Interprofessionele samenwerking bij de opvolging van zuigelingen en peuters

Een kwalitatief onderzoek gebaseerd op interviews met huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind en Gezin

Annick Gohr, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen
Co-promotoren: dr. Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Deze masterproef is het resultaat van een samenwerking met verschillende personen. Ik wil dan ook mijn promotor, prof. dr. Hilde Bastiaens, bedanken om vanaf het eerste moment te geloven in mijn onderzoeksvraag en -opzet en de uitwerking ervan te begeleiden. Ook mijn co-promotor, Giannoula Tsakitzidis, ben ik heel dankbaar om mij de nodige deadlines te geven en uitgebreid de tijd te nemen om mijn vorderingen te bespreken en bij te sturen.

Verder wens ik uiteraard alle geïnteresseerde en deelnemende consultatiebureauartsen en huisartsen te bedanken voor hun tijd en waardevolle input. Ook mijn praktijkopleider, dr. Hilde De Maeyer, en de andere collega's en medewerkers in de praktijk ben ik zeer erkentelijk voor hun interesse en ondersteuning.

Bovendien wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken, zowel voor de morele steun die ze mij verleenden tijdens de ganse periode als voor het geleverde werk. Vooral mijn schoonmama, Kris Beyens, die zich verdienstelijk gemaakt heeft bij het uittypen van de interviews en mijn mama, die telkens klaarstond om de uitgeschreven teksten te lezen en samen met mij te verbeteren verdienen een bijzondere vermelding.

Last but not least mag mijn vriend Wim in dit dankwoord niet ontbreken. Zonder zijn praktische hulp, begrip en voortdurende steun zou deze thesis niet het gewenste resultaat hebben.

Abstract

Achtergrond

In Vlaanderen staan verschillende zorgverleners in voor de opvolging van zuigelingen en peuters. Aan de ene kant zijn er de preventieve diensten die worden aangeboden door Kind en Gezin, waarbij onder andere consultatiebureauartsen en regioverpleegkundigen opvolging voorzien. Aan de andere kant zijn er huisartsen en kinderartsen die de zorg voor zowel gezonde als zieke kinderen op zich nemen. De literatuur beschrijft het toenemend belang van goede interprofessionele samenwerking en interprofessioneel leren om een sterker gezondheidssysteem te kunnen garanderen. Vanuit mijn werk als zomerarts bij Kind en Gezin en later ook als CB-arts tijdens mijn huisartsopleiding, heb ik mij de vraag gesteld hoe de samenwerking tussen huisartsen en CB-artsen momenteel loopt.

Doelstelling

Deze masterproef had als doel om aan de ene kant een inzicht te krijgen in hoe huisartsen en CB-artsen de huidige manier van samenwerken ervaren. Aan de andere kant was het doel om knelpunten en facilitators in de samenwerking te exploreren om zo een beter zicht te krijgen op wat goed loopt en wat de eventuele noden zijn.

Methode

In eerste instantie is een literatuuronderzoek verricht naar bestaande studies omtrent de samenwerking tussen de preventieve sector en huisartsen wat betreft de opvolging van zuigelingen en peuters. In het tweede luik is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Via interviews met huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind en Gezin in de provincie Antwerpen, is gekeken naar hoe zij de samenwerking met elkaar momenteel ervaren. Alle interviews werden getranscribeerd en onderworpen aan een thematische analyse.

Resultaten

Uit de literatuurstudie blijkt dat interprofessioneel samenwerken belangrijk is om een kwalitatieve en efficiënte dienstverlening te kunnen aanbieden. Over samenwerking tussen preventieve en curatieve eerstelijnszorg is echter weinig tot niets beschreven. Het is een veld dat in ontwikkeling is en waarnaar meer onderzoek nodig is. In het kwalitatieve onderzoek werden tien artsen geïnterviewd, waarvan drie consultatiebureauartsen en zeven huisartsen. Uit de analyse kwamen vier belangrijke thema's naar voren: het eerste thema gaat over actieve samenwerking waaruit blijkt dat er weinig tot geen rechtstreeks contact is tussen de artsen. Het blijkt dat zij voor dringende en zorgwekkende zaken graag telefonisch contact hebben, en dat andere zaken liefst via schriftelijke of elektronische weg verlopen. In het tweede thema wordt de passieve samenwerking besproken waarbij blijkt dat er een grote vraag is naar het passief delen van gegevens, zoals groeicurves en meldingen in verband met verwijzingen. Het derde en vierde thema gaan over interprofessioneel leren. In het derde thema 'leren over elkaar' komt het belang van uitwisselen van contactgegevens en elkaars werking aan bod. Ten slotte gaat het vierde thema over 'leren met en van elkaar' waaruit interesse blijkt voor onder andere gemeenschappelijke bijscholingen.

Conclusie

Uit de interviews is enerzijds gebleken dat de artsen weinig direct contact ervaren en dat een aantal barrières hierbij een rol spelen. Anderzijds hebben alle deelnemers suggesties om een aantal van de bestaande barrières te doorbreken. Uitgebreider onderzoek is nodig om de kwaliteit van samenwerking tussen deze verschillende actoren, alsook de potentiële invloeden hiervan op de opvolging en op de kwaliteit van zorg voor zuigelingen en peuters te evalueren.

Inhoud

Inleiding 7
Vlaamse context 8
Onderzoeksvraag 8
Opbouw van de thesis - leeswijzer 8
DEEL 1: Literatuuronderzoek 10
Methode 10
Resultaten 11
Inclusie van relevante publicaties 11
Interprofessionele samenwerking in de literatuur 12
Interprofessioneel leren 14
Ontwikkelen en ondersteunen van interprofessionele gezondheidszorg 15
Jeugdgezondheidszorgorganisatie in Nederland 16
Discussie 17
Verschil in terminologie en methodes 17
Overkoepelende organisaties die oplossingen kunnen bieden 18
Samen leren 18
Verschillen tussen België en Nederland 19
Conclusie 19
DEEL 2: Veldstudie 20
Methode 20
Studiedesign 20
Deelnemers en dataverzameling 20
Ethisch Comité 22
Analyse 22
Resultaten 22
Karakteristieken van de deelnemers 22
Samenwerking: actief 23
Samenwerking: passief (delen van informatie) 25
Interprofessioneel leren over elkaar 28
Interprofessioneel leren van en met elkaar 31
Discussie 33
Interprofessionele of multiprofessionele samenwerking? 33
Interprofessioneel leren 35
Sterktes en zwaktes 37

Conclusie 37
Referenties 38
Bijlage 1: onderzoeksprotocol 40
Bijlage 2: goedkeuring Ethisch Comité 42
Bijlage 3: informatiedocument deelnemers 44
Bijlage 4: script CB-artsen 46
Bijlage 5: script huisartsen 48

Inleiding

In Vlaanderen kunnen aanstaande ouders en ouders van jonge kinderen kosteloos beroep doen op de verschillende preventieve diensten van Kind en Gezin. Ze worden er begeleid door de regioverpleegkundigen, vrijwilligers, gezinsondersteuners en consultatiebureauartsen (CB-artsen). In 2015 hebben meer dan een half miljoen consulten plaatsgevonden in de consultatiebureaus. Hiermee werden meer dan 90% van de kinderen in de leeftijd van nul tot drie maanden bereikt [1].
Daarnaast zijn er in Vlaanderen meer dan 8000 erkende huisartsen [2]. Jaarlijks hebben zij met 7 op de 10 kinderen van nul tot vier jaar minstens één contact [3]. België telde in 2015 een 1800-tal kinderartsen. Ook zij spelen een rol in de opvolging van kinderen van 0 tot 3 jaar.

De literatuur beschrijft het toenemend belang van goede interprofessionele samenwerking en interprofessioneel leren om een sterker gezondheidssysteem te kunnen garanderen [4-6]. De WHO stelt dat samenwerking in de gezondheidszorg plaatsvindt wanneer meerdere zorgverleners met verschillende professionele achtergronden hun zorg bieden aan patiënten, families, verzorgers en gemeenschappen om zo de beste kwaliteit van zorg te kunnen bieden [6]. Bij de zorg voor zuigelingen en peuters in Vlaanderen wordt er op een specifieke manier samengewerkt. Enerzijds wordt er tijdens de consulten die CB-artsen doen een veelheid aan medische en niet-medische informatie verzameld. Deze informatie is belangrijk voor een goede opvolging van het kind. Anderzijds ligt er ook bij de huisartsen een rol in de opvolging van deze patiëntengroep op verschillende vlakken. Zij zien de kinderen echter vooral op momenten dat deze ziek zijn. Werken beide artsengroepen op een interprofessionele manier samen?

Vanuit mijn werk als zomerarts bij Kind en Gezin en later ook als CB-arts tijdens mijn huisartsopleiding, heb ik mij de vraag gesteld hoe de samenwerking tussen huisartsen en CB-artsen momenteel loopt. Hierbij kwamen volgende vragen naar boven:
Hoe ervaren beide artsengroepen de huidige manier van samenwerken? Hebben zij nood aan andere manieren van samenwerken? Op welke manier en waarover worden zij graag geïnformeerd? Hoe is de ervaring met leren van, met en over elkaar?

Met deze masterproef willen we graag een antwoord op bovenstaande vragen en wensen we aan de ene kant een inzicht te krijgen in hoe huisartsen en CB-artsen de huidige manier van samenwerken ervaren. Aan de andere kant willen we knelpunten en facilitators in de samenwerking exploreren om zo een beter zicht te krijgen op wat goed loopt en wat de eventuele noden zijn. Op basis van de resultaten zullen adviezen ter verbetering van samenwerking geformuleerd worden. Afhankelijk van

de aard van de noden zullen deze adviezen bedoeld zijn voor een overkoepelend niveau (bijvoorbeeld mogelijkheid tot delen van medische informatie via een e-platform) of eerder voor individuele samenwerking (specifieke tips voor huisartsen of CB-artsen). Specifiek onderzoek naar de samenwerking tussen preventieve en curatieve eerstelijnssector bij de opvolging van zuigelingen en peuters lijkt tot op heden niet gebeurd. Dit onderzoek kan hier een eerste bijdrage aan leveren.

Vlaamse context

De opvolging van zuigelingen en peuters gebeurt in Vlaanderen op verschillende plaatsen. Allereerst is er Kind en Gezin, een agentschap van de Vlaamse Overheid, met als kerntaak de regie van kinderopvang en de organisatie van preventieve gezinsondersteuning [7]. Dit laatste is een gratis dienst die verloopt volgens een vast stramien. De eerste kennismaking gebeurt door een verpleegkundige die contact opneemt net voor of na de geboorte. Samen met de ouders maken zij afspraken over een dienstverlening op maat. Hierbij horen onder andere een huisbezoek, ogentest en gehoortest, basisconsulten voor vaccinaties en algemene opvolging van lengte, gewicht en ontwikkeling. Naast de verpleegkundige komen ouders en kinderen hierbij in contact met de arts van een consultatiebureau, de vrijwilligers en andere gezinsondersteuners [8].

Daarnaast kunnen ouders ervoor kiezen om deze preventieve ondersteuning via de huisarts of de kinderarts te laten verlopen. De redenen dat ouders hiervoor kiezen zijn uiteenlopend gaande van praktische overwegingen en beschikbaarheid naar persoonlijke ervaringen met de andere preventieve diensten. Een groot verschil met Kind en Gezin is dat bij de huisarts of kinderarts de consultaties betalend zijn. Er zijn echter verschillende ziekenfondsen die de consultaties van kinderen jonger dan 7 jaar volledig terugbetalen. Verder beschikken huisartsen ook over de gratis vaccinaties en kunnen zij de andere aspecten van het opgroeien mee begeleiden. De dag van vandaag vormen steeds meer huisartsen een groepspraktijk, waarbij ruimte gemaakt wordt voor multidisciplinair werken [9].

Onderzoeksvraag

Interprofessionele samenwerking bij de opvolging van zuigelingen en peuters. Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind en Gezin en hoe ervaren de artsen deze samenwerking?

Opbouw van de thesis - leeswijzer

Deze masterproef is opgebouwd uit twee delen. In het eerste deel is het literatuuronderzoek beschreven dat werd verricht naar bestaande studies omtrent de samenwerking tussen de preventieve sector en huisartsen wat betreft de opvolging van zuigelingen en peuters.

In het tweede deel staat het kwalitatief onderzoek beschreven waar we op basis van interviews met huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind en Gezin in de provincie Antwerpen bekeken hoe zij de samenwerking met elkaar momenteel ervaren.

DEEL 1: Literatuuronderzoek

In een voorbereidende literatuurstudie hebben we gezocht naar wat reeds in de literatuur beschreven staat over de samenwerking tussen de preventieve gezondheidszorg en huisartsen op gebied van opvolging van zuigelingen en peuters.

Methode

De zoektocht begon met het vertalen van de onderzoeksvraag naar zoektermen. Hierbij zijn we uitgekomen op de MESH-termen 'interprofessional relations' en 'primary health care'. Deze termen hebben we vervolgens toegepast in een zoekopdracht in de database Pubmed (zie Tabel 1), in combinatie met onderstaande limieten.

Tabel 1 Zoekopdracht in Pubmed op 27 juni 2017

Datum	MESH-termen	Limieten
27/06/2017	Interprofessional Relations; Primary Health Care	Humans, English, Infant, 2005/01/01:2017/12/31

Verschillende zoekopdrachten met meerdere MESH-termen werden vergeleken, maar leverden geen additionele artikels op.

De verkregen artikels werden beoordeeld op basis van titel en abstract. Hiervoor werd gebruik gemaakt van inclusiecriteria die bepaald werden vanuit de *search concept tool* 'CLIP'. Deze tool is bedoeld voor het formuleren van onderzoeksvragen die handelen omtrent de organisatie van de gezondheidszorg (cfr. PICO die gebruikt wordt voor onderzoek naar interventies)[10]:

C	Client	newborns, infants, preschool children
L	Location	general practice, preventive services
I	Improvement	collaboration between preventive health care and primary care
P	Professional	preventive health physicians, general practitioners

Van de artikels die na deze eerste beoordeling overbleven, werd de volledige tekst gelezen en opnieuw op basis van de inclusiecriteria gescreend op relevantie.

