Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

KAN EEN ZORGPAD ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING EEN GEDEELDE OPVOLGING VAN DE ZWANGERE VROUW FACILITEREN?

Fien Hoefkens, Universiteit Antwerpen
Promotor: Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

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.

Abstract

CONTEXT: In België bestaat de trend de zwangerschap te overmedicaliseren. De zwangere vrouw wordt voornamelijk in tweede lijn opgevolgd en ondergaat over het algemeen een hoog aantal prenatale consultaties en interventies. Het zorgpad zwangerschapsbegeleiding van LMN Antwerpen-Berchem probeert hierin een antwoord te voorzien.

ONDERZOEKSVRAAG: "Kan een zorgpad zwangerschapsbegeleiding een gedeelde opvolging van de zwangere vrouw faciliteren?"

METHODE: Er werd een prospectief observationeel onderzoek opgezet dat op twee niveau's werd uitgevoerd. Op praktijkniveau werden nieuwe zwangere patiënten geïnformeerd over het zorgpad met zijn kalender (de aanbevolen consultaties en onderzoeken en de mogelijkheid tot een gedeelde opvolging) en aan de hand van een brochure over de voor- en nadelen van de verschillende opties in begeleiding. Nadien werd aan de patiënten gevraagd een vragenlijst in te vullen. Op regionaal niveau werd aan de huisartsen die interesse toonden in een gedeelde zwangerschapsbegeiding een praktijkbezoek voorgesteld. De artsen werden met dit bezoek geïnformeerd over de inhoud en toepassing van het zorgpad. Nadien werd aan de artsen gevraagd een online vragenlijst in te vullen. Op regionaal niveau werden tot slot ook de gynaecologen bevraagd in een online vragenlijst over hun ideeën rond een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en het zorgpad.

RESULTATEN: In totaal vulden 22 patiënten de vragenlijst in. Hiervan kozen 18 vrouwen (82%) voor een gedeelde opvolging nadat ze volgens de kalender en de brochure werden geïnformeerd. De belangrijkste reden om te kiezen voor een gedeelde opvolging was het feit dat ze met vroedvrouw/huisarts een nauwere therapeutische relatie kunnen aangaan en, in tweede tijd, de laagdrempeligheid van de eerste lijn. Na de praktijkbezoeken vulden in totaal 27 huisartsen de vragenlijst in. De huisartsen staan open voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en het zorgpad wordt positief onthaald. Van de 35 gynaecologen die werden aangeschreven hebben 7 gynaecologen (20%) de vragenlijst ingevuld. Ook de gynaecologen lijken open te staan voor een gedeelde opvolging.

CONCLUSIES: Patiënten zijn geïnteresseerd in een actieve gedeelde begeleiding waarin eerste en tweede lijn samenwerken rond hun zwangerschap. Ze vinden het belangrijk dat ze met de huisarts/vroedvrouw een nauwere therapeutische relatie kunnen aangaan en dat de zorg toegankelijk en laagdrempelig is. Ook van patiënten uit gaan stemmen op om de zwangerschap niet te overmedicaliseren. De huisartsen in de regio staan open voor een gedeelde opvolging. Hoewel ze zich over het algemeen vertrouwd voelen in de zwangerschapsbegeleiding voelen ze zich hierin door het gebruik van het zorgpad gesterkt. Het zorgpad heeft voor de huisarts veel potentiële voordelen. Hoewel de resultaten van de gynaecologen, gezien de beperkte response rate, met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden lijken ook de gynaecologen open te staan voor een gedeelde opvolging. Essentieel om het zorgpad te doen slagen, is dat patiënten voldoende op de hoogte zijn over de mogelijkheden in opvolging. Zowel huisartsen als gynaecologen gaven aan dat de kalender een handig hulpmiddel was om de patiënten hierin te informeren. Huisartsen zouden graag een gestructureerde uitleg hebben in de vorm van een brochure om de voor- en nadelen van de verschillende opties te duiden. Kortom kan het zorgpad een gedeelde zorg voor de zwangere vrouw aantrekkelijker, efficiënter en kwaliteitsvoller maken voor alle betrokken partijen.

Dankwoord

In eerste plaats gaat mijn dank uit naar mijn promotor, Prof. Dr. Kristin Hendrickx, om mee na te denken over het opzet van deze studie, me de vrijheid te laten een project te maken waar ik me zelf goed in voelde en me vriendelijk bij te sturen waar nodig.

Verder wil ik graag Dr. Camilla Antonneau, Hilde Hofman, Sanne Van den Bleeken en Linne Van den Brande bedanken om me praktisch te ondersteunen, voor hun oprechte interesse en vooral voor hun enthousiasme in zowel de werkgroep als over mijn masterproef.

Een dikke merci, welgemeend en dik verdiend, aan mijn STACO Bram en mijn lieve PO's Liesbeth en Josefien. Niet enkel om mee na te denken over deze masterproef, me feedback te geven en te ondersteunen op momenten dat dingen minder vlot verliepen maar ook voor twee geweldige jaren waarin ik op een leuke manier enorm veel bijleerde.

Aan mijn lieve vriendinnen "Dankuwel"! Met een speciale extra vermelding voor Sofie om al zolang zo een goede vriendin te zijn en zo lief te zijn heel de masterproef eens kritisch onder de loep te nemen. Ook extra dank voor Stefanie en Astrid om mijn aandacht te versterken door met mij gezellig samen aan de masterproef te willen werken en om van "masterproeven" leuke middagen te maken.

Tot slot veel dankbaarheid en liefde aan mijn familie en partner om mijn masterproef na te lezen, mee te zoeken naar oplossingen daar waar ik vastliep, interesse te tonen maar vooral om er altijd voor mij te zijn!

Dankuwel!

Inhoudsopgave

Abstract **2**

Dankwoord **3**

Inhoudsopgave **4**

Inleiding **5**

Keuze van het onderwerp en onderzoeksvraag **5**

Literatuuronderzoek **6**

Zoekmethode 6

Resultaten 6

Conclusie literatuuronderzoek 10

Onderzoeksmethode **11**

Praktijkniveau **11**

Regionaal niveau **12**

Huisartsen 12

Gynaecologen 12

Resultaten **13**

Praktijkniveau **13**

Regionaal niveau **15**

Huisartsen 15

Gynaecologen 17

Discussie **18**

Conclusie **22**

Referenties **23**

Bijlagen **25**

Bijlage 1 – De zwangerschapskalender **25**

Bijlage 2 – Geboortecijfers volgens Kind & Gezin **25**

Bijlage 3 – Uitnodigingsbrief patiënt **26**

Bijlage 4 – Geïnformeerde toestemming patiënt **27**

Bijlage 5 – Brochure patiënten **28**

Bijlage 6 – Vragenlijst Patiënten **30**

Bijlage 7 – Sjabloon Zwangerschapsconsult **33**

Bijlage 8 – Verwijsbrief **34**

Bijlage 9 – Uitnodiging Huisartsen **35**

Bijlage 10 – Vragenlijst Huisartsen **36**

Bijlage 11 – Uitnodiging Gynaecologen **38**

Bijlage 12 – Vragenlijst Gynaecologen **39**

Bijlage 13 – Antwoorden van patiënten op de stellingen **40**

Bijlage 14 – Antwoorden van de huisartsen op de stellingen **41**

Bijlage 15 – Antwoorden van de gynaecologen op de stellingen **42**

Inleiding

Keuze van het onderwerp en onderzoeksvraag

Domus Medica publiceerde reeds in 2006 een richtlijn zwangerschapsbegeleiding voor de huisarts. Hoewel deze richtlijn een mooie taakverdeling voorstelt tussen de eerste (vroedvrouw/huisarts) en tweede lijn (gynaecoloog) in de zorg voor een zwangere patiënte, blijkt dat zwangere vrouwen zich vaak uitsluitend door de gynaecoloog laten opvolgen. Nochtans toonden verschillende onderzoeken reeds de bereidheid van gynaecologen en huisartsen om voor een actieve gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen. In de zwangerschappen die wel gedeeld worden opgevolgd gebeuren vaak dubbele, overlappende consultaties met een overmedicalisering van de zwangerschap tot gevolg.

Naar aanleiding van dit probleem werd, naar analogie van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding in de regio Deurne-Borgerhout, ook een zorgpad zwangerschapsbegeleiding door het LMN (Lokaal multidisciplinair netwerk) Antwerpen-Berchem opgesteld. Bij implementatie van het zorgpad in de eerste regio werd de idee van een gedeelde opvolging positief onthaald door zowel patiënt, huisarts als gynaecoloog. De belangrijkste obstakels hierbij bleken echter een beperkte kennis over de mogelijkheid tot gedeelde opvolging bij de patiënten alsook de communicatie tussen huisarts en gynaecoloog.

