	...
7	Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maande-lijks	Maande-lijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	...
8	Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?	Nooit	Minder dan maande-lijks	Maande-lijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks	...
9	Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?	Nooit		Ja, maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar	...
10	Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinkgedrag of je aan-geraden minder te drinken?	Nooit		Ja, maar niet in het afgelopen jaar		Ja, in het afgelopen jaar	...
De optelsom van de cijfers van de antwoorden op alle tien vragen: AUDIT-score							...

AUDIT SCORE

SCORE	INDICATIE	INTERVENTIE
Deel de AUDIT-score mee en bespreek op een empathische manier wat dit betekent voor de vrouw en de zwangerschap		
0	**Laag risico** geen gebruik	**Kort advies** • Moedig de vrouw aan in haar keuze en informeer haar over de risico's die ze vermijdt. Informeer de vrouw ook over (de risico's van) alcoholgebruik tijdens de borstvoeding. • Bevraag het alcoholgebruik bij speciale gelegenheden (bv. verjaardag, feestdagen). • Bespreek het alcoholgebruik opnieuw tijdens de verdere zwangerschap .
1-6	**Verhoogd risico** riskant gebruik tijdens de zwanger-schap, geen indicatie van proble-matisch gebruik bij de vrouw	**Kortdurende interventie** • Bespreek op een neutrale en empathische manier de risico's van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en de borstvoeding en de gezondheidsrisico's voor de vrouw zelf. Geef de vrouw een folder met bijkomende informatie of verwijs door naar correcte (online) informatie. • Bespreek de haalbaarheid, bereidheid en manieren om geen alcohol te drinken. • Bevraag bij zwangere vrouwen met een verhoogd risico regelmatig het alcoholgebruik.

7-19	**Hoog risico**
	indicatie van problematisch gebruik
		Kortdurende interventie of doorverwijzing
		• Bespreek op een neutrale en empathische manier de risico's van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap en de borstvoeding en de gezondheidsrisico's voor de vrouw zelf. Geef de vrouw een folder met bijkomende informatie of verwijs door naar correcte (online) informatie.
		• Bespreek de haalbaarheid, bereidheid en manieren om geen alcohol te drinken. Verwijs de vrouw zo nodig door naar de alcohol- en drughulpverlening of andere zorg.
		Hou rekening met 3 factoren:
		  • Wat is de persoonlijke situatie en ingesteldheid van de vrouw?
		  • Gebruikt de vrouw andere middelen?
		  • Moet ontwenning of vermindering van gebruik onder begeleiding gebeuren?
		• Plan een vervolggesprek met de vrouw en bevraag regelmatig het gebruik.

≥ 20	**Hoog risico** indicatie afhankelijk gebruik	**Doorverwijzing en follow-up** • Verwijs de vrouw door naar de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening en andere diensten bij een multidimensionale problematiek. Ga na of de vrouw nog andere middelen gebruikt. • Plan een vervolggesprek en volg de nodige afspraken bij de zwangerschap nauw op. Ondersteun de vrouw in haar traject. Houd contact met andere betrokken zorgverleners als de vrouw hierin toestemt.

ALCOHOLGEBRUIK TIJDENS DE BORSTVOEDING

RISICO'S EN ADVIES

RISICO'S

- Alcoholblootstelling via de borstvoeding houdt altijd een risico in voor het kind en moet vermeden worden.
- Alcohol komt via de moedermelk – waarin de alcoholconcentratie gelijk is aan deze in het bloed van de moeder – bij het kind en verspreidt zich over het hele lichaam.
- De lever van de baby is nog niet volledig ontwikkeld na de geboorte.
  De afbraak van alcohol verloopt trager en alcohol is langer aanwezig in het lichaam van het kind.
- Er zijn wetenschappelijke indicaties dat vanaf één standaardglas alcohol de **melkproductie daalt** tot 23%.
- Alcoholgebruik tijdens de borstvoeding kan de **toeschietreflex verstoren**. Hierdoor – samen met de alcoholblootstelling op zich – kan de zuigeling minder drinken en kan het **waak-slaappatroon** van het kind **verstoord** worden.
- Alcohol leidt – zelfs in lage concentraties – tot een lager bewustzijn bij het kind. Dit verhoogt het **risico op wiegendood**.
- Alcoholgebruik tijdens de borstvoeding kan **negatieve effecten** hebben op de **groei** van het kind en de **neurologische ontwikkeling**.
- Bingedrinken tijdens borstvoeding is geassocieerd met **FAS(D)**, ook bij moeders die geen alcohol dronken tijdens de zwangerschap.