Naast een oriënterende zoektocht in pubmed, hebben we in de wetenschappelijke databank van Google (Google Scholar) gezocht naar relevante artikels met de zoektermen *interprofessional relations* en *primary health care* en dezelfde limieten als in Pubmed.

Gelijktijdig hebben we voor het zoeken van relevante reviews gebruik gemaakt van de Cochrane database, met de zoektermen *interprofessional relations* en *interprofessional collaboration.*

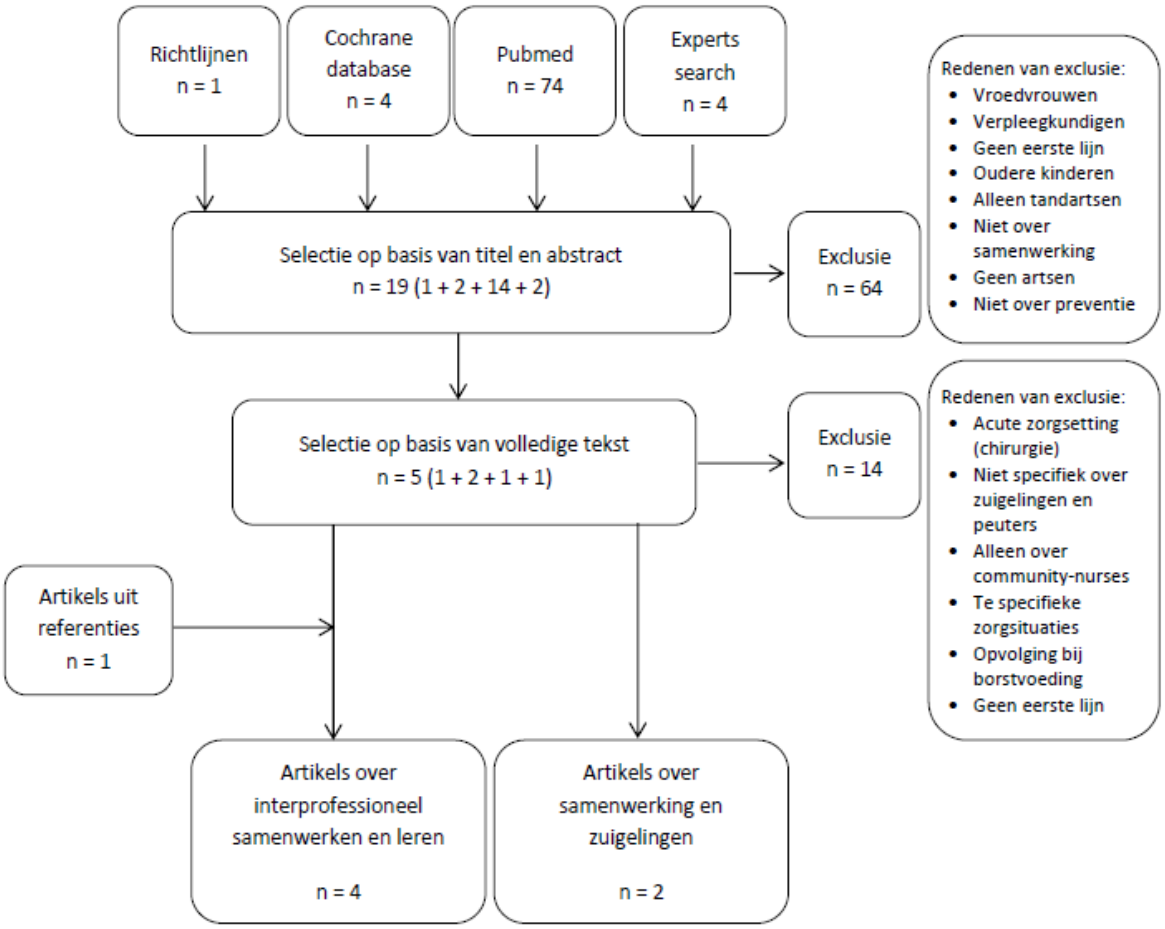
Verder werd naar richtlijnen gezocht via quaternaire bronnen zoals Domus Medica, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Guidelines International Network (GIN database).

Resultaten

Inclusie van relevante publicaties

In figuur 1 is weergegeven hoe de relevante artikels geïncludeerd werden. Via de zoekopdracht in Pubmed hebben we uiteindelijk 74 unieke publicaties verkregen. Na grondige screening op basis van titel en abstract en nadien meer specifiek op volledige tekst, konden we hiervan slechts één publicatie includeren voor de literatuurbespreking. De meest voorkomende redenen voor exclusie zijn vermeld in het diagram. Het betrof een aantal artikels die voornamelijk gericht waren op het werk van vroedvrouwen en hun samenwerking met specialisten of de ouders, de overgang van een dienst voor intensieve neonatale zorgen naar een 'gewone' afdeling of naar huis, zorgcoördinatie bij kinderen met speciale zorgnoden, artikels die over oudere kinderen dan onze doelpopulatie handelden e.d.. In de Cochrane database werden vier reviews teruggevonden, waarvan er na screening twee relevante overbleven.

Onze zoekopdracht naar richtlijnen bracht twee relevante publicaties naar boven. Voor België kon geen enkele publicatie worden weerhouden, maar voor Nederland hebben we via expert search een handreiking rond samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen bekomen. Via de GIN database werd één publicatie gevonden.



Figuur 1 Prisma diagram van de gevonden publicaties

De resultaten van de literatuurstudie worden besproken in vier delen (zie ook tabel 2). 'Interprofessionele samenwerking in de literatuur' beschrijft voornamelijk wat samenwerking in se betreft en de problemen die hierbij kunnen optreden. In het tweede deel 'interprofessioneel leren' worden de definitie en het belang van interprofessionele educatie aangehaald. Onder 'ontwikkelen en ondersteunen van interprofessionele gezondheidszorg' wordt een Amerikaanse richtlijn besproken die aanbevelingen geeft ter optimalisatie van interprofessionele zorg. Ten slotte wordt in het vierde deel een beschrijving gegeven van de organisatie van de jeugdgezondheidzorg in Nederland.

Interprofessionele samenwerking in de literatuur

In een review van Reeves et al. [4] die in 2017 verscheen in de Cochrane database, beschrijft men interprofessionele samenwerking als een proces waarbij verschillende gezondheidszorg- en sociale hulpverleners samenwerken om de zorg positief te beïnvloeden. Hieronder wordt verstaan dat er regelmatig overleg en interactie is tussen de professionals, waardoor de expertise en bijdrage die elke afzonderlijke hulpverlener kan bieden, gebruikt wordt. Vanuit eerdere studies is reeds gebleken dat problemen in de samenwerking een impact hebben op het werkproces en ook op patiëntveiligheid.

Tabel 2 Overzicht van de geïncludeerde artikels

Auteur	Titel	Publicatiejaar	Type artikel	Tijdschrift	Korte beschrijving
Registered Nurses' Association of Ontario[a]	*Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*	2013	Richtlijn	n.v.t.	Amerikaanse richtlijn met best practices voor teamwork en interprofessionele samenwerking om de outcome voor patiënten, systemen en organisaties te versterken
Reeves et al.[b]	*Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes*	2017	Interventie review	The Cochrane database of systematic reviews	Review over het effect van strategieën om interprofessionele samenwerking te verbeteren op de zorg voor patiënten
Reeves et al.[b]	*Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*	2013	Interventie review	The Cochrane database of systematic reviews	Review over de effectiviteit van verschillende interventies om interprofessioneel te leren
Berg en Stapleton[a]	*Physician and dentist: new initiatives to jointly mitigate early childhood oral disease*	2012	Review	Clinical Pediatrics	Review over mondhygiëne bij kinderen in de VS met bestaande barrières voor effectieve samenwerking tussen arts en tandarts en aanbevelingen hieromtrent
Landelijke Huisartsen Vereniging[b]	*Handreiking samenwerking huisarts, Jeugdgezondheidszorg*	2008	Handreiking	n.v.t.	Nederlandse richtlijnen om de samenwerking tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg te verbeteren
Black et al.[b]	*The Teamwork Study: enhancing the role of non-GP staff in chronic disease management in general practice*	2013	Cluster randomised trial	Australian Journal of Primary Health	Implementatie van een interventie ter ondersteuning van de communicatie tussen artsen en medewerkers in huisartsenpraktijken in Australië om de zorg voor patiënten met een chronische ziekte te verbeteren

a: artikels met focus op interprofessionele samenwerking bij zuigelingen en peuters
b: artikels met focus op interprofessionele samenwerking of educatie

Zo beschreven Berg en Stapleton [11] in 2012 in een review over de aanpak van mondziekte en tandhygiëne bij kinderen in de Verenigde Staten een aantal barrières voor een effectieve samenwerking tussen artsen en tandartsen. Voorbeelden hiervan zijn het gebrek aan opleiding voor (tand)artsen om zuigelingen en peuters te behandelen, terughoudendheid voor samenwerking omdat er niet geloofd wordt in het belang van orale gezondheid voor de algemene gezondheidstoestand en dus een gebrek aan verantwoordelijkheid. Ook de verscheidenheid aan elektronische dossiers waardoor communicatie moeilijker is, lage terugbetalingstarieven, weerstand bij artsen om extra controle uit te voeren op bepaalde leeftijden… zouden bijdragen aan een beperktere samenwerking.

Daarom hebben Reeves et al. [4] studies vergeleken die verschillende interventies voor samenwerking onderzochten. Zo bestudeerden Black et al. [12] in 2013 een interventie in eerstelijnspraktijken, om o.a. verpleegkundigen en administratieve medewerkers te ondersteunen in hun samenwerking met huisartsen, met als doel de patiëntenzorg te verbeteren bij chronische ziekte. De andere interventies, zoals interprofessionele rondes of checklists, zijn vooral van toepassing in een ziekenhuissetting en niet in de eerstelijnssetting. Reeves et al. concluderen dat een aantal strategieën om de interprofessionele samenwerking te verbeteren mogelijk de functionele status van patiënten kan verbeteren. Het niveau van bewijskracht is echter vaak ontoereikend. Dit heeft vooral te maken met de bestaande schalen om samenwerking te meten, die beperkt zijn in gebruik door hun validiteit, betrouwbaarheid en toepasbaarheid binnen verschillende professionele groepen. Daarnaast is een goede vergelijking van de verschillende onderzoeken niet eenvoudig omdat de gebruikte terminologie niet altijd overeenkomt.

Interprofessioneel leren

Reeves et al [5] schreven in 2013 een update van de Cochrane Review over interprofessioneel leren. Hierin wordt IPE (interprofessional education) gedefinieerd als een interventie waar leden van verschillende professies - zowel gezondheidszorg als sociaal werk - interactief samen leren met als expliciet doel de samenwerking en de kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren. De belangrijkste uitkomstmaat die zij hanteerden is het effect op de patiënt of het zorgproces en dus niet het effect op gedrag van de professionals. Uit vergelijking van de 15 gevonden reviews konden zij weinig algemene conclusies trekken, omwille van de beperkte zoekresultaten en de variëteit aan onderzoeksmethodes. Ze benadrukken het belang van toekomstig onderzoek dat zich moet focussen op 3 hiaten: ten eerste vergelijking van de effectiviteit van IPE interventies met afzonderlijke beroep specifieke interventies; ten tweede studies met kwalitatieve onderdelen die processen onderzoeken met betrekking tot IPE en de veranderingen in de praktijk; ten derde kosten-batenanalyses.

Ontwikkelen en ondersteunen van interprofessionele gezondheidszorg

De *Registered Nurses' Association* van Ontario ontwikkelde een uitgebreide best practice richtlijn over interprofessionele samenwerking [13], die in 2013 verscheen in de GIN-database. Hierin geven ze aanbevelingen over hoe interprofessionele zorg op zowel beleidsmatige, organisatorische en individuele manier geoptimaliseerd kan worden. Ze beschrijven interprofessionele zorg als zijnde uitgebreide gezondheidszorg door meerdere zorgverleners die samenwerken.

De samenwerking dient om patiënten systematisch op te volgen en de beste zorg te kunnen bieden. Ook de familie is een belangrijke component in deze zorgverlening. Hierbij is het belangrijk dat alle zorgverleners het eens zijn over de evidence based zorgmethode. Om de samenwerking te verbeteren geeft de richtlijn meerdere aanbevelingen voor gezondheidswerkers aangaande het team, het belang van communicatie, nood aan opleiding en de manier waarop overheden en organisaties hun rol hierbij kunnen spelen.

De richtlijn geeft aan dat een team van zorgverleners zich niet beperkt tot ziekenhuizen. De verschillende actoren kunnen zich ook verspreid over meerdere locaties bevinden, mede dankzij de ontwikkeling van technische hulpmiddelen. Elke zorgverlener binnen het team kent zijn rol en heeft zijn eigen expertise, waarvan voordeel moet en kan genomen worden. Dit zorgt er ook voor dat er naar elkaar geluisterd moet worden en dat iedereen een deel van de 'macht' bezit (shared power). Bij het delen van informatie is het ook de aanbeveling om geen informatie achter te houden.
Naast gedeelde kennis en macht, wordt er ook gesproken over gedeeld leiderschap en *shared decision making* met een gemeenschappelijk doel. Ze gaan hierbij uit van het geloof dat op verschillende momenten en afhankelijk van de behoeften en situatie, andere zorgverleners de leiderschapsrol opnemen en dat werk wordt toegewezen op basis van de nodige vaardigheden.