Het opzet van deze studie is, bijgevolg, het implementeren van het zorgpad in de eigen praktijk met extra aandacht voor deze laatstgenoemde punten. Daarnaast wordt ook de implementatie op regionaal niveau onderzocht.

Symbool van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding is de kalender die per zwangerschapsduur aangeeft welke onderzoeken moeten gebeuren en aangeeft hoe de taken verdeeld kunnen worden tussen de verschillende hulpverleners (Bijlage 1). Het doel is om na te gaan of een gestructureerde aanpak volgens deze kalender opgesteld door LMN Antwerpen-Berchem een gedeelde zwangerschapsopvolging aantrekkelijker, efficiënter en kwaliteitsvoller kan maken voor zowel arts als patiënt.

De onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: Kan een zorgpad zwangerschapsbegeleiding en gedeelde opvolging van de zwangere vrouw faciliteren?

Literatuuronderzoek

Zoekmethode

Het literatuuronderzoek werd gestart met het opzoeken van de voornaamste richtlijnen rond zwangerschapsbegeleiding op CEBAM. Hierbij werden de richtlijnen van Domus Medica, KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) weerhouden.

Aanvullende literatuur werd voornamelijk gevonden via PubMed in de Medline databank met gebruik van volgende zoektermen: pregnancy, pregnant women, prenatal care, preconception care, antenatal care, shared obstetric care, shared prenatal care, shared pregnancy follow-up, multidisciplinary, gynaecologist, general practitioner, primary health care, family practice, family physicans, Belgium. Enkel Nederlands- of Engelstalige artikels werden geselecteerd. Hun relevantie werd bepaald door het lezen van de abstracten.

Ten slotte werden via de icho website de reeds gepubliceerde masterproeven rond dit thema geselecteerd. Hierbij werden vier interessante masterproeven weerhouden: deze van Silke Peeters en Catherine Theuwis rond het optimaliseren van zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk, deze van Barbara Baert en Melanie Jacobs rond de verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging, deze van Ann-Sophie Phyfferoen en Stefanie Vermandere over wat huisartsen en gynaecologen denken over een gedeelde zwangerschapsopvolging en ten slotte deze van Leen de Maeyer en Jessy Hoste met als titel “Gedeelde zorg voor zwangeren: een haalbare taak?”.

Resultaten

<u>De huisarts als zwangerschapsbegeleider: cijfers en trends</u>

In 2017 registreerde Kind en Gezin 65.308 levende geboorten bij moeders met een woonplaats in het Vlaamse gewest. Dat zijn er 1.495 minder dan in 2016 en bevestigt de dalende trend in het geboortecijfer sinds 2010 (Bijlage 2) [1]. Met ongeveer 8.300 huisartsen in Vlaanderen zou de Vlaamse huisarts zo gemiddeld 8 zwangere vrouwen opvolgen per jaar [2]. Het totaal aantal zwangerschappen ligt echter hoger. In 2011 werden in België in totaal 19.578 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd. Dat komt overeen met 13% van alle zwangerschappen [3]. Daarbij komt dat circa 10 tot 15% van alle zwangerschappen eindigt in een herkenbaar miskraam [4]. Bijgevolg zou de Vlaamse huisarts zo jaarlijks 11 zwangere vrouwen hebben in de praktijk.

De huisarts wordt nog vaak geraadpleegd voor de vaststelling van een zwangerschap, voor een miskraam en voor allerhande problemen tijdens de zwangerschap en de kraamperiode [5]. De statistieken van Intego tonen zo dat in 2015 8/1.000 consulten bij de Vlaamse huisarts gebeurden in kader van zwangerschap. In datzelfde jaar consulteerden 0,81/1.000 patiënten de huisarts voor het vaststellen van de zwangerschap en 0,28/1.000 omwille van een ongewenste zwangerschap [6].

Het gebruik van de prenatale zorg in België is groot. Volgens gegevens van het intermutualistisch agentschap uit 2005 gaat minstens 99% van de zwangere vrouwen in België minstens één keer naar de gynaecoloog, 75% heeft tijdens haar zwangerschap minstens één consultatie bij de huisarts, 25% gaat minstens één keer bij de vroedvrouw [7]. **De zwangere vrouw wordt in België vooral in tweede lijn opgevolgd** [5, 7-10].

Het al dan niet opnemen van de prenatale zorg blijkt grotendeels afhankelijk van socio-demografische, persoonlijke en culturele factoren. Vrouwen met een jongere leeftijd, hogere pariteit, lagere socio-economische klasse, lagere tewerkstelling, lager inkomen of lager opleidingsniveau en vrouwen van allochtone origine starten later of niet met zwangerschapsopvolging en consulteren ook minder frequent een hulpverlener. Hetzelfde geldt voor ongehuwde of alleenstaande vrouwen, vrouwen die wonen in een landelijke gebied, of vrouwen die ongewenst zwanger zijn [11-15].

Waar in de jaren '90 nog een opvolging met ten minste vier prenatale bezoeken werd aangeraden, raadt de WHO (World Health Organization) ondertussen een opvolging aan met minimum acht contacten daar deze de perinatale sterfte doet dalen en de tevredenheid bij vrouwen doet toenemen [16]. Volgens KCE is het ideale aantal raadplegingen bij een normale zwangerschap zeven bij multipara of tien bij primipara. Opvallend is dat dit er in praktijk meestal meer zijn, namelijk gemiddeld dertien raadplegingen voor een zwangere met een laagrisico zwangerschap en vijftien bij een hoog risico zwangerschap. **Er kan gesteld worden dat er een neiging bestaat de zwangerschap te overmedicaliseren** [7, 9].

Deze overmedicalisering kan duidelijk geïllustreerd worden door de verschillen in zorg tussen België en Nederland. In Nederland wordt een “laag risico zwangerschap” meestal opgevolgd door een vroedvrouw. 20% van de vrouwen bevalt er thuis en 11% bevalt in het ziekenhuis uitsluitend onder begeleiding van de vroedvrouw. De nadruk ligt er op het fysiologische proces dat de zwangerschap is. Dit resulteert in een lager aantal obstetrische interventies. Deze aanpak wordt ook vanuit de overheid ondersteund en aangemoedigd. In Vlaanderen daarentegen is de zorg voor de zwangere vrouw hiërarchisch georganiseerd. Er is geen duidelijke grens tussen eerste en tweede lijn en vrouwen kunnen zonder doorverwijzing in tweede lijn opgevolgd worden. 97,9% van de Vlaamse vrouwen bevalt in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog. Deze aanpak wordt er als veiligste en beste aanvaard. Veel vrouwen zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid tot opvolging in eerste lijn of bevalling door een vroedvrouw. Praktisch gezien is er ook minder ondersteuning voor bevallingen in het ziekenhuis door een externe vroedvrouw [10, 17-19]. De overmedicalisering voltrok zich voornamelijk in de laatste decennia. In 1993 zou 66% van de huisartsen in de Europese Unie hebben aangegeven betrokken te zijn in de prenatale zorg, 15 % was betrokken bij de partus zelf. In België gaf toen 60-90% aan betrokken te zijn bij de prenatale zorg en 20-40 % bij de partus zelf [20].

<u>De gedeelde zwangerschapsbegeleiding en zijn struikelblokken</u>

Waar verloskunde vroeger een vaste taak was van de huisarts is dit nu veel minder zo. Deze evolutie kan voornamelijk verklaard worden door een verminderde interesse en afnemende expertise van huisartsen enerzijds en de toenemende technologie en druk van specialisten anderzijds [5, 21, 22]. De onvoorspelbare werkuren zijn vooral voor vrouwelijke huisartsen een reden om minder bevallingen te begeleiden [23]. Andere argumenten van huisartsen om geen bevallingen meer te begeleiden zijn de torenhoge verzekeringskosten, dreigende medicolegale gevolgen bij complicaties en de wens van de patiënt [21, 22]. **De trend gaat niet enkel op voor het begeleiden van bevallingen maar strekt zich uit over de gehele pre- en postnatale zwangerschapsbegeleiding** [19, 22]. Het gevoel van **tijdsdruk** en andere, competitieve preventieve taken maken zwangerschapsbegeleiding minder aantrekkelijk voor de huisarts [24].

Zorg voor zwangere vrouwen vereist specifieke kennis en vaardigheden [21]. In de **opleiding** tot huisarts komt het aspect zwangerschapsbegeleiding weliswaar nauwelijks aan bod [25, 26]. Er wordt geconcentreerd op de zorg voor het pathologische, terwijl meer aandacht zou besteed moeten worden aan de normale, fysiologische zwangerschap. De opleiding van huisartsen betreffende zwangerschapsbegeleiding verschilt ook van land tot land. Meer dan 90% van de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk volgt een 6-maand durende stage op een obstetrische ziekenhuisdienst [22]. In Antwerpen is enkel één maand verplichte gynaecologiestage opgenomen in het basiscurriculum geneeskunde.