ADVIES

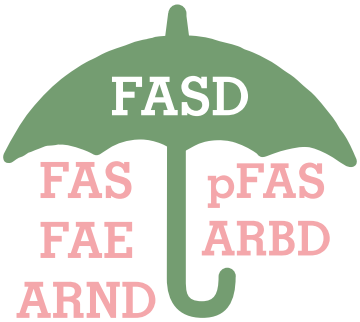
Drink geen alcohol tijdens de borstvoeding.

Indien dit voor de vrouw niet wenselijk of mogelijk is, moedig de vrouw dan aan om haar alcoholgebruik aan te passen. Geef correcte adviezen zodat ze op een veiligere manier iets kan drinken.

- Geef geen borstvoeding op dagen waarop je alcohol drinkt.
- Wanneer je alcohol drinkt, kolf je nadien de melk af en gooi je deze weg. Kolf op voorhand melk af of voorzie een alternatief voor je baby.
- Indien je toch borstvoeding wil geven, wacht je minstens 3 uur na één alcoholhoudende consumptie. Dit geeft geen garantie dat de borstvoedingsmelk volledig alcoholvrij is. Het afkolven en weggooien van de melk blijft de veiligste optie. Hoe meer de vrouw drinkt, hoe langer ze moet wachten om opnieuw borstvoeding te geven. De alcohol moet eerst worden afgebroken bij de vrouw.
- Vermijd bingedrinken (i.e. vier alcoholconsumpties in twee uur).
- Combineer alcohol met voeding en drink voldoende alcoholvrije alternatieven.

FOETAAL ALCOHOL SPECTRUM STOORNIS

[FASD]



FASD is een paraplubegrip voor een reeks van stoornissen veroorzaakt door alcoholconsumptie tijdens de zwangerschap. FAS (foetaal alcohol syndroom) is een ernstige vorm.

Prenatale blootstelling aan alcohol kan **onherstelbare schade** veroorzaken aan de hersenen. Deze hersenschade kan leiden tot:

- **Cognitieve problemen** zoals concentratie- en geheugenproblemen, leerstoornissen, een laag IQ en overprikkeling bij geluid, huidcontact, licht en geur.
- **Gedragsproblemen** op sociaal, interactief en emotioneel vlak zoals hyperactiviteit, woedeaanvallen, hechtingsproblemen, slaapproblemen, liegen, moeilijkheden met sociaal contact en het inschatten van de gevolgen van gedrag.

Naast hersenschade, is er een risico op **fysieke effecten** zoals prematuriteit, afwijkingen in groei en cardiovasculaire afwijkingen. Deze fysieke en mentale afwijkingen worden gegroepeerd onder de term FASD (foetaal alcohol spectrum stoornis).

Begeleiding van kinderen met FAS(D): elke casus is uniek

Begrip voor het gedrag van het kind is belangrijk. Het is niet omdat het kind niet wil maar niet altijd kan.

Kinderen met FAS(D) hebben nood aan doorverwijzing en begeleiding op maat van hun fysieke en sociaalpsychologische moeilijkheden. Een vroege begeleiding leidt tot een betere prognose op latere leeftijd.

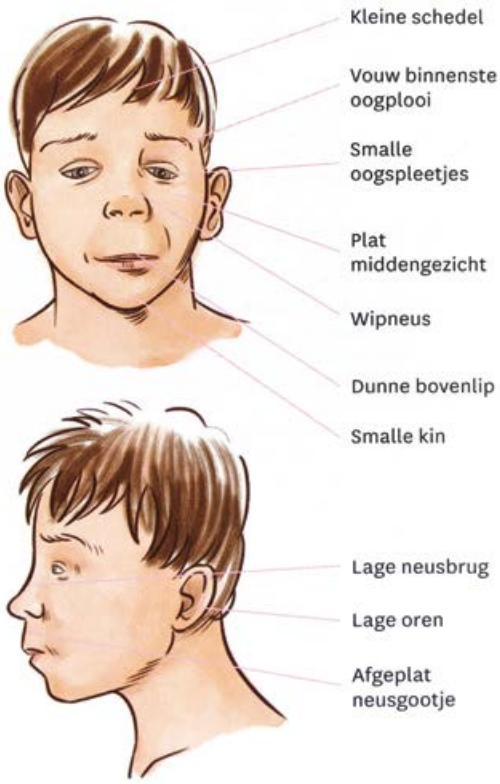
FAS(D) kan vermeden worden door geen alcohol te drinken tijdens de zwangerschap.

DIAGNOSESTELLING

Een diagnose van FAS(D) wordt gesteld door een gespecialiseerde arts. Voor diagnosestelling en advies kunnen kinderen terecht bij: COS (Centra voor Ontwikkelingsstoornissen) en CAR (Centra voor Ambulante Revalidatie).