Binnen een samenwerking is communicatie essentieel. Hierbij geeft de richtlijn aan dat iedereen over goede communicatievaardigheden dient te beschikken. Er dienen ook de nodige hulpmiddelen beschikbaar te zijn om deze communicatie te ondersteunen en om informatie te delen.

De richtlijn vermeldt niet enkel dat de zorgverleners opgeleid moeten worden qua communicatie, maar ook dat het samen volgen van opleidingen een positieve invloed heeft op de samenwerking. Ook het interprofessioneel samenwerken zelf dient als opleidingsonderwerp aan bod te komen.

Overheden, koepelorganisaties en organisaties dienen volgens de richtlijn de interprofessionele samenwerking te ondersteunen in al zijn aspecten. Ze kunnen hiervoor bepaalde doelstellingen en

regels opstellen en opnemen in hun beleidsdocumenten. Voorbeelden van ondersteuning zijn het voorzien van tijd voor zorgverleners voor interprofessionele samenwerking, evenals ruimten ter beschikking stellen en tools voorzien voor samenwerking, communicatie en het uitwisselen van informatie. Daarnaast vermeldt de richtlijn ook dat organisaties zowel regelmatig formeel als informeel overleg tussen de zorgverleners kunnen promoten om de communicatie te verbeteren. Er wordt ook aangehaald dat het standaardiseren van documentatie deze communicatie helpt.

Jeugdgezondheidszorgorganisatie in Nederland

De Nederlandse 'Handreiking samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg' [14] die in 2008 verscheen, is gemaakt met als doel de samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen in Nederland te verbeteren.

Allereerst beschrijven ze de twee groepen van zorgverleners met hun eigen kenmerken, de leden waaruit ze bestaan en de gemeenschappelijke doelen die ze hebben. Binnen de huisartsgeneeskundige zorg is er immers een duidelijke plaats voor de praktijkassistentes, praktijkondersteuners en -verpleegkundigen en de recent bijgekomen *nurse practitioners*. Zij werken eerder vraaggericht en hebben als kerntaken diagnostiek, begeleiding en behandeling en ook preventie. Binnen de jeugdgezondheidszorg is er een afgesproken taakomschrijving voor de jeugdartsen, - verpleegkundigen, consultatiebureauassistentes en doktersassistentes. Zij werken als groep meer aanbod-gestuurd (vanuit de overheid en gemeenten) en hebben vooral als doel het beschermen en bevorderen van de gezondheid van kinderen van 0-19 jaar. Organisatorisch zijn de groepen duidelijk gescheiden waarbij de jeugdgezondheidszorg valt onder de preventieve openbare gezondheidszorg en de huisartsenzorg onder de curatieve eerste lijn.
Hoewel ze organisatorisch en inhoudelijk een aantal verschillen vertonen, is er overlap in de zorg en hebben beide complementaire rollen. De huisarts kent vaak het hele gezin en ziet kinderen vooral als ze ziek zijn. De jeugdarts richt zich meer op een longitudinale opvolging en ziet voornamelijk gezonde kinderen, maar ook zij nemen een taak op zich bij o.a. allergische luchtwegaandoeningen, voedselovergevoeligheid, groeistoornissen…. Ze hebben uiteindelijk beiden een aantal taken in preventie en curatie en zijn daardoor partners in de zorg voor kind en gezin.

In de volgende hoofdstukken wordt onder andere gesproken over de redenen en de wijze waarop huisartsen en jeugdartsen contact hebben. Gemiddeld zouden ze één à twee keer per jaar telefonisch contact hebben over een kind. Verdere communicatie gebeurt meestal schriftelijk via een summiere verwijsbrief van de jeugdarts en een antwoordbrief van de huisarts. Sinds 2006 mogen jeugdartsen

rechtstreeks naar de 2e lijn verwijzen. De bedoeling is dat de huisarts hier, als zijnde dossierhouder, een melding van krijgt en dus op de hoogte gehouden wordt. Voor deze rechtstreekse verwijzingen zijn goede regionale afspraken nodig. Deze en nog andere samenwerkingsafspraken worden gemaakt door eerstelijns beroepsorganisaties en krijgen de naam Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's), die meestal gebaseerd zijn op bestaande standaarden. De LESA's worden regionaal nog vertaald in werkafspraken tussen de verschillende partners. Naast deze samenwerkingsverbanden, wordt er ook op huisartsengroep-, gemeentelijk en/of regionaal niveau eens per jaar of half jaar een werkoverleg georganiseerd met als doel elkaar te leren kennen, afspraken te maken rond bereikbaarheid, protocollen te bespreken en uiteindelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren. In het kader van deze overlegmomenten worden de artsen ook aangemoedigd om regelmatig gezamenlijke scholing te volgen.

Naast het ontwikkelen van overkoepelende richtlijnen is een efficiënte manier van gegevensdeling een belangrijk deel van goede samenwerking. Op het moment van de handreiking heeft iedere groep zijn eigen dossier en is er geen 'verbinding' tussen beide. De beroepsgroepen hebben beide duidelijk een vraag om dit mogelijk te maken. Hierbij komt meer kijken, namelijk de noodzakelijke toestemming van de betrokkene of diens wettelijke vertegenwoordigers. In sommige gevallen wordt deze toestemming echter verondersteld, stelt de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst: diegenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst mogen informatie delen met elkaar voor zover dit noodzakelijk is voor hun werkzaamheden. Buiten het mogelijk maken van eenvoudige gegevensdeling, vragen zowel jeugdartsen als huisartsen naar de toepassing van een standaardoverdracht van de relevante problemen op bijvoorbeeld vaste tijdstippen. Ook hierbij is het belangrijk dat de toestemming van de betrokkene van toepassing is.

Discussie

Verschil in terminologie en methodes

Tijdens de literatuurstudie is gebleken dat er tot op heden weinig onderzoek is verricht naar de samenwerking tussen de preventieve en curatieve eerstelijnssector wat betreft de opvolging van zuigelingen en peuters. Zoals Reeves et al. [4] in de Cochrane review van 2017 aangeven, is het daarnaast moeilijk om de onderzoeken die reeds gebeurd zijn naar interprofessionele samenwerking te vergelijken, omdat er verschillen zijn in onder andere terminologie en methodologie van samenwerking.

Het verschil in terminologie werd door Tsakitzidis et al. [15-17] ook benoemd. Zij spreken van interprofessioneel samenwerken, waarbij verondersteld wordt dat er overleg plaatsvindt tussen de verschillende professionals in een interprofessioneel team met een gemeenschappelijke visie, dat een

gedeelde verantwoordelijkheid draagt en een doelgerichte aanpak ontwikkelt. Dit in tegenstelling tot een multidisciplinair model waarbij de verschillende professionals sequentieel optreden en dus weinig tot geen interactie hebben.
In de richtlijn van de *Registered Nurses' Association* van Ontario [13] raden ze aan om een vorm van gedeeld leiderschap te hanteren bij het werken in teamverband. Wie deze rol opneemt is afhankelijk van de situatie en de nodige zorg. Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden is of het nuttig is om één persoon, die ook het aanspreekpunt voor de patiënt kan zijn, de regie te geven.

De studies die tot hiertoe gevonden en vergeleken [4, 11] zijn, tonen aan dat hulpverleners de moeilijkheden die er zijn op vlak van samenwerken regelmatig aankaarten. Hieruit blijkt dat interprofessioneel samenwerken een veld is dat in ontwikkeling is en dat uitgebreider onderzoek, met name lange termijn studies die verschillende methodes vergelijken, nodig is.

Overkoepelende organisaties die oplossingen kunnen bieden

Samenwerking vereist communicatie. In de aanbevelingen [13, 14] en ook het artikel van Berg en Stapleton [11] komt naar boven dat om deze communicatie efficiënter te laten verlopen er ondersteuning nodig is van overkoepelende organisaties en eventueel nationale instanties. Verschillende groepen van hulpverleners geven aan dat er een te divers aanbod is van dossiersystemen die niet met elkaar verbonden zijn, waardoor communicatie moeilijker is. Suggesties om op een efficiënte manier het registreren en delen van informatie te bekomen, zijn onder andere het ontwikkelen van standaarden voor software, gedeelde elektronische patiëntendossiers, een automatische link in programma's naar elkaars dossier. Bij deze ontwikkelingen moet uiteraard rekening gehouden worden met de bescherming van patiëntgegevens en de geïnformeerde toestemming.

Samen leren

In bijna elke richtlijn of review komt het belang van leren van, over en met elkaar aan bod. We denken hierbij onder andere aan samen bijscholingen volgen, overleggen over de samenwerking en elkaar en elkaars werkwijze leren kennen. De richtlijnen en reviews raden aan om dit te promoten en ondersteunen. Bij de Antwerpse universiteit en hogescholen wordt interprofessioneel leren mee in de basisopleiding opgenomen, zoals in de IPSIG[1]-module waarbij verschillende Antwerpse medische en paramedische studenten een week met elkaar leren samenwerken [16, 18].

[1] IPSIG: interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg

Verschillen tussen België en Nederland

Uit de Nederlandse handreiking die beschrijft hoe de samenwerking tussen de huisartsgeneeskundige en jeugdgezondheidszorg verloopt, leren we dat er een aantal verschillen zijn in de organisatie van de zorg. Allereerst wordt in ons noordelijk buurland de jeugdarts veel meer als een specialist aanzien dan bij ons. Zo voert deze bijvoorbeeld ook eliminatie-provocatietesten uit bij het vermoeden van voedselallergieën. In tegenstelling tot de Belgische consultatiebureauartsen, kunnen de Nederlandse jeugdartsen kinderen rechtstreeks naar 2de lijn verwijzen voor consultatie of onderzoeken.
Hoewel vroeger ook veel huisartsen de consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters deden, behoren deze taken tegenwoordig eerder tot het 'bijzonder huisartsgeneeskundig aanbod' waarvoor zij een speciale opleiding dienen te volgen.

Uit de betrokken informatie [14] leiden we af dat er in Nederland meer overleg op verschillende niveaus plaatsvindt. In de Nederlandse literatuur vinden we ook een duidelijke taakverdeling tussen de verschillende medische en paramedische functies. Een diepgaande vergelijking tussen de Belgische en Nederlandse werkwijze werd niet gevonden.

Conclusie

Uit bovenstaand literatuuronderzoek blijkt dat interprofessioneel samenwerken belangrijk is om een kwalitatieve en efficiënte dienstverlening te kunnen aanbieden. Over samenwerking tussen preventieve en curatieve eerstelijnszorg is echter weinig tot niets beschreven. Het is een veld dat in ontwikkeling is en waarnaar meer onderzoek nodig is. Specifieke onderwerpen zoals doelgerichte organisatie van het werk, overleg, interprofessioneel leren, delen van patiëntinformatie zullen hierbij bevraagd of onderzocht moeten worden.

DEEL 2: Veldstudie

Methode

Studiedesign

In deze studie werd via interviews met huisartsen en met artsen die werken in consultatiebureaus van Kind en Gezin (CB-artsen) nagegaan wat de perceptie is over de huidige manier van samenwerking tussen beide. Aangezien we wilden exploreren wat de ervaring is van deze artsen, werd gekozen voor een kwalitatief beschrijvende onderzoeksmethode [19]. Aan de hand van semigestructureerde interviews kunnen we een beeld schetsen van de huidige situatie en mogelijke problemen aan het licht brengen. De deelnemers werden bevraagd over hun ervaringen, gedrag en mogelijke problemen of voorbeelden van goede praktijkvoering, die ze ondervinden in verband met de huidige manier van samenwerken. De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek kunnen enerzijds aanleiding geven tot hypotheses en onderzoeksvragen voor verder onderzoek en anderzijds sturing geven voor eventuele aanpassingen aan de huidige organisatie.

Deelnemers en dataverzameling

De doelgroep van dit onderzoek zijn huisartsen en artsen die werken in een consultatiebureau van Kind en Gezin, werkzaam gedurende minstens 1 jaar op een vaste plaats in de provincie Antwerpen. Er werd gestreefd naar een zo groot mogelijke variatie qua leeftijd, geslacht, jaren ervaring en verdeling tussen landelijke en stedelijke omgeving. Om deze populatie te bereiken werden enerzijds huisartsen gerekruteerd uit een landelijke regio in het noorden van de provincie Antwerpen. Via mailing naar een aantal LOK's[2] werden huisartsen uitgenodigd voor het interview. Telkens werd het vooropgestelde informatiedocument meegestuurd (zie bijlage 3). Anderzijds werden huisartsen uit het stedelijke Antwerpen gecontacteerd via mailing naar een overkoepelende organisatie, namelijk Huisartsenvereniging Antwerpen-Centrum. De artsen van de consultatiebureaus staan onder contract van een organiserend bestuur. Voor de rekrutering werd de toestemming gevraagd van deze organisaties en via hen verkregen we een lijst met contactgegevens en werkplaatsen van de actieve artsen in de provincie Antwerpen. Ook zij werden via mail uitgenodigd voor deelname.

Ter voorbereiding voor de interviews werden een aantal professionals uit het veld uitgenodigd voor een gesprek. Het betreft twee medewerkers van de provinciale afdeling Kind en Gezin Antwerpen die ons meer achtergrondinformatie konden geven over de werking en inhoud van de organisatie.

[2] Een LOK is een groep van collega's, artsen of apothekers-biologen, die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen (peer review) om de zorgkwaliteit te verbeteren. (bron: website Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering)

Voor zowel de interviews met huisartsen als met CB-artsen werd een script (zie bijlage 4 en 5) opgemaakt door de onderzoekers, gebaseerd op het voorgenoemde gesprek met de professionals van Kind en Gezin en op de literatuurstudie. Tijdens de interviews kwamen vier vooraf bepaalde thema's aan bod.

In het eerste thema werd allereerst met open vragen gepeild naar de ervaring die de artsen hebben in samenwerking met de andere groep artsen en hoe die er ideaal zou uitzien. Hierbij werd onder andere ook bevraagd welke verschillen zij zien in taakomschrijving wat betreft de opvolging van jonge kinderen.