Naast de verminderde interesse van huisartsen is er ook een beperkte kennis van patiënten over de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding. In de masterproef van Silke Peeters en Catherine Theuwis werden diepte-interviews afgenomen bij patiënten en huisartsen in Antwerpen. Geen enkele patiënt, betrokken in de masterproef, wist dat ze ook bij de huisarts terecht kon voor zwangerschapsbegeleiding [27]. Daarnaast blijkt uit datzelfde onderzoek dat ook de beperkte infrastructuur een rol speelt in de keuze van vrouwen, en dan vooral de afwezigheid van een **echografie** toestel bij de huisarts. Deze struikelblokken kwamen ook in voorgaande onderzoeken boven [24, 26]. Het onderzoek van Barbara Baert en Melanie Jacobs bevestigt dat het voor een zwangere vrouw erg belangrijk is om geregeld een echografie te krijgen. Dit zou voor vrouwen hét bewijs zijn dat hun kindje veilig en gezond is. De aanwezigheid en het gebruik van een doptone zou hierin deels tegemoet kunnen komen [27, 28].

Ten slotte toonde het onderzoek van Silke Peeters en Catherine Theuwis in diepte-interviews aan dat zowel patiënten als huisartsen de **communicatie met de gynaecoloog** gebrekkig vinden [27].

<u>De gedeelde zwangerschapsbegeleiding en zijn mogelijke voordelen</u>

Huisarts, vroedvrouw en gynaecoloog kunnen ook samenwerken aan een kwaliteitsvolle opvolging van de zwangere vrouw. **Er schuilen heel wat potentiële voordelen in de keuze om de "eerste lijn" opnieuw een grotere rol te laten spelen in de zwangerschapsbegeleiding**.

Eén van de belangrijkste barrières om een arts te contacteren is het **financiële aspect** [15]. Een gedeelde zwangerschapsbegeleiding kan hierin helpen, aangezien deze kosteneffectief kan zijn voor zowel patiënt als maatschappij. Belgische huisartsen zijn doorgaans geconventioneerd waardoor een consult bij de huisarts doorgaans goedkoper is dan bij de gynaecoloog. Een consult bij de vroedvrouw is voor de patiënt gratis. Daarnaast gebeuren in eerste lijn **minder technische onderzoeken** dan in tweede lijn [22]. Een opvolging bij de huisarts zou zo de zwangerschap kunnen terugbrengen naar een meer fysiologisch gebeuren.

Naast dit financiële aspect staat ook een **praktisch voordeel**. Wachttijden voor een afspraak bij de huisarts en vroedvrouw zijn vaak veel korter dan die bij de gynaecoloog. In Europa is de gemiddelde wachttijd in ziekenhuizen 5 weken. De patiënt dient zich bovendien niet naar het ziekenhuis te verplaatsen. Ook de tijd in de wachtzaal is in een praktijk gemiddeld korter dan in een ziekenhuis. De wachttijd is één van de belangrijkste factoren die de tevredenheid van een zwangere vrouw bepalen [15].

Ook voor de gynaecoloog kan het voordelig zijn als de huisarts meer taken op zich neemt. Zo kan de werkbelasting voor de gynaecoloog verminderd worden en krijgt deze weer meer tijd voor bevallingen, gynaecologische pathologie, chirurgische ingrepen, …

Tevredenheid bij patiënten is slechts indirect gerelateerd aan de kwaliteit van het zorgsysteem. Eén van de redenen hiervoor, is dat de tevredenheid sterk beïnvloed wordt door verwachtingen en vroegere ervaringen van patiënten [19]. Vrouwen waarderen het wanneer de zorg geïndividualiseerd is. Ze willen een zorg op maat, waar de zorgverlener aandacht besteedt aan hun emotionele en sociale bezorgdheden. Ze houden niet van fragmentatie, inconsistentie, lange wachttijden, gehaaste consulten en om behandeld te worden als een nummer [29]. De kwaliteit van de zwangerschapszorg zou hoger worden ingeschat indien de vrouw haar hulpverlener beter kent [19]. Aangezien de huisarts met de patiënte (en haar familie) vaak een langdurige therapeutische relatie heeft opgebouwd is het zo de ideale persoon om de zwangere vrouw te **ondersteunen in de zwangerschap met al zijn biologische, psychologische en sociale aspecten**. De huisarts kan handig voorzien in continuïteit van de zorg gezien deze de vrouw zowel prenataal als langdurig postnataal kan opvolgen [22].

Voorgaande masterproeven in Vlaanderen bevestigen dat de tevredenheid van patiënten en de financiële kost in de zwangerschapsbegeleiding verbeteren wanneer deze opvolging binnen de eerste lijn gebeurt [30, 31].

<u>De praktische uitwerking van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding</u>

Het zorgaanbod voor de zwangere vrouw bestaat in België uit de gynaecoloog, de vroedvrouw en de huisarts. Zoals eerder gesteld is in België de zwangerschapsbegeleiding voornamelijk een taak van de gynaecoloog en hebben de huisarts en vroedvrouw een ondergeschikte rol in vergelijking met bijvoorbeeld Nederland [5].

Als we de richtlijnen bekijken is het echter net NHG die voorstelt de zwangere vrouw altijd door te verwijzen naar de vroedvrouw of gynaecoloog. De taak van de huisarts wordt gereduceerd tot het behandelen van medische zaken die niet verbonden zijn aan de zwangerschap [32]. Zowel Domus Medica als KCE pleiten voor een gedeelde zwangerschapsopvolging bij ongecompliceerde zwangerschappen [9, 33]. In een studie naar de prenatale zorg in België uit 2005 heeft 16% van de zwangere vrouwen een hoger risico op complicaties [7]. Aangezien de huisarts over het volledig medisch dossier beschikt is het zo de ideale persoon om risicozwangerschappen op te sporen.

De in 2006 gepubliceerde richtlijn van domus medica doet een aanzet de rol van de huisarts in de zwangerschapsbegeleiding opnieuw te versterken. Ze beschrijft de zwangerschap tussen de conceptie en 41 weken. In een overzichtelijk schema wordt weergegeven welke onderzoeken dienen te gebeuren bij elke zwangerschapsduur. Ook wordt een duidelijke taakverdeling voorgesteld tussen de eerste en tweede lijn. Als voorwaarde wordt gesteld dat het niet gaat over een risico-zwangerschap en dat de huisarts beschikt over de infrastructuur om de zwangere vrouw op te volgen (doptone, wissers..) [33].

Uitermate belangrijk in zo een gedeelde opvolging van de zwangere vrouw is een duidelijke en zorgvuldige communicatie. Aangeraden wordt hiervoor het boekje van kind en gezin te gebruiken.

Daarnaast heeft Domus Medica een verwijsbrief opgesteld om de gynaecoloog op de hoogte te stellen van de patiënt, diens voorgeschiedenis en de gekozen opvolging.

Naar aanleiding van de Domus Medica richtlijn startten verschillende regio's een werkgroep zwangerschapsbegeleiding waarin lokaal overeengekomen wordt hoe de richtlijn in de regio geïmplementeerd kan worden. De gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen van de werkgroep maken afspraken rond de adviezen die ze patiënten geven, rond de timing en uitvoering van onderzoeken, rond de taakverdeling hierin,… Het resultaat hiervan wordt weergegeven in het zorgpad zwangerschapsbegeleiding. Zorgpaden worden internationaal erkend als hét instrument bij uitstek om de zorg te organiseren en op te volgen. Ze worden gedefinieerd als complexe interventies om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader [34].

In regio Deurne-Borgerhout werd de implementatie van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding, opgesteld door LMN Antwerpen-Oost, reeds geëvalueerd in de masterproef van Jessy Hoste en Leen De Maeyer [8]. Zij concludeerden dat dergelijk zorgpad positief onthaald wordt door gynaecoloog, huisarts én vroedvrouw. Uitermate belangrijk hierin is het correct informeren van de patiënte over de mogelijkheid tot gedeelde opvolging en het optimaliseren van de communicatie tussen gynaecoloog en huisarts. Naar analogie van dit zorgpad **ontwikkelde ook de werkgroep van het LMN Antwerpen-Berchem een zorgpad zwangerschapsbegeleiding**. Symbool van het zorgpad is de kalender (Bijlage 1) die de nodige onderzoeken per zwangerschapstermijn voorstelt. Aan de hand van de kalender kan de patiënt geïnformeerd worden over de aanbevolen consultaties en onderzoeken en over de mogelijkheden in opvolging (uitsluitend gynaecoloog, gynaecoloog-vroedvrouw, gynaecoloog-huisarts). Verder kunnen afspraken worden vastgelegd en kan aangegeven worden welke hulpverlener welke consulten zal uitvoeren. Vanuit de werkgroep wordt aangeraden de kalender bij elke zwangere patiënte in het zwangerschapsboekje te nieten en in te vullen. Doel is duidelijke taakafspraken te creëren in geval van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en de zorg voor de zwangere vrouw te optimaliseren.