Er zijn twee diagnostische tools:

- Astley 4 Digit Score: diagnostisch instrument voor FAS en FASD, controleert de aanwezigheid van vier kenmerken.
  1] **Maternaal alcoholgebruik**
  2] **Gezichtskenmerken**: kleine schedel, smalle oogspleten, epicanthusplooi (i.e. een vouw in de binnenste oogplooi), plat middengezicht, wipneus, lage neusbrug, afgeplat philtrum, dunne bovenlip, smalle kin en laag ingeplante oren
  3] **Vertraagde groei en laag geboortegewicht**
  4] **Neurologische kenmerken**: slechte zuigreflex, slechte spiercoördinatie, overgevoeligheid aan licht,geluid en andere stimuli en cognitieve/gedragsmatigeproblemen op latere leeftijd
- Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire: diagnostisch instrument voor FAS(D), diagnosestelling op basis van sociale, gedragsmatige en emotionele kenmerken.



Kinderen met FAS(D) worden vaak foutief gediagnosticeerd als kinderen met ADHD, autisme spectrum stoornis of een verstandelijke beperking.
Hoewel klachten gelijklopend kunnen zijn, is de oorzaak – met name pre- of postnatale alcoholblootstelling – bepalend voor de diagnose van FAS(D).

WAT IS EEN STANDAARDGLAS ALCOHOL?

STANDAARDGLAS ALCOHOL = 10 g PURE ALCOHOL = 12.7 ml PURE ALCOHOL

GLAS BIER	GLAS WIJN	APERITIEF (PORTO, SHERRY)	STERKEDRANK	BLIK BIER	ZWAAR BIER	FLES WIJN
STANDAARD-GLAZEN 1.0	STANDAARD-GLAZEN 1.0	STANDAARD-GLAZEN 1.0	STANDAARD-GLAZEN 1.0	STANDAARD-GLAZEN 1.3	STANDAARD-GLAZEN 1.7 TOT 2.5	STANDAARD-GLAZEN 7.5
25 cl.	10 cl.	5 cl.	3.5 cl.	33 cl.	33 cl.	75 cl.

- Deze tabel is een hulpmiddel om het begrip 'standaardglas' te bespreken met de vrouw.
- Let op wanneer je alcoholgebruik bij speciale gelegenheden bespreekt: een glas schuimwijn (cava, champagne) bevat dezelfde hoeveelheid als een glas wijn en is geen aperitief.
- Deze tabel kan je gebruiken bij het afnemen van de AUDIT-C en de AUDIT. De weergave van de soort van alcoholhoudende drank helpt jou en de vrouw bij het afnemen van een accurate screening.

ALCOHOLVRIJE ALTERNATIEVEN

0% ALCOHOL

- Er is een groot aanbod van alcoholvrije alternatieven.
- Verwijs de vrouw door naar **tourneeminerale.be** voor recepten van fruitwaters, smoothies, mocktails.

DE CONTEXT VAN DE VROUW IN KAART BRENGEN

Doelstelling

Inzicht verwerven in de situatie van de vrouw wanneer ze problemen of noden ervaart in belangrijke levensdomeinen.

Probeer inzicht te verwerven in:

- Haar dagelijks leven
- De context waarin ze alcohol en eventueel andere middelen gebruikt
- Haar sociaal netwerk
- Moeilijkheden en barrières die ze ervaart
- Haar openheid en motivatie om zaken te veranderen in deze levensdomeinen

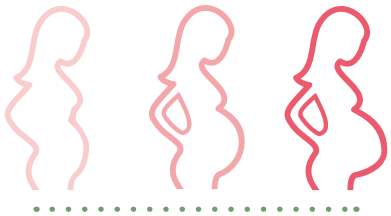
DE VROUW
Levensstijl, fysieke en mentale gezondheid, voorgaande zwangerschappen

FAMILIALE EN SOCIALE OMGEVING
ouderschap, partner-relatie, relatie met familieleden

FYSIEKE OMGEVING
huisvesting, werk

MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT
financiële situatie, toegang tot zorg

CREËER EEN GOEDE BASIS

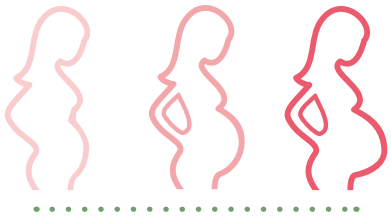


Ga na hoe je staat tegenover de thematiek van zwangere vrouwen die problematisch alcohol gebruiken. Sta je achter de basishouding voor begripvolle zorg van deze vrouwen?