Als tweede thema hadden we gekozen om dieper in te gaan op de verwijzing van zuigelingen en peuters, meer bepaald de perceptie en de ervaring die de artsen hierover hebben. Aan bod kwam onder andere welke informatie zij meedelen of verwachten. Er werd ook bevraagd hoe zij de verdeling van verantwoordelijkheid zien.

Bij het derde thema werd nog specifieker de focus gelegd op het delen van de patiëntinformatie en dus de manier waarop gecommuniceerd wordt. Hierbij konden zij suggesties geven over informatie die zij momenteel ontbreken of de wijze waarop zij graag geïnformeerd worden.

Het laatste thema had betrekking op het interprofessioneel leren. Er werd gepeild naar de ervaring die zij hebben in het leren van elkaar en of zij hiervoor suggesties hadden.

Na een proefinterview met een huisarts werden de laatste aanpassingen aan het draaiboek gemaakt. We kregen onder andere het inzicht dat het woord 'samenwerking' belemmerend was voor de deelnemer om te antwoorden. Vermoedelijk heeft dit te maken met ieders persoonlijke perceptie over samenwerking, waardoor het als te formeel wordt aanzien. Daarom dat we dit vervangen hebben door 'contact met'.

De interviews werden afgenomen door A.G. in de periode november 2017 - januari 2018 op een locatie die door de arts steeds gekozen werd. Ze duurden 30 tot 50 minuten en werden opgenomen en nadien getranscribeerd door A.G. en K.B.

Deelnemers werden uitgenodigd via een LOK-vergadering. Een tweede poging tot rekrutering verliep via een overkoepelende huisartsorganisatie. In een derde fase zijn er persoonlijke uitnodigingen gestuurd op basis van collega's en gegevens die via via werden verzameld. Daarnaast werd het totale aantal interviews bepaald volgens het principe van datasaturatie en gestuurd door een purposive sampling.

Ethisch Comité

Het studieprotocol werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen te Edegem (Belgisch registratienummer B300201732475). De deelnemers werden geïnformeerd en de verkregen informatie werd vertrouwelijk en met respect behandeld.

Analyse

Voor het verwerken van de verkregen data werkt gebruikt gemaakt van de thematische analyse voor kwalitatief onderzoek [20]. Allereerst werden de getranscribeerde interviews doorgelezen en relevante fragmenten gecodeerd en toegewezen aan een thema met behulp van Quirkos, een softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse. De thema's die werden vastgelegd zijn nadien, in overleg met het onderzoeksteam, samengevat in 4 hoofdthema's zoals te lezen is hieronder.

De beschreven resultaten worden geïllustreerd met relevante of treffende citaten, met daarbij telkens de betrokken arts vermeld.

Resultaten

Karakteristieken van de deelnemers

In totaal werden drie consultatiebureauartsen (tabel 3) en zeven huisartsen (tabel 4) uit de provincie Antwerpen geïnterviewd. Twee huisartsen zijn via de LOK-vergadering gerekruteerd. De drie CB-artsen en de overige vijf huisartsen werden gevonden via persoonlijke contacten.

Tabel 2 Beschrijving van de deelnemers

Interview als	*n*	Geslacht (vrouw:man)	Leeftijd (mediaan)	Gemiddelde leeftijd	Locatie (stedelijk:landelijk)	Jaren ervaring
CB-arts	3	2:1	33	35 (SD=7.21)	2:1	4.67 (SD=2,08)
Huisarts	7	5:2	41	43.14 (SD=13.38)	3:4	16.86 (SD=14.68)

Tabel 3 Specifieke gegevens van de consultatiebureauartsen

CB-arts	Geslacht	Leeftijdscategorie	Aantal zittingen/week	Aantal jaren ervaring	Locatie
CB1	V	36-45	6	7	Landelijk
CB2	M	26-35	2	4	Stedelijk
CB3	V	26-35	1	3	Stedelijk

Tabel 4 Specifieke gegevens van de huisartsen

Huisarts	Geslacht	Leeftijdscategorie	Ervaring als CB-arts	Aantal jaren ervaring	Locatie
HA1	M	56-65	Geen	37	Landelijk
HA2	M	26-35	Geen	2	Landelijk
HA3	V	46-55	In begin van carrière	28	Landelijk
HA4	V	36-45	Zomerarts	5	Landelijk
HA5	V	26-35	Zomerarts, vervangingen	2	Stedelijk
HA6	V	56-65	Begin van carrière	30	Stedelijk
HA7	V	36-45	Begin van carrière	14	Stedelijk

Uit de thematische analyse van de interviews zijn vier overkoepelende thema's naar voor gekomen. De eerste twee thema's hebben te maken met interprofessioneel samenwerken: eerst wordt de actieve samenwerking besproken waarbij rechtstreekse communicatie gebeurt. In het tweede thema wordt de passieve samenwerking behandeld, waarbij gegevens onrechtstreeks worden doorgegeven. Het derde en vierde thema gaan over interprofessioneel leren. In het derde thema komt het leren over elkaar aan bod. Het vierde thema beschrijft de bevindingen over het leren met en van elkaar.

Dit wordt aangevuld met relevante informatie die verkregen werd uit het gesprek met de professionals van de provinciale afdeling Kind en Gezin Antwerpen, naar verwezen als 'het gesprek met Kind en Gezin'. Samenvattend zijn telkens de belangrijkste wensen of suggesties die zij maken in verband met de thema's in de blauwe kaders weergegeven.

Samenwerking: actief

Het gesprek met Kind en Gezin leert ons dat hun visie op de samenwerking met huisartsen vooral doelt op het erkennen van elkaar als partner. Uit de interviews met zowel huisartsen als CB-artsen leren we dat er weinig tot geen rechtstreeks contact is tussen beide zorgverleners. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald zoals: de momenten waarop CB-artsen werken komen niet altijd overeen met de beschikbare momenten van huisartsen, ze weten niet hoe en wanneer de andere bereikbaar is, er is een gebrek aan continuïteit bij de CB-artsen en er is weinig tijd voor bijkomend contact voorzien. Ook de professionals van Kind en Gezin zijn zich ervan bewust dat de bereikbaarheid van CB-artsen en het ontbreken van contactgegeven een probleem vormt.

> *'Ja, ten eerste is het niet zo simpel om een huisarts zomaar te bereiken. Je zult heel dikwijls op een secretaresse stoten. En ten tweede, ja, dat moet je eigenlijk al doen na de consultatie want het volgende kind zit te wachten, dus je kunt niet zomaar even bellen.'*
>
> (CB1- p.2 regel 43-45)

Er werd door verschillende geïnterviewden een aantal voorwaarden geformuleerd om contact te maken: er moet een kanaal zijn waarlangs gecommuniceerd kan worden zoals telefonische beschikbaarheid of een mailingsysteem, er moeten contactgegevens beschikbaar zijn, de artsen moeten tijd hebben en bovenal zouden die contacten zich best beperken tot de situaties waarin een reden zoals extra informatie of ongerustheid aan de grondslag ligt. Een enkele arts stelt ook een eventuele financiële tegemoetkoming voor om de bijkomende communicatie te bevorderen.

> *'Als je zegt dat er een arts continu in huis is, kan je die laten bellen, die kan contact opnemen en probleemgezinnen wat meer opvolgen…'*
> *'…ik denk op zich dat veel verpleegkundigen dit prima op kunnen nemen, maar het zou natuurlijk wel een meerwaarde kunnen zijn. Maar dan moet hiervoor een financiële tegemoetkoming komen en dat gaat er voorlopig niet inzitten.'*
>
> (CB2 - p.2 regel 40-48)

Momenteel lijkt de voornaamste reden voor contact een verwijzing van de CB-arts naar de huisarts te zijn. Deze gebeurt volgens de geïnterviewden ofwel schriftelijk via een verwijsbrief of het Kindboekje van Kind en Gezin, ofwel mondeling via de ouders. Maar ook dit lijkt eerder zeldzaam te zijn. Een aantal van de problemen die de artsen hierbij ervaren zijn: ouders die niet ingaan op een verwijzing, het niet krijgen van een antwoord, als huisarts niet op de hoogte zijn van een verwijzing naar de kinderarts en het niet meebrengen van het Kindboekje naar de huisarts.

Een van de huisartsen maakt de bemerking dat de communicatie tussen zorgverleners minimaal is (en dit niet enkel ten overstaan van Kind en Gezin):

> *'… nu leeft iedereen in zijn huisje. Er is heel weinig communicatie tussen de verschillende actoren, maar niet alleen met Kind en Gezin…'*
>
> (HA3 - p.5 regel 195-196)

Uit specifieke bevraging bij enkele artsen blijkt enerzijds dat zij niet allen de nood voelen voor meer contact en dat het huidige systeem goed werkt. Een iemand haalt aan dat het beperkte contact dat er is soms een probleem kan vormen doordat er tegenstrijdige adviezen gegeven worden. Anderzijds geven zij een aantal suggesties en wensen voor de wijze waarop deze samenwerking zou kunnen verlopen (zie box).

'Die nood, dat valt best mee op dit moment. Wanneer heb je ze meestal nodig, als je ze gaat doorverwijzen of je denkt dat ernaar gekeken moet worden, en dan is dat wel oké…'

(CB3 - p.2 regel 40-41)

'…Of als er echt iets dringend of acuut is, denk ik dat het nog altijd het beste is dat het telefonisch gebeurt. Dat je rechtstreeks contact hebt. Je krijgt wel veel informatie via de computer, maar je ziet dat ook niet altijd binnenkomen of soms zit dat in uw dossiers. '

(HA6 - p.5 regel 213-216)

Suggesties en wensen voor actief contact:

- ***Wijze van contact: telefonisch contact voor dringende of zorgwekkende zaken en snelle boodschappen, anders schriftelijk op verschillende wijzen zoals boekje, mail of brief***
- ***Stimuleren om het Kindboekje mee te nemen naar elke zorgverlener***
- ***Vermijden van tegenstrijdige adviezen***

Samenwerking: passief (delen van informatie)

Naast het actief delen van informatie, dat vooral gebeurt naar aanleiding van een specifiek probleem, is er een grote vraag naar het passief delen van gegevens die de samenwerking en vooral de opvolging van jonge kinderen ten goede kan komen. Momenteel zijn het enkel vaccinaties die automatisch via Vaccinnet[3] gedeeld worden met elkaar. Hierbij dient opgemerkt te worden dat verschillende artsen klachten hebben over het correct invullen van Vaccinnet door de verschillende actoren (bv. kinderarts, huisarts, CB-arts). Verder geven meerdere huisartsen aan graag toegang te krijgen tot de groeicurves om de evolutie te kunnen opvolgen wanneer nodig. Een aantal huisartsen toont ook interesse in een rapport op een aantal sleutelmomenten in de opvolging bij Kind en Gezin of op het einde hiervan. Zij staan immers in voor de verdere levensloop, waar Kind en Gezin slechts tijdelijk voor opvolging zorgt.

'Maar ik denk dat als je gewoon al een verslag hebt van die gegevens dat het al oké is. Een andere verwijsbrief moet je ook maar even opendoen en het besluit eens lezen en zien of je iets meer moet doen. Maar ik denk zeker wel dat dit een stap vooruit kan zijn. En dan moeten mensen niet meer met het moederboekje of dan moet je niet zeggen als een 6-jarige komt voor de groei dat ze hun boekje moeten bijhebben en alles moeten ingeven.'

(HA7 - p.5-6, regel 231-235)

'…Want op 2,5 jaar stopt het daar en dan zijn er misschien, al is het minimale, afwijkingen maar wat gebeurt er dan mee. Dat dit dan inderdaad wordt doorgegeven aan de GMD-houdende arts. Een soort van eindverslag van de afgelopen 2,5 jaar, dat zou wel iets goed zijn...'

[3] bestel- en distributiesysteem voor vaccins die door de Vlaamse overheid ter beschikking gesteld worden aan artsen-vaccinatoren in het kader van haar programmatisch vaccinatiebeleid (bron: www.vaccinnet.be).

(HA4 - p.3, regel 128-130)

Een andere wens van de huisartsen is om op de hoogte gebracht te worden over verwijzingen die rechtstreeks naar de kinderarts verlopen. Dit kan bijvoorbeeld met een melding vanuit het consultatiebureau of met een verslag van de kinderarts. Hierbij aansluitend vermelden een aantal huisartsen dat ze graag op de hoogte gebracht zouden worden van de opstart van de opvolging binnen een bepaald gezin om te weten dat de zorg lopende is en wie ze kunnen contacteren.

> *'…Of ook in het begin van 'de verpleegkundige is langs geweest en de zorg is opgestart'. Dat je dit weet als huisarts en dat je het kan loslaten en weet van 'ze zijn vertrokken en ik zal het wel horen als er iets is'….'*
>
> (HA5 - p.5 regel 203-205)

> *'…of dat je een melding krijgt van 'deze persoon is bij ons in opvolging, bij een probleem contacteer die …'.'*
>
> (HA7 - p.7 regel 279-280)

Het gesprek met Kind en Gezin leert ons dat er, met behulp van digitale platformen zoals Vitalink[4], gewerkt wordt aan het delen van dergelijke informatie. Zo is het de bedoeling dat binnenkort niet alleen eenvoudiger meldingen zoals een verwijzing van het consultatiebureau doorgegeven worden aan de huisartsen, maar dat er ook een kindrapport beschikbaar zal zijn om via het eigen dossier te raadplegen. Dit zal enkel mogelijk zijn indien de ouders hiervoor hun toestemming geven. Verschillende huisartsen reageren tijdens de interviews alleszins positief op deze toekomstige evolutie.