Conclusie literatuuronderzoek

Hoewel de huisarts in Vlaanderen nog vaak wordt geraadpleegd voor de vaststelling van een zwangerschap, voor een miskraam en voor allerhande problemen tijdens de zwangerschap en kraamperiode is in België de zorg voor de zwangere vrouw grotendeels een zaak van de gynaecoloog.

Een gedeelde opvolging heeft potentieel echter veel voordelen. Zo is dergelijke opvolging kosteneffectief en laagdrempelig, kan het de zwangerschap terugbrengen tot een meer fysiologisch proces en zou het de tevredenheid bij patiënten vergroten.

Om dergelijke opvolging mogelijk te maken is het van groot belang dat artsen zich blijven bijscholen zodat hun kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen met betrekking tot de zwangerschapsbegeleiding blijft groeien. Daarnaast is het van essentieel belang dat patiënten geïnformeerd worden over de mogelijkheden in opvolging en dat er duidelijke communicatie bestaat tussen de verschillende betrokken hulpverleners. Om een gedeelde opvolging te faciliteren werd in 2017 een zorgpad zwangerschapsbegleiding opgesteld door het LMN Antwerpen-Berchem gebaseerd op de Domus Medica richtlijn.

Onderzoeksmethode

Het opzet van deze studie is de implementatie van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding van LMN Antwerpen-Berchem in de eigen praktijk en op regionaal niveau te evalueren. Symbool van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding is de kalender die per zwangerschapsduur aangeeft welke onderzoeken bij de zwangere vrouw moeten gebeuren (Bijlage 1). Doel is om na te gaan of een gestructureerde aanpak volgens deze kalender een gedeelde zwangerschapsopvolging aantrekkelijker, efficiënter en kwaliteitsvoller kan maken voor zowel arts als patiënt. Om hier een antwoord op te geven onderzoeken we de implementatie op twee niveaus.

Praktijkniveau

Vanaf juni 2018 werd elke nieuwe zwangere vrouw in de praktijk geïncludeerd nadat zij over het project werd geïnformeerd (Bijlage 3) én zij hiervoor haar geïnformeerde toestemming gaf (Bijlage 4). Inclusiecriteria voor deze studie waren zwangere vrouwen (<12 weken) die in de praktijk - Huisartsengroep Park Noord - op zwangerschapsconsult kwamen, ongeacht waar de diagnose gesteld werd. Vrouwen met een zeer geringe kennis van het Nederlands, die bovendien geen naasten hadden om te vertalen, werden geëxcludeerd daar dit de studie praktisch bemoeilijkte.

Voor alle deelnemende vrouwen werd de kalender van LMN geniet in het zwangerschapsboekje. De patiënten werden aan de hand van deze kalender geïnformeerd over de aanbevolen consultaties en onderzoeken en de mogelijkheid tot een gedeelde opvolging (Bijlage 1). Als hulpmiddel om de patiënten over de mogelijkheden in opvolging te informeren werd een brochure opgemaakt. Hierin worden de verschillende hulpverleners voorgesteld met hun competenties en ligt de nadruk op de voor- en nadelen van de verschillende opties in begeleiding (Bijlage 5). Zo kon elke patiënte een geïnformeerde keuze in opvolging maken. Onafhankelijk van de gekozen opvolging werd aan elke geïmplementeerde vrouw gevraagd een vragenlijst in te vullen (Bijlage 6). Doel hiervan was na te gaan waarom vrouwen voor een bepaalde optie kozen en of de brochure en de kalender zelf hen in die keuze hadden geholpen. De vragenlijst bestond uit een aantal gegevens rond de keuze van opvolging in de huidige/vorige zwangerschap(pen) en een aantal stellingen. De gegevens werden verwerkt met SPSS (IBM SPSS Statistics, versie 25) . Op de stellingen werd een 6-punt Likert schaal toegepast. Uiteraard werden de gegevens behandeld met respect voor de privacy van de patiënt. Hun namen werden niet in de vragenlijst opgenomen. Ten slotte is het belangrijk te vermelden dat een vrouw haar keuze om al dan niet voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen geen invloed heeft op de kwaliteit van haar opvolging. Deze gebeurt in elk geval volgens de huidige aanbevelingen. In Health One (Medische software in de praktijk) werd ten slotte een standaard sjabloon voorzien voor het zwangerschapsconsult (Bijlage 7) en werd een verwijsbrief aan de gynaecoloog voorzien die aan elke zwangere vrouw werd meegegeven (Bijlage 8).

Regionaal niveau

Huisartsen

LMN Antwerpen-Berchem heeft een lijst met huisartsen geïnteresseerd in zwangerschapsopvolging. Aan deze huisartsen werd gevraagd of zij een kort praktijkbezoek wensten rond het zorgpad. De geïnteresseerden werden reeds in de periode februari – oktober 2018 bezocht door Hilde Hofman (LMN), dr. Camilla Antonneau (LMN) of mezelf. De artsen werden geïnformeerd over het zorgpad met de belangrijkste richtlijnen die door de werkgroep werden aanvaard, en gemotiveerd tot het gebruik van de kalender. Praktisch werd aangeraden om de kalender in het moederboekje te nieten en deze met de zwangere vrouw te overlopen. Hierbij dient uitgelegd te worden welke afspraken worden aangeraden op welke termijn, welke onderzoeken er moeten gebeuren en welke hulpverleners hierbij zouden kunnen helpen.

Na een aantal maanden werd elektronisch een uitnodiging tot deelname (Bijlage 9) en vragenlijst (Bijlage 10) verspreid om het gebruik van het zorgpad en de kalender te evalueren. Deze gegevens werden op dezelfde manier verwerkt met gebruik van SPSS en de 6-punt Likert schaal.

Gynaecologen

Ten slotte werd het draagvlak voor, en de meningen over, het zorgpad bij de gynaecologen onderzocht. Hierbij werden de gynaecologen van GZA Sint-Vincentius, GZA Sint-Augustinus en ZNA Middelheim geïncludeerd daar deze gynaecologen in de werkgroep van het LMN Antwerpen-Berchem worden gerepresenteerd. Ook aan hen werd via mail een uitnodiging (Bijlage 11) en een elektronische vragenlijst (Bijlage 12) gestuurd. De gegevens werden op dezelfde manier verwerkt als hierboven beschreven.

Waar het initieel de bedoeling was de betreffende gynaecologische diensten te bezoeken voor toelichting van het zorgpad alvorens de vragenlijst te verzenden is dit door omstandigheden niet meer gelukt. Waar we ook graag de vroedvrouwen hadden betrokken in de masterproef viel dit naar onze mening buiten het bestek van deze “huisartsen” masterproef.

Samenvattend is deze studie een prospectief observationeel onderzoek die gecombineerd mono-en multicentrisch werd uitgevoerd.

Resultaten

Praktijkniveau

Gedurende de volledige periode van de studie (juli 2018 – februari 2019), zijn er in totaal 41 nieuwe zwangerschapsdiagnosen gesteld in de praktijk. Op basis van de exclusiecriteria werden 8 patiënten (19%) niet in de studie geïncludeerd: vijf patiënten (12%) omwille van taal, twee patiënten (5%) omwille van vroegtijdig miskraam en één (2%) omwille van een zwangerschap met verhoogd risico. Zo konden uiteindelijk 33 nieuwe zwangeren (80%) worden geïncludeerd. Van deze geïncludeerde patiënten vulden 11 patiënten (33%) de vragenlijst niet in of waren lost to follow-up. Zo bekwamen we uiteindelijk resultaten van 22 patiënten (response rate 67%). Het profiel van de deelnemende patiënten wordt weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 1).

Deelnemende patiënten	22				
Leeftijd	Minimum		Maximum		Gemiddeld
	19		39		28
Beroep	Zelfstandige	Bediende	Arbeider	Huisvrouw	Ander
	1 (4%)	5 (23%)	3 (14%)	9 (41%)	4 (18%)
Burgerlijke staat	Gehuwd		Samenwonend		
	14 (64%)		8 (36%)		
Moedertaal	Nederlands		Ander		
	12 (54,5%)		10 (45,5%)		
Kennis Nederlands	Zeer goed		Goed		Vertaler nodig
	13 (59%)		3 (14%)		6 (27%)

Tabel 1: Profiel van de deelnemende patiënten

Na uitleg over het zorgpad en de kalender kozen vier vrouwen (18%) voor een opvolging uitsluitend bij de gynaecoloog. De gedeelde opvolging werd door 18 vrouwen (82%) gekozen waarvan 11 vrouwen (50%) kozen voor een opvolging door huisarts en gynaecoloog, één (5%) voor een opvolging door vroedvrouw en gynaecoloog en 6 (27%) voor een opvolging door gynaecoloog, huisarts én vroedvrouw.