Hoe sta ik of mijn team hier tegenover?
Ga eerst voor jezelf of met je team na hoe je staat tegenover het idee van een zwangere vrouw die problematisch alcohol drinkt. Duid aan in welke mate je akkoord gaat met onderstaande stellingen. Wanneer je met meerdere collega's samen werkt, kunnen je collega's deze vragen eerst individueel beantwoorden. Als je een specifieke casus kent, kan je nagaan hoe jij of je team daar tegenover staan of mee omgaan.

Zwangere vrouwen die problematisch drinken tijdens de zwangerschap...

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Willen liever niet drinken					
Drinken geen alcohol om hun kind te beschadigen					
Willen ook het beste voor hun kind					
Ervaren ook geluk bij de zwangerschap					
Maken zich zorgen om de gezondheid van hun kind omdat ze alcohol drinken					
Zijn gemotiveerd om hun gebruik aan te pakken					
Ervaren verschillende barrières om hulp te vragen					
Moeten ondersteund worden					
Zijn ook in staat om de rol van ouder op te nemen					



NIET AKKOORD

Jij of je collega's zijn niet of weinig akkoord met bepaalde stellingen...

- Ga na waarom dit zo is en bespreek jullie visie en bemerkingen.
- Selecteer nadien drie stellingen waar je jezelf of team over zal informeren. Dit kan je doen door:
  - literatuur te raadplegen
  - een vorming te volgen
  - overleg te plegen met een hulpverleners uit de verslavingszorg
- Bespreek hierna opnieuw de stellingen, informeer elkaar en ga na hoe je nu individueel of in groep tegenover deze stellingen staat.

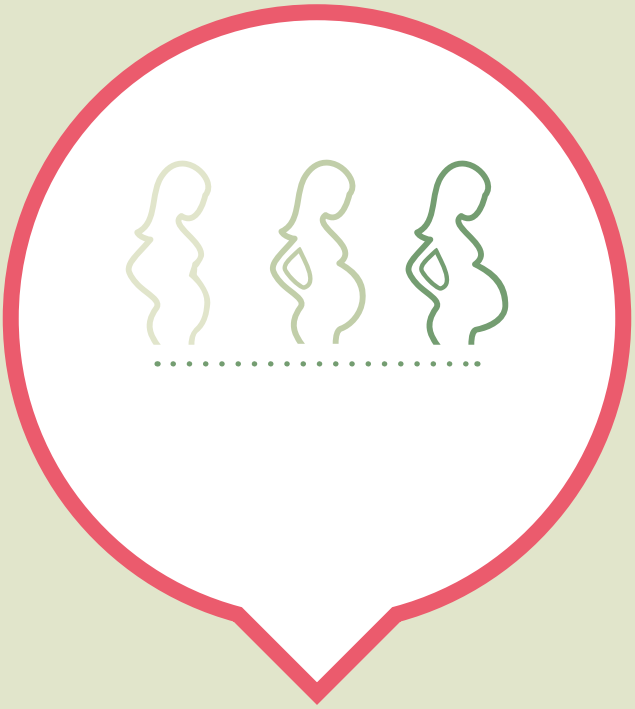
AKKOORD

Jij of je collega's zijn wel akkoord met bepaalde stellingen...
Neem deze basishouding op in jullie visie en dagelijkse werking.
Probeer zoveel mogelijk stellingen op te nemen.

- Bespreek hoe je de basishouding kan implementeren in jullie visie en vertalen in de praktijk. Op welke punten wil jij of je team inzetten?
- Blijf voor jezelf of je team nagaan welke moeilijkheden of goede ervaringen je hebt met het in praktijk brengen van deze basishouding.
- Blijf dit thema opvolgen en bespreken met interne, externe collega's en zwangere vrouwen.

TIPS

Voor een goede **visie- en praktijkontwikkeling** is het belangrijk dat de visie, acties en uitvoering op elkaar afgestemd zijn en elkaar bekrachtigen.
Een doelstelling die tegenstrijdig is aan de visie draagt niet bij tot een goede werking.

Sta stil bij wat je wil bereiken met zwangere vrouwen die problematisch alcohol drinken.
En hoe je dit kan bereiken.

- **Missie:** Waarom bestaat mijn of onze zorgpraktijk?
- **Visie:** Wat wil ik als hulpverlener of met mijn team bereiken?
- **Strategie:** Op welke manier willen we dit bereiken?
- **Output:** Wat bereiken we momenteel?
- **Acties:** Welke stappen moeten we (nog) ondernemen om deze doelstellingen te bereiken?