In tegenstelling tot de veelheid aan voor de huisarts nuttige informatie waar CB-artsen over beschikken, is dit in omgekeerde richting minder het geval. De informatie die CB-artsen wel interessant vinden zijn hoofdzakelijk: medische antecedenten, medicatie en allergieën. Deze informatie krijgen zij vaak via de ouders, maar kan onvolledig of genuanceerd zijn.

> *'…medische antecedenten is bijvoorbeeld ook wel belangrijk. Bijvoorbeeld een kind met een hartafwijking. Veel ouders zeggen dan 'hij hoorde een hartgeruisje, en is geopereerd', maar waaraan dan? Dat is wel nuttige informatie.'*
>
> (CB3 - p.7 regel 277-279)

[4] Vitalink is een systeem waarmee zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen (bron: www.vitalink.be)

Bij meerdere huisartsen komt de opmerking dat zij beter op de hoogte zijn van de sociale context en risicofactoren bij ouders. Deze informatie kan nuttig zijn voor een goede opvang van een kind en zijn gezin op het consultatiebureau. Een kanttekening dat hierbij gemaakt wordt is dat het vaak om gevoelige informatie gaat en dat ouders niet bewust kiezen om terecht te komen bij een bepaalde CB-arts. Een aantal artsen geven hierbij de suggestie om te werken met twee luiken of aparte vakjes om dergelijke gegevens in weer te geven. Hiervoor dient duidelijk bepaald te worden voor wie welke informatie toegankelijk moet en mag zijn.

> *'Wij hoeven niet alles te weten. Kijk, bij een huisarts als je een globaal medisch dossier hebt dan teken je daarvoor. Ik ben echt wel voor open communicatie en de meeste mensen zullen daar ook geen probleem van maken, maar ja, er zal maar eens een keer iets naar boven komen van familiale antecedenten.'*
>
> (CB2 - p.7 regel 290-293)

> *'… bijvoorbeeld de indruk dat een kind niet de nodige verzorging krijgt. Dat is een indruk. Je wil dat uw collega dat ook heeft gezien, maar je wil niet dat dat zwart op wit in het dossier van iemand anders terecht komt. Dus zullen we met een paar aparte vakjes moeten werken, denk ik.'*
>
> (CB3 - p.6 regel 242-245)

Anderzijds geeft een van de huisartsen aan dat er nog nooit medische zaken zijn misgelopen omdat er informatie zou ontbreken. Ook een CB-arts vermeldt dat er geen chronisch gebrek is aan informatie, hoewel het soms wel handig zou zijn om iets extra te kunnen bekijken of opzoeken.

De wijze waarop de artsen de gevraagde informatie willen ontvangen is meestal elektronisch. Dit in tegenstelling met concrete vragen of ernstige problemen, die liefst via telefoon of brief worden doorgegeven om zo weinig mogelijk bias te hebben en te vermijden dat het verloren gaat in de rest van de elektronische post. Een huisarts stelt zich hierbij de vraag of dergelijke verslagen een meerwaarde bieden en niet eerder ballast en tijdverlies veroorzaken, tenminste als de evolutie van het kind geen afwijkingen vertoont. Het zal dus nodig zijn om een evenwicht te vinden tussen nuttige en nodige informatie.

> *'Het is natuurlijk ook dat, hoe meer verslagen er zijn, dat vraagt ook meer tijdinvestering, papier, administratie… terwijl het voor 9 van de 10 kinderen als die goed groeien, hun spuitjes krijgen en er verder geen problemen zijn is dat misschien niet per se nodig. Dan kan je je afvragen wat de meerwaarde is als dat heel intensief zou gedeeld worden.'*
>
> (HA4 - p. 2 regel 66-69)

Suggesties en wensen voor het delen van informatie:
- *Rapport naar de huisarts op sleutelmomenten en melding bij verwijzing naar de kinderarts*
- *Niet te uitgebreid, vooral het afwijkende*
- *Twee luiken of aparte vakjes in een gedeeld dossier (omwille van gevoelige informatie)*

Interprofessioneel leren over elkaar

Dit thema bevat het deel van interprofessioneel leren dat te maken heeft met de manier waarop professionals elkaar kennen en naar elkaar kijken. Om samen te werken is het best dat je weet wie waar te bereiken is en waarvoor instaat. Tijdens de interviews is gebleken dat elkaar niet goed kennen en kunnen vinden een belangrijk struikelblok vormt voor het nemen van contact. De meeste huisartsen denken wel te weten hoe zij de contactgegevens van een CB-arts kunnen terugvinden (bv. via google), maar in praktijk maken zij er geen gebruik van. In het gesprek met Kind en Gezin werd aangegeven dat zij geen idee hebben in welke mate huisartsen op de hoogte zijn van de manier waarop zij contact kunnen nemen om iets te melden of te vragen, namelijk via de Kind en Gezin-Lijn. Ze zijn zich ervan bewust dat dit voor huisartsen een barrière kan zijn, omdat zij medische of persoonlijke informatie moeten delen met een 'telefonist' die de informatie via het dossier van het kind doorgeeft. Tijdens de interviews wordt door een aantal huisartsen bevestigd dat dergelijk algemeen nummer te omslachtig is en daardoor een drempel vormt voor het nemen van contact. Daarom zijn huisartsen geïnteresseerd in het delen van persoonlijke contactgegevens en het krijgen van een update wat betreft het aanbod van Kind en Gezin via folders, symposia… Ook een LOK[5] wordt door verschillende artsen als een interessant kanaal gezien om beide onderwerpen te koppelen. Dit wordt ook door Kind en Gezin zelf gesuggereerd als een nuttige manier om elkaar beter te leren kennen en als partner te zien. Zij tonen hiermee hun engagement om aan dergelijke *vormingen* deel te nemen. Een aantal artsen vindt dat het nemen van contact gemakkelijker is als je elkaar persoonlijker kent, anderen vinden dit eerder overbodig.

In de interviews is er redelijke eensgezindheid over de taken die verwacht worden van elkaar. Zo staat de CB-arts voornamelijk in voor preventie met opvolgen van de basisvaccinaties, ontwikkeling en groei en een basis medisch onderzoek. Aanvullend benadrukt Kind en Gezin dat CB-artsen bewust louter preventief werken zodat zij geen concurrent, maar een partner zijn van huisartsen. Alle

[5] LOK, lokale kwaliteitsgroep: een groep van collega's, artsen of apothekers-biologen, die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen (peer review) om de zorgkwaliteit te verbeteren

geïnterviewden zijn het ook eens dat de consultatiebureaus hiervoor veel beter georganiseerd en uitgerust zijn.

> *'Ik merkte als huisarts ook dat Kind en Gezin daar gewoon beter voor uitgerust is omdat ze systematischer werken. Dat moet je als huisarts ook gewoon bij Kind en Gezin laten. '*
>
> (CB3 - p. 5 regel 183-184)

> *'Ik denk dat het goed functioneert en dat het goed georganiseerd is zo, ik heb daar het volle vertrouwen in. En door het jarenlang niet te doen heb ik onvoldoende ervaring om het kwalitatief te kunnen doen.'*
>
> (HA1 p.1 regel 31-33)

> *'Als je zou zeggen 'ik ga mijn Kind en Gezin zitting in de praktijk doen', heb ik het gevoel dat het niet zo systematisch en met de juiste info gebeurt, omdat dit tussen de gewone consulten loopt, terwijl bij Kind en Gezin wel echt die setting is, dat is zowat een mindset.'*
>
> (HA5 - p.3 regel 125-18)

Een CB-arts benadrukt dat zij als CB-artsen 'hyper'gespecialiseerd zijn, onder andere in de ontwikkeling van het gezonde kind en in zuigelingenvoeding. Diezelfde CB-arts verwacht niet dat elke huisarts zich hierover zo gedetailleerd wil of kan informeren, omdat huisartsgeneeskunde breder is dan enkel gezonde kinderen. Een ander voordeel van het consultatiebureau is dat er niet alleen artsen werken, maar dat een belangrijke taak is weggelegd voor de verpleegkundigen. Aangezien de verpleegkundigen meer continuïteit hebben binnen een consultatiebureau staan zij volgens de CB-artsen voor een groot deel in voor de goede opvolging en naleving van afspraken en beschikken zij over tijd om ouders op te bellen om iets na te vragen of een verwijzing extra kracht bij te zetten. De verpleegkundigen kunnen ook laagdrempelig bij de gezinnen binnenwandelen. De voornaamste nadelen die benoemd worden qua werking van CB-artsen zijn onder andere over het gebrek aan tijd en continuïteit en het feit dat je als CB-arts geen behandeling mag opstarten. Het opstarten van een behandeling behoort immers tot de taken van een huisarts. Tijdens het gesprek met Kind en Gezin werd aangehaald dat, in tegenstelling tot vroeger, toen huisartsen Kind en Gezin vaak zagen als concurrentie, huisartsen het nu eerder overbodig vinden dat ouders voor sommige voorschriften met hun kind naar hen moeten komen. Kind en Gezin haalt ook het financiële aspect aan, namelijk dat het voor kansarme gezinnen vaak een drempel is om extra naar de huisarts te gaan.

> *'Het is niet dat daar een continu contactmoment mogelijk is. Er is geen arts, in ons CB, die alles leidt. Dan moet je altijd zelf de telefoon pakken, maar dit doe ik eigenlijk weinig om mensen te contacteren. En om mij te contacteren is ook bijna onmogelijk, want ik werk er maar 2 halve dagen.'*

(CB2 - p.1 regel 24-27)

Verder wordt het als de taak van de huisarts gezien om, op verwijzing van een CB-arts, een bepaald probleem verder te exploreren. De meeste artsen geven aan dat op dat moment de verantwoordelijkheid van de opvolging van dat probleem verschuift naar de behandelende arts. De CB-artsen verwachten van huisartsen een controlerende, coördinerende en dirigerende functie. Over de opvolging van groei en ontwikkeling dienen huisartsen zich voornamelijk te buigen indien er specifieke vragen zijn van ouders of indien ze tijdens consulten afwijkingen opmerken. De huisartsen zelf zien hun taak ook vooral vraag-gestuurd. Het preventieve luik laten zij liever over aan de CB-artsen, omdat de huisartsen geen systematische contacten hebben met jonge kinderen en niet beschikken over de juiste schema's zoals voor het ontwikkelingsonderzoek. Het grote voordeel dat huisartsen in hun functie zien is dat zij de ruimere context (bv. familiale situatie) beter kennen en gezinnen vaak al langere tijd opvolgen waardoor zij risicosituaties beter kunnen inschatten.

> *'…inderdaad, als er een regelmatigere follow-up is, ga je daar meer attent op kunnen zijn. Als je ze maar weinig ziet, probeer je daar attent op te zijn, maar dan durf ik wel denken dat je dit vaker mist…'*
>
> (HA2 - p.3 regel 113-114)

De kijk die CB-artsen hebben op huisartsen bepaalt mee op welke manier zij verwijzen. Een CB-arts haalt bijvoorbeeld aan dat hij niet weet hoe goed huisartsen op de hoogte zijn van zuigelingenvoedingen en de problemen die hierbij komen kijken, waardoor hij in deze gevallen sneller rechtstreeks naar de kinderarts zal verwijzen. Ook de andere CB-artsen geven aan dat ze afhankelijk van de problematiek en soms afhankelijk van de huisarts (namelijk hun ervaring of ze wel of niet met kinderen bezig zijn) eerder naar de kinderarts verwijzen. Dit betreft meestal problemen waarbij de CB-arts inschat dat een verdere verwijzing nodig zal zijn zoals ontwikkelingsproblemen of voedingsproblemen. Ook de financiële mogelijkheden van ouders spelen soms een rol hierbij. Volgens Kind en Gezin is de huisarts in principe eerste keuze om naar te verwijzen en wordt er door de CB-arts niet gestuurd, maar ligt de uiteindelijke keuze bij de ouders. Sommige huisartsen zien geen probleem in de rechtstreekse doorverwijzing, terwijl anderen vinden dat de eerste lijn niet mag worden overgeslagen of dat het op zijn minst gestimuleerd moet worden. De meeste huisartsen zijn tevreden zolang zij een melding of een verslag van de kinderarts krijgen, zodat zij hun rol als centrale beheerder kunnen uitvoeren. Deze wens zal in de toekomst beter vervuld worden van zodra de digitalisering op punt staat.

'Zeker bij ons publiek waar de financiële en organisatorische drempel om bij een arts te geraken hoog is, dan moet je ze zo snel mogelijk bij de juiste krijgen, zonder omweg. Terwijl ik een grote voorstander ben van eerstelijn, daar durf ik dan toch het verschil maken.'

(CB3 - p.3 regel 113-115)

'…ik kan mij voorstellen dat het frustrerend is als CB-arts dat je denkt 'moet ik nu die mensen doorsturen, ik kan net zo goed zelf die verwijsbrief maken', maar voor CLB-artsen en arbeidsgeneesheren is dat juist hetzelfde. En daardoor krijgen wij als huisarts toch die centrale rol...'

(HA4 - p. 8 regel 345-348)

Verder sturen CB-artsen kinderen met de meest voorkomende problemen zoals huiduitslag, oorontsteking, schimmelinfectie, asymmetrische bilplooi, ongecompliceerde luchtwegproblemen… naar de huisarts. Ook problemen waarin een kinderarts niet meer expertise heeft zoals bijvoorbeeld niet-ingedaalde testis of standsafwijkingen worden initieel naar de huisarts verwezen. Die kan dan verder verwijzen naar de respectievelijke specialist. Kind en Gezin vermeldt dat verwijzing bij bepaalde problemen uit financieel oogpunt (voor zowel ouders als RIZIV[6]) niet efficiënt is. Dat geldt bijvoorbeeld voor verwijzing voor echografie bij vermoeden van heupdysplasie en voor eenvoudige behandelingen van veelvoorkomende problemen zoals spruw.