Van de 22 vrouwen hadden 11 vrouwen (50%) reeds kinderen. Van deze vrouwen werden 9 vrouwen (82%) in het verleden uitsluitend door de gynaecoloog begeleid en twee vrouwen (18%) genoten een gedeelde opvolging. Gemiddeld ondergingen deze patiënten in die vorige zwangerschappen – naar eigen schatting – 7 echografieën. Na het voorstellen van het zorgpad kozen van deze 11 vrouwen drie vrouwen (27%) voor een begeleiding uitsluitend bij de gynaecoloog en 8 vrouwen (73%) voor een gedeelde begeleiding. Dat maakt dat 6 vrouwen (67%) die in vorige zwangerschappen voor een opvolging bij de gynaecoloog kozen, deze zwangerschap – na bespreking van het zorgpad – kozen voor een gedeelde begeleiding.

De vier vrouwen (18%) die kozen voor een opvolging uitsluitend bij de gynaecoloog deden dit omwille van diverse redenen: twee patiënten kozen voor de gynaecoloog omdat deze specialist is in de materie, drie patiënten hebben graag één hulpverlener die alles doet, één patiënt heeft graag bij elk consult een echografie. Niemand gaf als reden dat ze een goed contact heeft met de gynaecoloog. Eén patiënt gaf als andere reden dat mensen in de omgeving dit zo hadden aangeraden.

Ook de vrouwen die kozen voor een gedeelde zwangerschapsopvolging gaven hiervoor verschillende redenen. 12 patiënten gaven aan met de vroedvrouw/huisarts een nauwere therapeutische relatie te kunnen aangaan, drie patiënten gaven aan zo de financiële kosten zo te willen drukken en 11 patiënten vinden het belangrijk dat ze bij vroedvrouw/huisarts gemakkelijker terecht kunnen. Drie patiënten gaven een andere reden namelijk dat de vroedvrouw/huisarts meer tijd kan nemen, dat ze graag verschillende inzichten heeft in de situatie en één vrouw omdat de gynaecoloog dit zo had voorgesteld.

Aan de vrouwen werden 12 stellingen voorgelegd. Hun antwoorden werden schematisch weergegeven (Bijlage 13). In het volgende worden deze resultaten besproken in telkens de mediaan, het minimum en maximum. Hieronder worden woordscores bij de getallen weergegeven (Tabel 2). Daar waar de resultaten minder eenduidig zijn worden de aantallen "Eens" – "Oneens" vermeld.

Getal	**Woordscore**
0	Helemaal oneens
1	Oneens
2	Eerder oneens
3	Eerder eens
4	Eens
5	Helemaal eens

Tabel 2: Woordscores

Belangrijk is dat de vrouwen de huisarts in staat achtten de zwangerschap te begeleiden samen met de gynaecoloog (Mediaan 5, min. 3 – max. 5). Hetzelfde geldt voor het vertrouwen in de vroedvrouw, hoewel in mindere mate (Mediaan 4, min. 0 – max. 5).

De patiënten waren het eerder oneens met de stelling "*De informatie over het financiële aspect in de brochure was voor mij belangrijk in het maken van mijn beslissing*" hoewel de resultaten niet erg eenduidig waren (Mediaan 2, min. 0 – max. 5, 11 (50%) "Helemaal oneens" – "Eerder oneens" en 11 (50%) "Eerder eens" – "Helemaal eens"). Ook met de stelling *"Ik vind het belangrijk de kosten van mijn zwangerschap zo laag mogelijk te houden"* waren de vrouwen het eerder oneens hoewel ook hier uiteenlopende antwoorden werden gegeven (Mediaan 2, min. 0 – max 5, 12 (55%) "Helemaal oneens" – "Eerder oneens" en 10 (45%) "Eerder eens" – "Helemaal eens"). Ze waren het eerder eens met de stelling "*Ik wens enkel onderzoeken die medisch noodzakelijk zijn"* (Mediaan 3, min. 1 – max 5) en gaven duidelijk aan geen dubbele of onnodige consultaties te willen (Mediaan 4, min. 2 – max 5). De kalender gaf hen meer zicht op de onderzoeken die tijdens de zwangerschap moeten gebeuren en wat medische noodzakelijk is (Mediaan 4, min. 4 – max. 5). Ze waren het eerder oneens met de stelling *"Ik vind het belangrijk elke maand een echografie te krijgen, ongeacht de kost en*

noodzaak, om mijn groeiende baby te kunnen zien" (Mediaan 2, min. 0 – max. 5, 15 (68%) "Helemaal oneens" – "Eerder oneens", 7 (32%) "Eerder eens" – "Helemaal eens").

De patiënten waren het eens met de stelling *"Reeds voor ik de informatie kreeg wist ik dat een gedeelde opvolging bij gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw mogelijk was"* hoewel een aanzienlijke groep het tegenovergestelde antwoordde (Mediaan 3,50, min. 0 – max. 6, 9 (41%) "Helemaal oneens" – "Eerder oneens, 13 (59%) "Eerder eens" – "Helemaal eens"). De informatie gaf hen wel duidelijk meer inzichten in welke hulpverleners de zwangerschap kunnen begeleiden (Mediaan 5, min. 4 – max. 5) en had hun keuze voor opvolging beïnvloed (Mediaan 3,5, min. 0 – max. 5). De patiënten hadden de informatie volledig begrepen (Mediaan 5, min. 4 – max. 5).

Regionaal niveau

Huisartsen

Van de 178 artsen in het gebied Antwerpen-Berchem (Situatie begin 2017 al dan niet met vermelding van de HAIO) gaven 83 artsen (47%) aan zwangerschapsbegeleiding te (willen) doen. Andere artsen gaven aan geen zwangerschapsbegeleiding te doen of gaven geen antwoord. Vrouwelijke artsen deden vaker aan zwangerschapsbegeleiding dan hun mannelijke collega's. Het profiel van de artsen in de regio en van de artsen die aan zwangerschapsbegeleiding deden wordt weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 3).

Totaal aantal huisartsen regio	178	
Geslacht	Man	Vrouw
	84 (47%)	94 (53%)
Type Praktijk	Solo	Duo/groep/ander
	58 (33%)	120 (67%)
Aantal huisartsen zwangerschapsbegeleiding	83	
Geslacht	Man	Vrouw
	25 (30%)	58 (70%)
Type praktijk	Solo	Duo/groep/ander
	12 (14%)	71 (86%)

Tabel 3: Profiel van huisartsen in de regio en van huisartsen die aan zwangerschapsbegeleiding doen

Van de artsen die aangaven zwangerschappen te begeleiden zeiden uiteindelijk 61 artsen (73%) toe op een praktijkbezoek. Bijgevolg werden deze praktijken bezocht en geïnformeerd over het zorgpad door Hilde Hofman, dr. Camilla Antonneau of mezelf. Enkele maanden later kregen deze artsen een online vragenlijst toegestuurd. Deze werd ingevuld door 27 artsen (44% response rate). Het profiel van deze deelnemende artsen wordt weergegeven in onderstaande tabel (Tabel 4).

Deelnemende artsen	27		
Geslacht	Man	Vrouw	
	5 (18%)	22 (82%)	
Statuut	Huisarts	HAIO	
	22 (82%)	5 (18%)	
Type praktijk	Solo	Duo/Groep/ander	
	1 (4%)	26 (96%)	
	Minimum	Maximum	Gemiddeld
Leeftijd	26	64	38
Jaren werkervaring	2	41	13
Jaren ZS* begeleiding	<1 jaar	>10 jaar	> 5 jaar
Nieuwe zwangeren/maand	<1	>5	2
Vertrouwd in begeleiding	23 (85%)		
Kalender toegepast	22 (82%)		

Tabel 4: Profiel van de deelnemende artsen (ZS begeleiding = zwangerschapsbegeleiding)*

Ook aan de huisartsen werden stellingen voorgelegd. De antwoorden werden schematisch weergegeven (Bijlage 14). Hieronder worden de resultaten besproken aan de hand van de hierboven gedefinieerde scores (Tabel 2).

De deelnemers vonden het opvolgen van de zwangerschap een taak van de huisarts (Mediaan 4, min. 2, max. 5). Ze hadden echter het gevoel dat patiënten eerder onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot gedeelde opvolging (Mediaan 2, min. 0 – max. 4). Wel vonden ze het zorgpad met zijn kalender een handig hulpmiddel om patiënten hierover te informeren (Mediaan 4, min. 3 – max. 5). Een gestructureerde uitleg bij de kalender bvb in de vorm van een brochure, zoals toegepast in de praktijk, zou hen kunnen helpen de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden in opvolging uit te leggen (Mediaan 4, min. 0 – max. 5). De meerderheid van de geïnterviewde artsen was het eens met de stelling "S*inds de implementatie van het zorgpad in de praktijk en het gebruik van de kalender kiezen patiënten vaker voor een gedeelde zwangerschapsopvolging."* (Mediaan 3, min. 1 – max. 5, 9 (33%) "Oneens" – "Eerder oneens", 18 (77%) "Eerder eens" – "Helemaal eens").

De huisartsen hadden eerder wel het gevoel dat ook gynaecologen open staan voor een gedeelde opvolging (Mediaan 3, min. 0 – max. 5, 9 (35%) "Helemaal oneens" – "Eerder oneens", 17 (65%) "Eerder eens" – "Helemaal eens"). Ook waren ze het eerder eens met de stellingen "*De communicatie tussen de verschillende hulpverleners verloopt vlot*" (Mediaan 3, min. 1 – max. 5, 10

(38%) “Oneens” – “Eerder oneens”, 16 (62%) “Eerder eens” – “Helemaal eens”) en “*De kalender heeft een positief effect gehad op de communicatie tussen de verschillende betrokken hulpverleners*” (Mediaan 3, min. 1 – max. 5, 9 (35%)“Oneens” – “Eerder oneens”, 17 (65%) “Eerder eens” – “Helemaal eens”).

De kalender werd ervaren als een handige checklist voor de onderzoeken die dienen te gebeuren (Mediaan 4, min. 3 – max. 5) en stelt een duidelijke taakverdeling voor tussen de verschillende hulpverleners (Mediaan 4, min. 3 – max. 5). Ook waren de huisartsen het eerder eens met de stelling “*Patiënten zijn beter geïnformeerd over de noodzakelijke onderzoeken tijdens de zwangerschap sinds het gebruik van de kalender*” (Mediaan 3, min. 1 – max. 5). Zo hadden de huisartsen eerder wel het gevoel dat er sinds de implementatie van het zorgpad minder dubbele of onnodige consultaties gebeuren (Mediaan 3, min. 1 – max. 5) en dat het zorgpad helpt de financiële kosten voor de zwangerschap te drukken (Mediaan 3, min. 1 - max. 5). Ten slotte waren de artsen het eens met de stellingen “*Inhoudelijk sluit de kalender aan bij de richtlijn zwangerschapsbegeleiding die ik voorheen reeds gebruikte.”* (Mediaan 4, min. 3 – max. 5) en “*Ik voel me door het gebruik van de kalender gesterkt in de opvolging van zwangere vrouwen”* (Mediaan 4, min. 2 – max. 5).

Gynaecologen

In totaal voorzien 35 gynaecologen de zwangerschapsbegeleiding in volgende ziekenhuizen: Sint-Augustinus, Sint-Vincentius en Middelheim. Deze gynaecologen werden via mail aangeschreven en gevraagd de elektronische vragenlijst in te vullen. Dit resulteerde in 7 antwoorden (Response rate 20%). De gynaecologen hadden gemiddeld 17 jaar ervaring als gynaecoloog (Min. 7 – max. 29). Twee van hen (29%) hadden het zorgpad geen enkele keer toegepast, twee gynaecologen (29%) deden dit al enkele keren en drie (42%) pasten het regelmatig toe. Ook aan hen werden enkele stellingen voorgelegd. De antwoorden hierop werden schematisch weergegeven (Bijlage 15).

De gynaecologen waren het eerder eens met de stelling “Ik was reeds op de hoogte van het zorgpad en zijn praktische toepassing” (Mediaan 3, min. 0 – max. 5, 3 (42%) “Helemaal oneens” – “Eerder oneens”, 4 (58%) “Eerder eens” – “Helemaal eens”). Wel zouden ze graag verder geïnformeerd worden rond het zorgpad (Mediaan 4, min. 2 – max. 5). Belangrijk is dat ze de huisarts (Mediaan 4, min. 4 – max. 5) en de vroedvrouw (Mediaan 4, min. 2 – max. 5) in staat achtten de zwangerschap samen met de gynaecoloog op te volgen. De gynaecologen stonden open voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding (Mediaan 5, min. 2 – max. 5). Het zorgpad kon volgens hen de zorg voor de zwangere vrouw optimaliseren (Mediaan 4, min. 4 – max. 5).

Verder waren de gynaecologen het eerder eens met de stelling “Patiënten zijn voldoende op de hoogte van de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding (Mediaan 3, min. 1 – max. 4, 3 (42%) “Oneens” – “Eerder oneens”, 4 (58%) “Eerder eens” – “Eens”). Wel vonden ze het zorgpad met zijn kalender een handig hulpmiddel om patiënten te informeren rond de mogelijkheden hierin (Mediaan 4, min. 2 – max. 5). De gynaecologen waren het eens met de stelling “Ik informeer elke "nieuwe zwangere" rond de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding” (Mediaan 4, min. 2 – max. 5).

Ten slotte vonden de gynaecologen dat het zorgpad de communicatie tussen de verschillende hulpverleners kon bevorderen (Mediaan 4, min. 2 – max. 5).

Discussie

De zwangere vrouw wordt in België vandaag, in tegenstelling tot enkele decennia geleden, vooral in tweede lijn opgevolgd [5, 7, 8, 17]. Dit resulteert in een hoger aantal obstetrische interventies dan bij onze noorderburen [17-19]. Het aantal prenatale consultaties ligt gemiddeld hoger dan aanbevolen [7]. Er kan gesteld worden dat er een neiging bestaat de zwangerschap te **overmedicaliseren** [7, 9]. Nochtans, verscheen er reeds in 2006 een richtlijn van Domus Medica die een mooie taakverdeling voorstelde in een gedeelde zwangerschapsbegeleiding waarin eerste en tweede lijn samenwerken aan een kwaliteitsvolle begeleiding van de zwangere vrouw [33]. Op basis van deze richtlijn werd het zorgpad zwangerschapsbegeleiding van LMN Antwerpen-Berchem voorgesteld. **Doel is na te gaan of dergelijk zorgpad een actieve gedeelde opvolging aantrekkelijker, efficiënter en kwaliteitsvoller kan maken voor zowel arts als patiënt**.

Ongetwijfeld de belangrijkste voorwaarden om een actieve gedeelde opvolging te laten slagen is dat er een **interesse voor is vanuit de patiënten en een draagvlak voor is vanuit de artsen**.

Praktijkniveau: De meningen van patiënten

Naar analogie van de masterproef van Jessy Hoste en Leen de Maeyer in regio Deurne-Borgerhout, blijkt ook in dit onderzoek dat **vrouwen in Antwerpen-Noord interesse hebben voor een gedeelde opvolging tijdens de zwangerschap** [8]. Het overgrote deel (82%) van de patiënten koos, na uitleg bij de kalender over de nodige onderzoeken en de brochure over de voor- en nadelen van de verschillende opties in begeleiding, voor een gedeelde opvolging. Meer nog, na deze informatie, kozen vrouwen die voorheen uitsluitend bij de gynaecoloog werden opgevolgd, in de huidige zwangerschap vaker voor een gedeelde opvolging. De vrouwen achtten de huisarts en de vroedvrouw in staat de zwangerschap te begeleiden samen met de gynaecoloog.

De belangrijkste reden om te kiezen voor een gedeelde opvolging in dit onderzoek is de mogelijkheid om met de huisarts/vroedvrouw een nauwere **therapeutische relatie** aan te gaan. Ook uit literatuur blijkt dat de kwaliteit van zorg hoger zou worden ingeschat indien de vrouw haar hulpverlener langer kent [19]. Vrouwen waarderen geïndividualiseerde zorg op maat waarin ook aandacht besteed wordt aan de emotionele en sociale bezorgdheden [29]. Na de therapeutische relatie is de **toegankelijkheid** de voornaamste reden om de opvolging deels in eerste lijn te organiseren. Dit bevestigt de hypothese dat de wachttijd één van de belangrijkste factoren is die de tevredenheid van patiënten bepaalt [15].

Hoewel uit literatuur blijkt dat het **financiële aspect** een van de belangrijkste barrières is om een hulpverlener te contacteren komt dit in dit onderzoek minder naar voor [15]. Patiënten geven maar zelden aan om met de keuze voor een gedeelde opvolging de financiële kosten te willen drukken. Ook geven ze aan de kosten van de zwangerschap niet perse zo laag mogelijk te willen houden. De helft van de patiënten vond de informatie over het financiële aspect in de brochure belangrijk in het maken van hun beslissing in opvolging. Wel wensen ze enkel onderzoeken die medisch noodzakelijk zijn en willen ze dubbele of onnodige consultaties vermijden. We kunnen stellen dat **ook patiënten een overmedicalisering van de zwangerschap willen vermijden**.