Ten slotte wordt door zowel CB-artsen als huisartsen gesuggereerd dat een lokaal overleg aanzet kan geven tot het uitwisselen van informatie en het maken van afspraken. Via deze weg kunnen beide partijen hun *problemen* ter sprake brengen en kunnen zij samen naar oplossingen zoeken. Kind en Gezin wil hiertoe bijdragen door dergelijke overlegmomenten of intervisies te plannen op momenten dat CB-artsen normaal gesproken een consultatie hebben. Hierdoor kunnen CB-artsen hiervoor een vergoeding krijgen, maar een accreditatie is helaas niet mogelijk.

Suggesties en wensen om elkaar (beter) te leren kennen:
- ***Voorstelling van werking via folder, symposia…***
- ***Uitwisselen van contactgegevens***
- ***Op de hoogte van verwijzingen***
- ***Stimuleren om naar de huisarts te gaan***

Interprofessioneel leren van en met elkaar

In dit laatste thema wordt besproken hoe de geïnterviewden kijken naar de kennis die ze samen kunnen verwerven. Tijdens de interviews kwam, naast de noodzaak tot het uitwisselen van

[6] RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

contactgegevens, aan bod dat er momenteel weinig tot geen momenten zijn waarop huisartsen en CB-artsen van en met elkaar kunnen leren. Het voornaamste initiatief dat door beide partijen wordt beschreven is het jaarlijks georganiseerde vaccinatiesymposium waarop meerdere disciplines aanwezig zijn en dus uitwisseling van ervaringen en problemen mogelijk is. Vanuit Kind en Gezin worden regelmatig vormingen georganiseerd, maar voornamelijk overdag waardoor dit voor huisartsen niet praktisch zou zijn om deze bij te wonen. In het gesprek met Kind en Gezin wordt benadrukt dat deze nochtans bruikbaar kunnen zijn voor vele huisartsen. Daarom proberen zij om deze vormingen te accrediteren, maar hiervoor zijn een aantal regels van toepassing vanuit het RIZIV. Vanuit de huisartsen is er interesse in dergelijke bijscholingen waar gemeenschappelijke onderwerpen aan bod komen.

> *'Tegenwoordig, obesitas bij kinderen, voedingsgewoonten... dat je een aantal topics hebt die gemeenschappelijk interessant zijn en waar je een bijscholing rond kunt houden…'*
>
> (HA6 - p.6 regel 268-269)

Zoals reeds aangegeven in het vorige topic zijn er behalve het volgen van gemeenschappelijke bijscholingen andere manieren waarop informatie gedeeld kan worden zoals folders of een gemeenschappelijk adviesplatform. Een huisarts meent bijvoorbeeld dat Kind en Gezin een veelheid aan informatie bezit die via de website toegankelijk is, maar waarover weinig interactie is. Kind en Gezin wil hieraan meewerken door de verschillende e-learningmodules die zij reeds ter beschikking hebben erkend te krijgen in het kader van accreditering. Deze e-learningmodules gaan bijvoorbeeld over voeding, ontwikkeling, veilige leefomgeving, leiderschap en samenwerken, diversiteit…

> *'…ik weet dat zij destijds veel folders hadden van voeding… het zou gemakkelijk zijn als er iets, bijvoorbeeld van voeding voor zuigelingen, gecommuniceerd werd als er problemen zijn of dat dit op een of andere manier dat wij dit te weten komen.'*
>
> *'… nu geven wij soms adviezen die daar al gegeven zijn of die tegenstrijdig zijn aan hetgeen zij meegeven…'*
>
> (HA3 - p.1 regel 18-19 en 22-23)

Ten slotte wordt gesuggereerd om elke huisarts of huisarts-in-opleiding een periode bij Kind en Gezin te laten werken om zo een beter inzicht te krijgen. Kind en Gezin maakt er trouwens werk van om samen met het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) een aantal opleidingen in te plannen binnen het veranderende curriculum.

Suggesties en wensen om samen te leren:
- ***Gemeenschappelijke bijscholingen***
- ***Delen van kennis en informatie (folders, adviezen)***
- ***In huisartsenopleiding vaste periode bij Kind en Gezin***

Discussie

Met deze masterproef hebben we getracht een beeld te krijgen van de samenwerking tussen huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind en Gezin met betrekking tot de opvolging van zuigelingen en peuters. Via een kwalitatieve onderzoeksmethode hebben we gepeild naar de ervaringen van deze artsen. Hiervoor hebben we drie CB-artsen en zeven huisartsen geïnterviewd. De belangrijkste bevindingen na analyse van de interviews zijn verdeeld in twee hoofdthema's, met name 'samenwerking' en 'interprofessioneel leren'. We vergelijken deze bevindingen met de resultaten van de literatuurstudie en beschrijven mogelijke toekomstperspectieven.

Interprofessionele of multiprofessionele samenwerking?

Zoals de definitie stelt [6, 16] is voor *inter*professioneel samenwerken interactief overleg nodig tussen verschillende professionals binnen een team om met een gemeenschappelijk doel te kunnen werken. De samenwerkingservaring die zowel huisartsen als CB-artsen hebben, kadert eerder binnen het *multi*professionele model, waarbij de verschillende actoren sequentieel optreden zonder veel interactie. Binnen een consultatiebureau is er wel sprake van interprofessioneel samenwerken, namelijk tussen de CB-arts, verpleegkundige en eventuele gezinsondersteuners. Zij overleggen en maken afspraken over hoe zij de opvolging van zuigelingen en peuters zullen doen. Uit de interviews is gebleken dat een aantal huisartsen deze taken ook graag op zich willen nemen, maar doordat deze vooral op zichzelf werken, zonder ondersteuning van een verpleegkundige, is het voor hen niet haalbaar dit te doen. Participanten ervaren Kind en Gezin als een goede en betrouwbare organisatie. Efficiënte uitwisseling van informatie blijkt belangrijk en dient gestimuleerd te worden om binnen de gezondheidszorg voor zuigelingen en peuters de specifieke taken voor zowel de huisarts als de CB-arts helder te krijgen en/of te houden. De laatste jaren zijn huisartsenpraktijken aan het evolueren naar meer groepspraktijken, waarbij meerdere disciplines samenzitten en een interprofessioneel werkmodel kan ontstaan [9]. Verder onderzoek is nodig om na te gaan welke invloed deze evolutie kan hebben op de samenwerking tussen huisartsen en CB-artsen, en meer specifiek wat dit nog kan betekenen voor de gezondheidsuitkomsten voor zuigelingen en peuters.

Betrokken actoren

Uit de interviews blijkt dat er eerder een multiprofessionele samenwerking bestaat tussen huisartsen en CB-artsen en dat de verpleegkundige van het consultatiebureau hierbij een belangrijke schakel vormt. De verpleegkundige van het CB is vaak het aanspreekpunt van alle partijen. In de GIN-richtlijn over interprofessioneel samenwerken [13] wordt aangehaald dat naast de professionele actoren ook de familie een belangrijke rol speelt. Dit komt overeen met de definitie van interprofessioneel samenwerken en kan dus enkel aangemoedigd worden [21] . Uit de resultaten hebben we geleerd dat ouders inderdaad vaak een link vormen in de communicatie tussen professionals. Dit kan soms een voordeel zijn, maar soms ook een nadeel. Ouders bepalen bijvoorbeeld zelf of een verwijzing doorgaat en of en hoe bepaalde informatie wordt doorgegeven. Dit kan de organisatie van samenwerken bemoeilijken. Ook de kinderarts speelt blijkbaar een belangrijke rol in de zorgverlening aan zuigelingen en peuters, voornamelijk na verwijzing door CB-arts of huisarts. In de samenwerking met andere artsen, verwachten CB-artsen en huisartsen dat kinderartsen hen geïnformeerd houden. Op basis van de verkregen informatie is de beschrijving van hoe de samenwerking zou moeten zijn onvoldoende duidelijk om hier mee aan de slag te kunnen gaan. Verder onderzoek, waarbij deze verschillende actoren betrokken worden, zou hier misschien een antwoord op kunnen bieden.

Wijze van contact en delen van gegevens

In de literatuur zijn weinig tot geen relevante aanbevelingen te vinden over de manieren waarop artsen best contact nemen met elkaar. De ervaringen van de geïnterviewde artsen hieromtrent zijn beperkt. Net zoals in de Nederlandse Handreiking [22] is aangegeven, wordt er zelden getelefoneerd en is de voornaamste manier van contact een verwijsbrief van de preventieve sector naar de curatieve, met zo mogelijk een antwoord terug naar de verwijzer, eveneens per brief.

Over het algemeen zijn de artsen het grotendeels eens over hoe het contact best verloopt in bepaalde situaties. Voor een dringend of belangrijk probleem hebben zij bijvoorbeeld liefst telefonisch contact, om misverstanden te vermijden en er zeker van te zijn dat de informatie (tijdig) wordt opgemerkt. Voor andere zaken, zoals bijvoorbeeld een vertraagde motorische ontwikkeling, verkiezen de meesten een brief of elektronisch verslag. Om deze laatste manier van informatie-overdracht efficiënter te maken, is digitale ondersteuning nodig, zoals we ook begrepen uit de GIN-richtlijn over samenwerking [13]. Binnen Kind en Gezin wordt hier actueel aan gewerkt en zou het op het moment van dit schrijven reeds mogelijk zijn om een kindrapport, uitgaande van het elektronische dossier van elk kind op het consultatiebureau, te raadplegen via de Patiënt Health Viewer [8]. Via deze weg kunnen ouders en zorgverleners (huisartsen, kinderartsen) relevante gegevens in verband met de opvolging van de zuigelingen en peuters raadplegen. Tijdens de interviews werd door huisartsen voornamelijk het

ontbreken van gegevens over de groei aangegeven. Met behulp van het kindrapport zou dat probleem opgelost kunnen zijn. Toekomstig onderzoek kan nagaan of en hoe deze nieuwe toepassing een invloed heeft op de samenwerking. Meerdere huisartsen gaven aan dat het interessant zou zijn om op vaste momenten (zoals op de leeftijd van 1 en 2 jaar) een rechtstreeks verslag te ontvangen van het consultatiebureau.

Uit de studie van Berg en Stapleton [11] blijkt dat een grote verscheidenheid aan elektronische dossiers de samenwerking kan bemoeilijken. De deelnemende artsen gaven aan dat dit veel tijd in beslag neemt, zeker als ze telkens apart moeten inloggen. Als mogelijke oplossing werd een gedeeld dossier voorgesteld. Hierover hadden de artsen uiteenlopende ideeën. Langs de ene kant zou dit efficiënt kunnen zijn, maar langs de andere kant beseffen verschillende artsen ook dat erop gelet moet worden dat op die manier ook gevoelige informatie over gezinnen gedeeld kan worden. Diezelfde artsen gaven aan dat voor elke gegevensdeling immers geldt dat de betrokken personen - in dit geval de ouders - hun toestemming moeten geven. Er werd aangegeven dat er best ruimte voorzien wordt voor persoonlijke notities van de zorgverleners die niet rechtstreeks in ieders dossier kunnen verschijnen.

Interprofessioneel leren

Leren over elkaar: elkaar kennen, taakverdeling, verantwoordelijkheid

Om het telefonisch contact in acute situaties mogelijk te maken, moeten de artsen uiteraard beschikken over elkaars contactgegevens. Dit blijkt volgens meerdere geïnterviewden echter een belangrijke barrière te zijn. Aan de ene kant weten ze onvoldoende hoe en wanneer ze elkaar kunnen bereiken. Aan de andere kant lijkt er volgens hen bij de huisartsen te weinig kennis te zijn over de werking van consultatiebureaus en de diensten die zij kunnen bieden. Voor een goede samenwerking is het immers van belang om op de hoogte te zijn van elkaars kennis en competenties [13]. Berg en Stapleton [11] beschreven dat het gebrek aan opleiding van (tand)artsen een barrière kan vormen voor effectieve samenwerking. Een voorbeeld uit de setting van dit onderzoek is de onvrede van een aantal huisartsen over de rechtstreekse verwijzing van het consultatiebureau naar de kinderarts. CB-artsen gaven aan dat verschillende huisartsen onvoldoende ervaring hebben met kinderen of onvoldoende kennis bezitten over bepaalde onderwerpen. Een oplossing die door zowel CB- als huisartsen wordt gesuggereerd is dat huisartsen op de hoogte worden gebracht van een verwijzing via een melding vanuit het consultatiebureau en via een verslag van de kinderarts. De vraag is natuurlijk, hoe je dat dan best organisatorisch zou aanpakken.

In de Nederlands Handreiking [14] werd een verschil gemaakt tussen het aanbod-gestuurd werk van de jeugdarts en het werk van de huisarts dat eerder vraag-gestuurd is. Uit de interviews blijkt dat deze taakverdeling ook in het praktijkwerk van de participanten van toepassing is. Het grootste verschil lijkt te zijn dat jeugdartsen sporadisch een taak hebben binnen het curatieve luik, zoals het uitvoeren van een diagnostisch onderzoek voor allergie, waar CB-artsen dit niet hebben. Dit leidt bij sommige CB-artsen tot frustratie, vooral bij diegene die in hoofdberoep huisarts zijn, maar in hun rol als CB-arts geen (eenvoudige) behandeling mogen opstarten, ondanks hun kennis en ervaring. Tijdens het gesprek met Kind en Gezin werd ook de bedenking gemaakt dat voor sommige problemen (cfr. behandeling van spruw) een efficiëntere zorgverlening kan liggen bij de CB-arts zelf, waar de werking van Kind en Gezin momenteel strikt preventief is. De huidige werking van Kind en Gezin zou misschien herbekeken kunnen worden in termen van interprofessionele afspraken maken. Wie doet wat, wanneer, met welke verantwoordelijkheid. Verder kunnen betrokken partijen, zoals kinderartsen, huisartsen met Kind en Gezin en de CB-artsen misschien samen bepalen hoe de opvolging van zuigelingen en peuters efficiënter kan georganiseerd worden.