In de literatuur wordt gesteld dat vrouwen vaak voor een opvolging uitsluitend bij de gynaecoloog kiezen omdat ze graag geregeld een **echografie** krijgen [24, 26-28]. In dit onderzoek vinden vrouwen

dit minder belangrijk: maar één op de vier vrouwen die voor een opvolging koos bij de gynaecoloog deed dit omwille van de echografieën en ook de stelling *"Ik vind het belangrijk elke maand een echografie te krijgen"* scoorde laag.

Regionaal niveau: De meningen van huisarts en gynaecoloog

Er blijkt uit dit onderzoek zeker een **draagvlak vanuit de artsen**. De huisartsen in Antwerpen-Berchem tonen heel wat **interesse** in zwangerschapsbegeleiding. Ongeveer de helft geeft aan opvolgingen te (willen) doen. De huisartsen vinden dat zwangerschapsbegeleiding in hun takenpakket hoort. Deze informatie dient uiteraard genuanceerd te worden aangezien de vragenlijst enkel werd ingevuld door die artsen die voorheen al aan zwangerschapsbegeleiding deden. Het bevestigt echter wel de bevindingen uit de toetsing van de huisartsen in regio Antwerpen-Oost [8]. Zorg voor de zwangere vrouw vereist bepaalde kennis en vaardigheden [21]. Hoewel in de basisopleiding tot arts "zwangerschapsbegeleiding" maar beperkt wordt uitgediept, geeft wel 85% van de huisartsen aan zich **vertrouwd** te voelen in het opvolgen van zwangere vrouwen.

Hoewel er uiteenlopende antwoorden gegeven werden, hebben de huisartsen eerder wel het gevoel dat gynaecologen open staan voor een gedeelde opvolging en dat de communicatie tussen de verschillende hulpverleners goed verloopt. **De gynaecologen bevestigen dat zij openstaan voor een gedeelde opvolging**. Belangrijk is dat zij de huisarts en de vroedvrouw in staat achten de zwangerschap gedeeld op te volgen. Dit vertrouwen lijkt sterker dan dat van de gynaecologen in het onderzoek in Antwerpen-Oost [8].

Nu het draagvlak voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding bij de verschillende partijen werd aangetoond, is het nog kwestie van deze zorg georganiseerd te krijgen. Het is net daar dat het zorgpad, ontwikkeld door LMN Antwerpen-Berchem, handig op inspeelt.

Algemeen wordt het zorgpad positief onthaald. Van de huisartsen die de vragenlijst invulden had 82% het zorgpad de voorbije maanden effectief toegepast. Het zorgpad met zijn kalender is voor de huisarts een handige checklist van de onderzoeken die dienen te gebeuren. Bovendien stelt deze een duidelijke taakverdeling voor tussen de verschillende hulpverleners. Zo hebben de huisartsen eerder wel het gevoel dat er sinds de implementatie van het zorgpad minder dubbele of onnodige consultaties gebeuren en dat het zorgpad zo een positief effect heeft gehad op het financiële aspect van de zwangerschap. Ook vinden ze dat het zorgpad een positief effect gehad op de communicatie tussen de verschillende betrokken hulpverleners. **Bovendien voelen huisartsen zich door het gebruik van het zorgpad gesterkt in de opvolging**.

Gezien de gelimiteerde sample size moeten de resultaten van de gynaecologen met voorzichtigheid benaderd worden. Op het eerste zicht lijkt het zorgpad **onvoldoende bekend bij de gynaecologen**. Drie van de zeven gynaecologen waren "eerder niet" tot "helemaal niet" op de hoogte van het zorgpad en zijn praktische toepassingen. Nochtans worden de gynaecologische diensten van Sint-Vincentius, Sint-Augustinus en Middelheim vertegenwoordigd in de werkgroep en worden ze gezien als meewerkende diensten aan het zorgpad. Er is wel interesse voor verdere informatie hierrond. **De gynaecologen denken dat het zorgpad kan helpen de zorg voor de zwangere vrouw te optimaliseren**. Ook zou, volgens hen, het zorgpad de communicatie tussen de verschillende hulpverleners kunnen bevorderen.

De kennis van patiënten

Een groot struikelblok in de gedeelde zwangerschapsbegeleiding is de **kennis van vrouwen over de mogelijkheid tot gedeelde zwangerschapsbegeleiding** [8, 27]. Patiënten in onze praktijk gaven eerder wel aan te weten dat een gedeelde zwangerschapsbegeleiding mogelijk was alvorens de uitleg rond het zorgpad te hebben gekregen. Belangrijk is dat 41% aangaf dit eerder niet te weten. Dit is in een praktijk die erg inzet op zwangerschapsbegeleiding. De *"Twee handen op één buik"* poster van Domus Medica hangt uit in de wachtzaal en op het televisiescherm in de wachtzaal staat te lezen dat patiënten in de praktijk terecht kunnen voor zwangerschapsbegeleiding. Daarbij komt dat 50% van de respondenten reeds kinderen had en daardoor mogelijks ooit reeds geïnformeerd werd over de mogelijkheden in opvolging. Opvallend is dat anderzijds de uitleg bij de kalender wél meer inzichten gaf in de hulpverleners die de zwangerschap kunnen begeleiden én dat deze eerder wel de keuze voor opvolging heeft beïnvloed. Ten slotte zagen we bij de multiparae de tendens om na de uitleg vaker te kiezen voor een gedeelde opvolging dan in hun vorige zwangerschappen.

Ook de huisartsen in de regio hebben de indruk dat patiënten onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden in begeleiding. Wel vinden ze het zorgpad met zijn kalender een handig hulpmiddel om patiënten hierover te informeren. Ze hebben het gevoel dat patiënten beter op de hoogte zijn van de onderzoeken die dienen te gebeuren als het zorgpad wordt toegepast. We kunnen met voorzichtigheid stellen dat de huisartsen het gevoel hebben dat patiënten wel degelijk vaker kiezen voor een gedeelde opvolging sinds de implementatie van het zorgpad. Een gestructureerde uitleg bij de kalender bijvoorbeeld in de vorm van een brochure zou hen wel helpen om de voor- en nadelen van de verschillende opties te bespreken. Gezien de vraag van huisartsen naar een brochure, en de positieve ervaring van de patiënten met de brochure, zou een algemene brochure vanuit de werkgroep overwogen kunnen worden.

Drie van de zeven gynaecologen vonden dat patiënten onvoldoende op de hoogte waren van de mogelijkheden in opvolging. Hoewel, gezien de beperkte sample size, ook deze gegevens met voorzichtigheid behandeld dienen te worden lijken ook de gynaecologen niet overtuigd van de kennis van patiënten rond opvolging. Wel stellen de gynaecologen dat ze nieuwe zwangeren informeren over de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding. Ze vinden het zorgpad een handig hulpmiddel om dit gestructureerd te doen.

Limitaties van de studie

Een limitatie van de studie is dat de patiëntenbevragingen alleen in de eigen praktijk gebeurden. Zwangerschapsbegeleiding wordt in deze praktijk sterk gepromoot. Dit maakt dat patiënten meer voorkennis zullen hebben dan in praktijken waar dit minder gebeurt. Daarnaast kunnen patiënten hierdoor meer geneigd zijn te kiezen voor een gedeelde opvolging. Verder is het een praktijk met een superdiverse populatie. Heel wat patiënten konden niet geïncludeerd worden omwille van taal. Daarnaast is het opnemen van de prenatale zorg grotendeels afhankelijk van socio-demografische, persoonlijke en culturele factoren [11]. Deze factoren werden echter in het onderzoek niet meegenomen. Verder is een grotere studiepopulatie nodig om sluitend antwoord te geven over de mening van patiënten in de regio rond het financiële aspect in de zwangerschap en de wens voor echografieën.

Verder heerst een selectiebias bij de bevraging van de huisartsen. Gezien enkel die huisartsen bevraagd werden die reeds aangaven interesse te hebben in zwangerschapsbegeleiding zou hun mening over het zorgpad kunnen verschillen van de huisartsen die dit niet deden. Een algemene bevraging van alle huisartsen in de regio rond zwangerschapsbegeleiding en de kennis van het zorgpad zou interessant aanvullend onderzoek kunnen zijn. Een belangrijke vraag hierin zou kunnen zijn waarom een deel van de huisartsen eerder niet geïnteresseerd is in zwangerschapsbegeleiding.