Samen leren: bijscholingen, lokaal overleg

Zoals Reeves et al [5] in hun review over interprofessioneel leren aangaven is een manier om elkaar beter te leren kennen en te kunnen vinden het organiseren van gemeenschappelijke bijscholingen en overlegmomenten. Uit de resultaten komt er globaal naar boven dat hier duidelijk interesse voor is, maar dat tijd, ruimte en eventueel een financiële tegemoetkoming moeten voorzien worden. De GIN-richtlijn wijst erop dat overheden en koepelorganisaties de samenwerking moeten ondersteunen door aan dergelijke voorwaarden tegemoet te komen[13]. Het gesprek met Kind en Gezin toonde aan dat zij onderzoeken hoe ze hierop kunnen inspelen. Ze zouden bijvoorbeeld accreditaties kunnen voorzien voor vormingen. Deze accreditatie zou van toepassing kunnen zijn voor zowel de huisarts als de CB-arts. Een tweede mogelijkheid zou zijn om overlegmomenten te plannen tijdens de voorziene werkuren van de CB-arts. Dit levert geen extra voordeel op voor de huisarts, omdat Kind en Gezin enkel kan beslissen over de verloning van de CB-arts.

Een laatste vergelijking met de Nederlandse situatie aangaande het maken van onder andere afspraken via lokaal overleg, leert ons dat dit bij onze noorderburen structureel is opgezet, namelijk de LESA's. Een dergelijke structuur bestaat in Vlaanderen niet.

Uit de interviews met huisartsen blijkt dat de meningen over het nut en de tijdsinvestering voor dit soort overlegmomenten verdeeld zijn. Om hierover een duidelijker beeld te krijgen is een grotere studiepopulatie en gerichte bevraging nodig.

Sterktes en zwaktes

Een van de beperkingen in dit onderzoek is dat de interviews allen werden uitgevoerd en gecodeerd door dezelfde onderzoeker, op dat moment werkzaam als huisarts-in-opleiding en een halve dag per week als CB-arts. Er werd getracht een zo gevarieerd mogelijke populatie van artsen te verzamelen voor de interviews. Omdat er relatief weinig spontane respons kwam tijdens de algemene rekrutering zijn uiteindelijk negen artsen gecontacteerd op basis van professionele relaties van de onderzoekers zelf. Omwille van de beperkte tijd en middelen werden bij het onderzoek enkel artsen uit de provincie Antwerpen geïncludeerd. Om in de toekomst de samenwerking tussen de preventieve en curatieve sector verder te exploreren zal ook meer gefocust moeten worden op het effect van de samenwerking op de kwaliteit van de opvolging van zuigelingen en peuters.

Verschillende geïnterviewden gaven aan dat ze juist door het interview geprikkeld werden om na te denken over de samenwerking. Hierdoor werden zij zichzelf bewust van het feit dat Kind en Gezin mee ondersteunend kan werken in probleemsituaties en dus van het belang van deze samenwerking.
Door het regelmatig overleg van de onderzoeker met het onderzoeksteam werd het onderzoek onderworpen aan reflectie en bijsturing van methode. Hierdoor kwam de nodige discussie tijdig aan bod, waardoor bijvoorbeeld bijsturing na het proefinterview leidde tot een verbetering van het interviewscript alsook van de vaardigheid om de interviews af te nemen. Nadien werd ook de analyse besproken met het onderzoeksteam, waarbij over de resultaten en de interpretatie hiervan gereflecteerd werd.

Conclusie

Via dit kwalitatieve onderzoek hebben we inzicht gekregen in de perceptie die huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind en Gezin hebben over de huidige interprofessionele samenwerking bij de opvolging van zuigelingen en peuters. In de literatuur zijn er weinig tot geen artikels terug te vinden over deze samenwerking. Uit de resultaten blijkt dat de artsen weinig direct contact ervaren, maar dat ze wel suggesties hebben om een aantal van de bestaande barrières te doorbreken. We leerden onder andere dat voor samenwerking de digitalisering een belangrijke rol speelt. Verder is ook naar voor gekomen dat niet enkel de huisarts en de CB-arts een rol spelen in de zorg voor zuigelingen en peuters, maar vooral ook de verpleegkundige van het consultatiebureau, de kinderarts en niet te vergeten ook de ouders. Uitgebreider onderzoek is nodig om de kwaliteit van samenwerking tussen deze verschillende actoren, alsook de potentiële invloeden hiervan op de opvolging en op de kwaliteit van zorg voor zuigelingen en peuters te evalueren.

Referenties

1. *Jaarverslag 2015*. 2016, Kind en Gezin: Brussel.
2. *Jaarstatistieken met betrekking tot beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorgberoepen in België*. 2015, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen.
3. *IMA Atlas (http://atlas.ima-aim.be/jive?cat_open_code=c13&presel_code=ps6&lang=nl)*. 2017, Intermutualistisch Agentschap.
4. Reeves, S., et al., *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database Syst Rev, 2017. **6**: p. CD000072.
5. Reeves, S., et al., *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update).* Cochrane Database Syst Rev, 2013(3): p. CD002213.
6. WHO study group on Interprofessional Education and Collaborative Practice and Baker, P.G., *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, W.H.O. Press, Editor. 2010: Geneva, Switzerland.
7. *Decreet tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Kind en Gezin*. 30 april 2004: B.S. 07.06.2004.
8. *Kind en Gezin (www.kindengezin.be)*. [cited 2018 24th of March].
9. *Performantie van de huisartsgeneeskunde: een check-up*. 2013, Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.
10. *Faculty of Medicine and Health, Leeds Institute of Health and Sciences*. Search Concept Tools; PICO and other tools for developing research questions and search concepts [cited 2017 17th of August]; https://medhealth.leeds.ac.uk/info/639/information_specialists/1500/search_concept_tools].
11. Berg, J.H. and F.B. Stapleton, *Physician and dentist: new initiatives to jointly mitigate early childhood oral disease.* Clin Pediatr (Phila), 2012. **51**(6): p. 531-7.
12. Black, D.A., et al., *The Teamwork Study: enhancing the role of non-GP staff in chronic disease management in general practice.* Aust J Prim Health, 2013. **19**(3): p. 184-9.
13. Ontario, R.N.A.o., *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes.* , in *Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.* 2013.
14. Vereniging, L.H., *Handreiking samenwerking huisarts, Jeugdgezondheidszorg*, in *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* 2008: Utrecht.
15. Tsakitzidis, G., et al., *Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care!* Prim Health Care Res Dev, 2017: p. 1-12.

16. Tsakitzidis, G. and P. Van Royen, *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. 2012, Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional.
17. Tsakitzidis, G. and H. Philips, *Interdisciplinair overleg: is er nood aan opleiding over 'samenwerken'.* Huisarts Nu, 2013. **42**(6): p. 291-4.
18. Tsakitzidis, G., et al., *Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies.* BMC Med Educ, 2015. **15**: p. 188.
19. Sandelowski, M., *Whatever happened to qualitative description?* Res Nurs Health, 2000. **23**(4): p. 334-40.
20. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology.* Qualitative Research in Psychology, 2006. **3**(2): p. 77-101.
21. Tsakitzidis, G., et al., *Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care!* Prim Health Care Res Dev, 2017. **18**(6): p. 591-602.
22. Buiting, D.E., D.S.R.A.v. Eijck, and A.E. Timmermans, *Handreiking samenwerking Huisarts en Jeugdgezondheidszorg (regio Midden-Brabant).* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.
23. Malterud, K., *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines.* Lancet, 2001. **358**(9280): p. 483-8.

Bijlage 1: onderzoeksprotocol

Protocol Manama Thesis

Inleiding

In Vlaanderen kunnen aanstaande ouders en ouders van jonge kinderen gratis beroep doen op de verschillende preventieve diensten van Kind en Gezin. Ze worden er begeleid door de regioverpleegkundigen, vrijwilligers, gezinsondersteuners en consultatiebureauartsen (CB-artsen). In 2015 hebben meer dan een half miljoen consulten plaatsgevonden in de consultatiebureaus. Hiermee hebben ze meer dan 90% van de kinderen in de eerste drie levensmaanden bereikt [1].
Daarnaast zijn er in Vlaanderen meer dan 8000 erkende huisartsen [2]. Jaarlijks hebben zij met 7 op de 10 kinderen van nul tot vier jaar minstens een contact [3].

Tijdens de consulten die CB-artsen doen, wordt een veelheid aan medische en niet-medische informatie verzameld over de zuigelingen en peuters. Deze informatie kan nuttig zijn voor een goede opvolging van het kind. Het is echter niet duidelijk wat er wel en niet gebeurt met deze informatie.

Vanuit mijn werk als zomerarts en later ook als CB-arts tijdens mijn huisartsopleiding, stel ik mij de vraag hoe de huidige samenwerking tussen huisartsen en CB-artsen ervaren wordt. Met deze masterproef wens ik via onderzoek een beter zicht te krijgen op de bestaande samenwerking. Knelpunten en facilitatoren van de samenwerking zullen verzameld worden om zo een beter zicht te krijgen op de noden. Op basis van de resultaten zullen adviezen ter verbetering van samenwerking geformuleerd worden.

Titel van de studie

Interprofessionele samenwerking bij de opvolging van zuigelingen en peuters. Een kwalitatief onderzoek gebaseerd op interviews met huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind & Gezin.

Onderzoeksvragen

1. Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen consultatiebureauartsen van Kind en Gezin en huisartsen?
    A. Hoe ervaren huisartsen de samenwerking met consultatiebureauartsen? Wat loopt er goed, wat minder?
    B. Hoe ervaren consultatiebureauartsen de samenwerking met huisartsen? Wat loopt er goed, wat minder? Wordt er verwezen naar huisartsen of eerder naar kinderartsen?
2. Nood aan verbetering van deze samenwerking?
    A. Welke noden aan verbeteringen zien deze artsen?
    B. Hoe kunnen we deze noden aanpakken?

Objectieven van de studie

Zoals de onderzoeksvragen suggereren is het enerzijds de bedoeling om met dit onderzoek een beeld te vormen van hoe huisartsen en CB-artsen kijken naar de huidige manier van samenwerken in functie van een kwaliteitsvolle opvolging van zuigelingen en peuters.
Anderzijds zullen we bij beide partijen nagaan of zij op bepaalde vlakken noden aan verbetering van de samenwerking zien. Indien we dergelijke noden kunnen identificeren, zullen we trachten aanbevelingen te maken om de verbeteringen door te voeren. Afhankelijk van de aard van deze noden zullen deze aanbevelingen bedoeld zijn voor een overkoepelend niveau (bijvoorbeeld mogelijkheid tot delen van medische informatie via e-platform) of eerder op individuele samenwerking (specifieke tips voor huisartsen of CB-artsen).
Ook kinderartsen zijn vaak betrokken bij eerstelijns medische hulp voor zuigelingen en peuters. De interactie tussen CB-artsen en kinderartsen zal echter geen focus zijn voor dit onderzoek.

Methodologie

Studiedesign

Het betreft een niet-interventioneel, niet-commercieel, kwalitatief onderzoek [23].

Op basis van semi-gestructureerde interviews zal er zowel bij consultatiebureauartsen als bij huisartsen een bevraging gebeuren over hun ervaringen, ideeën, frustraties… op vlak van samenwerking.
Tijdens deze interviews komt er focus op:

- Hoe zij rol van Kind en Gezin en de rol van de huisarts zien
- Opvolging van zuigelingen en peuters, incl. doorverwijzingen
- Het delen van patiëntinformatie
    - Automatisch (bv. eHealth)
    - Op eigen initiatief (ad hoc)
    - Andere?
- Delen van kennis, ervaringen en tips
- Hoe zij samenwerking met andere professionele experten zien
- Voorleggen van voorbeeldcasussen en situaties

We willen een breed blikveld behouden, zonder focus op bepaalde pathologie, sociale achtergronden…

Studieduur: niet van toepassing (start na toelating EC – einde verwacht in 2018)
Studielocatie: Kind en Gezin-locaties in provincie Antwerpen
Huisartspraktijken in provincie Antwerpen

Participanten

Rekrutering

Tijdens dit onderzoek zullen we een tiental CB-artsen en huisartsen uit de provincie Antwerpen rekruteren om te interviewen. CB-artsen zullen gecontacteerd worden nadat toestemming bekomen werd van het organiserend bestuur van Kind en Gezin. De huisartsen zullen aangesproken worden via huisartsenkringen of LOK-groepen. We zullen trachten voldoende verschil in leeftijd, jaren ervaring en locatie te verzamelen. Bedoeling is om nieuwe artsen te rekruteren tot we sufficiëntie bereiken, wat wil zeggen dat we voldoende informatie verkregen hebben om een antwoord te kunnen formuleren op onze onderzoeksvraag

Inclusiecriteria

We willen artsen selecteren die actief zijn in de provincie Antwerpen en daar minstens één jaar als CB-arts of huisarts werken.

Dataverzameling

Op basis van semi-gestructureerde interviews (kwalitatief, niet kwantitatief) volgens een vooraf bepaald interview scenario.

Data-analyse

Thematische analyse

Te verwachten voor- en nadelen voor de deelnemers

Verbetering van de samenwerking is een mogelijk voordeel voor de deelnemers.

Bijlage 2: goedkeuring Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Interprofessionale samenwerking bij de opvolging van zuigelingen en peuters. Een kwalitatief onderzoek gebaseerd op interviews met huisartsen en consultatiebureau-artsen van Kind & Gezin (Manama huisartsgeneeskunde Annick Gohr)

Belgisch Registratienummer: B300201732475

datum	ons kenmerk	contactpersoon
8/05/2017	17/12/150	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Katelijne Bovée ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 8/05/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Annick Gohr
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 27/02/2017
  Versie 1
- Protocol aangepaste versie dd. 16/04/2017
  Versie 3
- Diverse
  Script interview versie 1 dd. 27/02/2017

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874 619 602

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/12/150

datum	ons kenmerk	contactpersoon
8/05/2017	17/12/150	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Katelijne Bovée ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Mevr. A. Gohr, NVT, Eikenlaan 37 - 2920 Kalmthout

Bijlage 3: informatiedocument deelnemers

Informatieformulier

Interprofessionele samenwerking bij de opvolging van zuigelingen en peuters.
Een kwalitatief onderzoek gebaseerd op interviews met huisartsen en consultatiebureauartsen van Kind & Gezin.

Geachte dokter, beste collega,

Wij vragen u vriendelijk om mee te werken aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek in het kader van de opleiding Master in de Huisartsgeneeskunde. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. U kan zich op elk moment uit de studie terugtrekken. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, zijn wij uiteraard graag bereid om deze te beantwoorden.

Achtergrondinformatie

In Vlaanderen kunnen aanstaande ouders en ouders van jonge kinderen gratis beroep doen op de verschillende preventieve diensten van Kind en Gezin. Ze worden er begeleid door de regioverpleegkundigen, vrijwilligers, gezinsondersteuners en consultatiebureauartsen (CB-artsen). In 2015 hebben meer dan een half miljoen consulten plaatsgevonden in de consultatiebureaus. Hiermee hebben ze meer dan 90% van de kinderen in de eerste drie levensmaanden bereikt[1].
Daarnaast zijn er in Vlaanderen meer dan 8000 erkende huisartsen[2]. Jaarlijks hebben zij met 7 op 10 kinderen van nul tot vier jaar minstens een contact.

Tijdens de consulten die CB-artsen doen, wordt een veelheid aan medische en niet-medische informatie verzameld over de zuigelingen en peuters. Deze informatie kan nuttig zijn voor een goede opvolging van het kind. Het is echter niet duidelijk wat er wel en niet gebeurt met deze informatie.

Vanuit mijn werk als zomerarts en later ook als CB-arts tijdens mijn huisartsopleiding, stel ik mij de vraag hoe de huidige samenwerking tussen huisartsen en CB-artsen ervaren wordt. Met deze masterproef wens ik via onderzoek beter zicht te krijgen op de bestaande samenwerking. Knelpunten en facilitatoren van deze samenwerking zullen verzameld worden om zo een beeld te vormen van de noden. Op basis van de resultaten zullen adviezen ter verbetering van samenwerking geformuleerd worden.

Omschrijving van de procedure van het onderzoek

CB-artsen en huisartsen worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek en zullen geïnterviewd worden. Dit zal maximum 1 uur duren en kan op een locatie naar uw keuze (praktijk, consultatiebureau, Universiteit Antwerpen).

Het interview zal worden opgenomen. Bij analyse van de data worden alle gegevens anoniem verwerkt.

Mogelijke voor- en nadelen van het onderzoek

Er zijn geen directe nadelen aan het onderzoek verbonden, op de tijdsinvestering na misschien. Het voordeel is dat u een belangrijke bijdrage levert om aanbevelingen tot verbetering van de samenwerking te kunnen bieden. Dit zou dan in het beste geval uiteraard voortvloeien in een vlottere samenwerking tussen huisartsen en CB-artsen.

Vertrouwelijkheid en rechten

Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek zelf. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn.

Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het de Universiteit Antwerpen. Deze studie werd voorgelegd en beoordeeld door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen en we verkregen hiervoor de goedkeuring op datum 8 mei 2017 (met Belgisch registratienummer B300201732475).

Indien u wenst deel te nemen, dient u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen (dit zal u krijgen tijdens het interview). U bent steeds vrij tijdens het onderzoek uw deelname stop te zetten.

Met vriendelijke groeten en alvast bedankt voor de medewerking.

Dr. Annick Gohr
Huisarts-in-opleiding
Oud Dorpsstraat 39
2990 Loenhout
annick.gohr@student.uantwerpen.be

Mede namens de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen en de promotor van deze thesis
Prof. Dr. Hilde Bastiaens

Bijlage 4: script CB-artsen

Thema 1: samenwerking met huisartsen

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
1. Vertel eens over uw ervaringen met **contacten** met huisartsen (als huisarts)	▪ Denk terug aan de meest recente zittingen. ▪ Is er sprake geweest van **contacten**? Hoe liep dat? Hoe ging dat? ▪ Hoe ervaart u de relatie tussen CB-artsen en huisartsen (perceptie)	▪ Hoe verloopt samenwerking met huisartsen? ▪ Wat is de rol van huisartsen bij samenwerking? (vaccinaties, voedingsadvies, groei, ontwikkeling,…) ▪ Heeft u weet wie de huisarts is van de kindjes die u ziet? Hoe?
2. Wat is voor u het **essentiële/inhoudelijke verschil** tussen taken voor de CB arts en de huisarts naar jonge kinderen?	▪ Welke taken/opdrachten doe je als CB-arts ▪ Welke zijn voor jou de taken van de huisarts?	▪ Opvolging evolutie/ontwikkeling kind ▪ Opvolging ziek kind ▪ Wat is preventie en wat niet? wie zou best wat doen?
3. Hoe ziet een **ideaal contact** er voor u uit?	▪ Welke relatie moeten huisarts en CB-arts hebben? ▪ Wat is uw visie over samenwerking tussen CB-arts en huisarts? ▪ Is er voor u nood aan (meer of andere) samenwerking? ▪ Hoe en van wat wordt u op de hoogte gehouden? ▪ Wat mis je van informatie? ▪ Wat zou kunnen helpen?	▪ Alleen op papier en digitaal? ▪ Multidisciplinair overleg?7 ▪ Interprofessioneel overleg?8

Thema 2: opvolging en verwijzing van zuigelingen en peuters – zoals het nu loopt (perceptie en ervaring)

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems (voorbeelden)

Hoe zijn uw ervaringen met verwijzen naar de huisarts?	▪ Waarom wel of niet verwijzen?
	▪ Hoe?
	▪ Waarvoor doet u dit?
	▪ Wat krijg je terug?
	▪ Ervaart u barrières?
	▪ Krijgt u terugverwijzingen?
		▪ Welke informatie?
		▪ Hoe wordt de informatie gedeeld?
		  ▪ Telefoon
		  ▪ Mail
		  ▪ E-health platform
		  ▪ Brief
		▪ Verwijst u gericht naar de huisarts of de kinderarts? Waarom?

Wie heeft weke verantwoordelijkheid in de opvolging? Hoe wordt dit bepaald?	▪ Heeft de huisarts bijvoorbeeld ook een verantwoordelijkheid in het opvolgen van de vaccinaties indien een kind op het CB gevolgd wordt? ▪ Ligt de verantwoordelijkheid voor een goede opvolging alleen bij het CB zolang er geen doorverwijzing gebeurd?	▪ Gedeelde verantwoordelijkheid? ▪ Verschil tussen preventieve en curatieve deel?

[7] Bij multidisciplinair werken worden verschillende aspecten van de zorg voor een patiënt **onafhankelijk van elkaar** aangepakt, ieder is voor zijn disciplinair deel verantwoordelijk

[8] Bij interprofessionele samenwerking is er **interactie** tussen verschillende hulpverleners, de patiënt en zijn systeem. (uit: 'Interdisciplinair overleg' van G.Tsakitzidis en H. Philips)

Thema 3: delen van patiëntinformatie – focus op communicatie

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
1. Vertel eens vanuit uw ervaring hoe u het liefst geïnformeerd blijft.	• Welke communicatiekanalen gebruikt u het liefst? • Hoe ervaart u multidisciplinair overleg? • Neemt u ooit deel aan MDO?	• MDO's • Mails, telefoon,… • Vaccinatiegegevens, groeicurves? • E-health? • Ouders? • Boekje van Kind en Gezin
2. Welke informatie vindt u belangrijk om te delen? Heeft u suggesties om dit te optimaliseren? (in de literatuur wordt bijvoorbeeld vermeldt dat in de VS er een duidelijk knelpunt is in de samenwerking tussen artsen en tandartsen wat betreft mondhygiëne bij kinderen en dat dit vooral te wijten is aan slechte integratie van patiëntendossiers)	• Mist u nog iets in het delen van de informatie? • Ervaart u een noodzaak tot verbetering van gedeelde patiëntinformatie?	• Bijvoorbeeld gedeeld dossiers waar zowel CB-arts als huisarts kunnen inloggen?

Thema 4: interprofessioneel leren en samenwerken

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
Uit literatuur: leren ook in praktijk: met van en over elkaar 1. Wat heb jij geleerd van huisartsen of wat zou je van hen willen weten?	• Op welke manier zou jij van hen kunnen leren? • Wat hebben huisartsen van u geleerd als CB-arts? • Wat ben je te weten gekomen via huisartsen?	• Nieuwe richtlijnen • Nieuwe websites • …
Heeft u suggesties? Wat ziet u eventueel als meerwaarde van samenwerken voor de zorg voor het kind?		

Bijlage 5: script huisartsen

Thema 1: samenwerking met CB-artsen van Kind en Gezin

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
1. Vertel eens over uw ervaringen met **contacten** met CB-artsen van Kind en Gezin	· Denk terug aan de afgelopen maand. Is er sprake geweest van **contacten**? Hoe liep dat? Hoe ging dat? · Hoe ervaart u de relatie tussen CB-artsen en huisartsen (perceptie)	· Hoe verloopt de samenwerking met CB-artsen? · Heeft u weet wie de CB-arts is van de kindjes die u ziet? Hoe?
2. Wat is voor u het **essentiële/inhoudelijke verschil** tussen taken voor de huisarts en de CB-arts naar jonge kinderen?	· Welke taken/opdrachten zijn voor jou als huisrts? · Welke taken zijn voor jou de taken van de CB-arts?	· Opvolging van evolutie/ontwikkeling van het kind · Opvolging van ziek kind? · Wat is preventie en wat niet? Wie zou het beste wat doen?
3. Hoe ziet een **ideaal contact** er voor u uit?	· Welke relatie moeten huisarts en CB-arts hebben? · Wat is uw visie over samenwerking tussen huisarts en CB-arts? · Is er voor u nood aan (meer of andere) samenwerking? · Hoe en van wat wordt u op de hoogte gehouden? · Wat mis je van informatie? · Wat zou u kunnen helpen?	· Alleen op papier en digitaal? · Multidisciplinair overleg?[9] · Interprofessioneel overleg?[10]

Thema 2: opvolging en verwijzing van zuigelingen en peuters – zoals het nu loopt (perceptie en ervaring)

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
Hoe zijn uw ervaringen met verwijzingen van en naar CB-artsen?	· Krijgt u regelmatig verwijzingen? · Verwijst u zelf naar hen door? · Op welke manier? · Communiceert u nog op andere manieren? · Krijgt u voldoende informatie? · Neemt u soms zelf contact op en waarom? · Ervaart u barrières?	· Welke informatie krijgt u? · Hoe wordt de informatie gedeeld? · Telefonisch? Mail? E-health? Brief? · Ooit al contact genomen bij vermoeden van kindermishandeling? · Barrières in communicatie? · Problemen zelf op te lossen of verder door te verwijzen?
Wie heeft welke verantwoordelijkheid in de opvolging? Hoe wordt dit bepaald?	· Hoe ziet u uw verantwoordelijkheid in het opvolgen van de vaccinatiestatus? Of andere preventieve zaken? · Ligt de verantwoordelijkheid voor een goede opvolging alleen bij het CB zolang er geen doorverwijzing gebeurd?	· Gedeelde verantwoordelijkheid? · Verschil tussen preventieve en curatieve deel?

[9] Bij multidisciplinair werken worden verschillende aspecten van de zorg voor een patiënt **onafhankelijk van elkaar** aangepakt, ieder is voor zijn disciplinair deel verantwoordelijk

[10] Bij interprofessionele samenwerking is er **interactie** tussen verschillende hulpverleners, de patiënt en zijn systeem. (uit: 'Interdisciplinair overleg' van G.Tsakitzidis en H. Philips)

Thema 3: delen van patiëntinformatie - focus op communicatie

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
1. Hoe wordt de informatie van kinderen die u ziet gedeeld met het CB? Krijgt u informatie van de CB-artsen? Zo ja: hoe, welke, wanneer… Vertel eens vanuit uw ervaring hoe u het liefst geïnformeerd blijft.	▪ Welke communicatiekanalen gebruikt u het liefst? ▪ Neemt u ooit deel aan multidisciplinair overleg? Hoe ervaart u dit?	▪ Telefonie, e-mail, post ▪ E-health ▪ Vaccinatiegegevens, groeicurves? ▪ Ouders? ▪ Boekje van Kind en Gezin
2. Welke informatie vindt u belangrijk om te delen? Heeft u suggesties om dit te optimaliseren? (in de literatuur wordt bijvoorbeeld vermeldt dat in de VS er een duidelijk knelpunt is in de samenwerking tussen artsen en tandartsen wat betreft mondhygiëne bij kinderen en dat dit vooral te wijten is aan slechte integratie van patiëntendossiers)	▪ Mist u nog iets in het delen van de informatie? ▪ Ervaart u een noodzaak tot verbetering van gedeelde patiëntinformatie?	▪ Bijvoorbeeld gedeeld dossiers waar zowel CB-arts als huisarts kunnen inloggen?
3. Met welke informatie zou u extra geholpen kunnen zijn?		

Thema 4: interprofessioneel leren en samenwerken

Hoofdvraag	Subvragen	Hulpitems
Uit literatuur: leren ook in praktijk: met van en over elkaar 1. Wat heb jij geleerd van CB-artsen? Of wat zou je van hen willen weten?	▪ Wat hebben CB-artsen van jou geleerd als huisarts? ▪ Bijscholen van elkaar? ▪ Wat ben je te weten gekomen via CB-artsen?	▪ Nieuwe richtlijnen ▪ Nieuwe websites ▪ …
Heeft u suggesties? Wat ziet u eventueel als meerwaarde van samenwerken voor de zorg voor het kind?		