Verder onderzoek rond het gebruik van het zorgpad bij de vroedvrouwen zou interessant zijn gezien ook deze resultaten in de werkgroep kunnen worden meegenomen.

De resultaten van de gynaecologen dienen met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien de beperkte Resonse Rate. Ten slotte zou het interessant zijn de meningen van de gynaecologen te bevragen na een bezoek op de dienst voor verdere uitleg rond het zorgpad en na een korte proefperiode.

Conclusie

In België bestaat de trend om de zwangerschap te overmedicaliseren. De zwangere vrouw wordt voornamelijk in tweede lijn opgevolgd en ondergaat over het algemeen een hoog aantal prenatale consultaties en interventies. Het zorgpad zwangerschapsbegeleiding van LMN Antwerpen-Berchem probeert hierin, naar analogie van het LMN Antwerpen-Oost een antwoord te voorzien, de eerste lijn terug een grotere rol te laten spelen in de begeleiding en de zwangerschap terug te brengen naar een meer fysiologisch fenomeen.

Patiënten zijn geïnteresseerd in een actieve gedeelde begeleiding waarin eerste en tweede lijn samenwerken rond hun zwangerschap. Ze vinden het belangrijk dat ze met de huisarts/vroedvrouw een nauwere therapeutische relatie kunnen aangaan en dat de zorg toegankelijk en laagdrempelig is. Hoewel in dit onderzoek de vrouwen het financiële aspect van de zwangerschap minder belangrijk vinden, vinden ze het wel belangrijk geen onnodige consulten of onderzoeken te ondergaan. Ook van de patiënten uit gaan stemmen op om de zwangerschap niet te overmedicaliseren.

De huisartsen in de regio staan open voor een gedeelde opvolging. Hoewel ze zich over het algemeen vertrouwd voelen in de zwangerschapsbegeleiding voelen ze zich hierin door het gebruik van het zorgpad gesterkt. Het zorgpad heeft voor de huisarts veel potentiële voordelen. Zo geeft het een duidelijke taakverdeling weer tussen de verschillende hulpverleners, is het een handige checklist voor de uit te voeren onderzoeken, kan het volgens de huisartsen de communicatie tussen de hulpverleners verbeteren en het aantal onnodige consulten en interventies – en zo ook de financiële kost – terugdringen.

Hoewel de resultaten van de gynaecologen, gezien de beperkte response rate, met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden lijken ook de gynaecologen open te staan voor een gedeelde opvolging. Hoewel de gynaecologen best verder geïnformeerd moeten worden over het zorgpad denken de gynaecologen wel dat het zorgpad de zorg voor de zwangere vrouw kan optimaliseren en de communicatie tussen de verschillende hulpverleners kan bevorderen.

Essentieel om het opzet van het zorgpad te doen slagen, is dat patiënten voldoende op de hoogte zijn over de mogelijkheden in opvolging. Huisartsen hebben de indruk dat patiënten hiervan eerder onvoldoende op de hoogte zijn. Enkele gynaecologen deelden deze indruk hoewel we dit, gezien de beperkte sample size, met voorzichtigheid moeten interpreteren. Ondanks dat de onderzoekspraktijk sterk inzet op zwangerschapsbegeleiding was er nog een aanzienlijk deel van de patiënten niet op de hoogte van de mogelijkheden en gaf de uitleg over de kalender en de brochure hen meer inzichten. De informatie beïnvloedde hun keuze. Zowel huisartsen als gynaecologen gaven aan dat de kalender een handig hulpmiddel was om de patiënten te informeren over de mogelijkheden en de aanbevolen consultaties. Huisartsen zouden graag een gestructureerde uitleg hebben in de vorm van een brochure om de voor- en nadelen van de vershillende opties te duiden.

Kortom kan het zorgpad een gedeelde zorg voor de zwangere vrouw faciliteren en aantrekkelijker, efficiënter en kwaliteitsvoller maken voor alle betrokken partijen.

Referenties

1. Kind-en-Gezin: **Geboortecijfer per provincie**. 2017.
2. Domus-Medica: **België telt bijna 16.000 huisartsen**. 2014.
3. SENSOA: **Ongeplande zwangerschap in België: feiten en cijfers**. 2011.
4. NHG: **Miskraam**. 2017.
5. Seuntjens L NJ, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaeck N, Jacquemyn Y, et al.: **Zwangerschapsbegeleiding**. *Huisarts Nu* 2006, **35**(5):261-298.
6. KULeuven: **Intego databank**. 2015.
7. Intermutualistischagentschap: **Prenatale zorg in België in 2005**. 2007.
8. Hoste J DML, Seuntjens L, Fransen E, Hendrickx K: **Gedeelde zwangerschapsbegeleiding: een haalbare taak? Me- ningen van vrouwen, huisartsen en gynaecologen.** *Huisarts Nu* 2012, **41**:238-242.
9. KCE: **nieuwe richtlijn voor de opvolging van een zwangerschap**. 2015.
10. Goossens J, Delbaere I, Dhaenens C, Willems L, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D: **Preconception-related needs of reproductive-aged women**. *Midwifery* 2016, **33**:64-72.
11. Vanden Broeck J F-dJE, Klomp T, Putman K, Beeckman K: **Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands**. *BMC Health Services Research* 2016, **16**(337).
12. Saad-Haddad G, DeJong J, Terreri N, Restrepo-Mendez MC, Perin J, Vaz L, Newby H, Amouzou A, Barros AJ, Bryce J: **Patterns and determinants of antenatal care utilization: analysis of national survey data in seven countdown countries**. *J Glob Health* 2016, **6**(1):010404.
13. Beeckman K, Louckx F, Putman K: **Determinants of the number of antenatal visits in a metropolitan region**. *BMC Public Health* 2010, **10**:527.
14. Beeckman K, Louckx F, Putman K: **Content and timing of antenatal care: predisposing, enabling and pregnancy-related determinants of antenatal care trajectories**. *Eur J Public Health* 2013, **23**(1):67-73.
15. Beukens P: **Variations in provision and uptake of antenatal care**. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1990, **4**(1):187 - 205.
16. WHO: **WHO recommendation on antenatal care contact schedules**. *WHO Reproductive Health Library* 2016.
17. Christiaens W, Nieuwenhuijze MJ, de Vries R: **Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands**. *Midwifery* 2013, **29**(1):e1-8.
18. Christiaens W, Van De Velde S, Bracke P: **Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis**. *Women Health* 2011, **51**(3):220-239.
19. Wiegers TA: **The quality of maternity care services as experienced by women in the netherlands**. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009, **9**(18).
20. Boerma WGW FD: **The role of general practice in Primary Health Care.** *WHO regional office for Europe* 1998.
21. Jewell D: **Jumping (or being pushed) from maternity care**. *Br J Gen Pract* 2010, **60**(580):799-800.
22. Practitioners RCoG: **Report of the RCGP Maternity Care Group. The Role of General Practice in Maternity Care.** . *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995, **72**:1-14.
23. Woodward CA CJ, Ryan G, Reid AJ, Permaul-Woods JA, Arbitman S, et al.: **Maternity care and maternal serum screening. Do male and female family physicians care for women differently?** *Can Fam Physician* 1997, **43**:1078-1084.
24. Mazza D, Chapman A, Michie S: **Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study**. *BMC Health Serv Res* 2013, **13**:36.

25. Barr WB: **Why pregnancy care should be an essential part of family medicine training**. *Fam Med* 2005, **37**(5):364-366.
26. Kizirian NV, Black KI, Musgrave L, Hespe C, Gordon A: **Understanding and provision of preconception care by general practitioners**. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019.
27. Peeters S TC: **Optimaliseren van zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk: een prospectief kwalitaties onderzoek**. *UAntwerpen*.
28. Baert B JM: **Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging: een prospectief kwalitatief onderzoek**. *UAntwerpen*.
29. Novick G: **Women's experience of prenatal care: an integrative review**. *Midwifery Womens Health* 2009, **54**(3):226-237.
30. De Maeyer L, Hoste J: **Zwangerschapsbegeleiding bij de huisarts: een haalbare taak? De meningen van huisartsen, vrouwen en gynaecologen in de regio Deurne-Borgerhout [proefschrift]**. *UAntwerpen* 2011.
31. Joos E: **Toepassing van de Domus Medica aanbeveling over zwangerschapsbegeleiding in de praktijk. Zijn alle betrokken partijen bereid deze tool te gebruiken? [proefschrift]**. *UGent* 2009.
32. Beentjens MM WR, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PASJ, Wiersma TJ, Goudswaards AN, Van Asselt KM: **NHG-standaard Zwangerschap en Kraamperdiode (tweede herziening)**.
33. Dekker N GR, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K: **Domus medica richtlijn zwangerschapsbegeleiding**. 2015.
34. Sermeus W. VA, et al: **Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen** 2009.

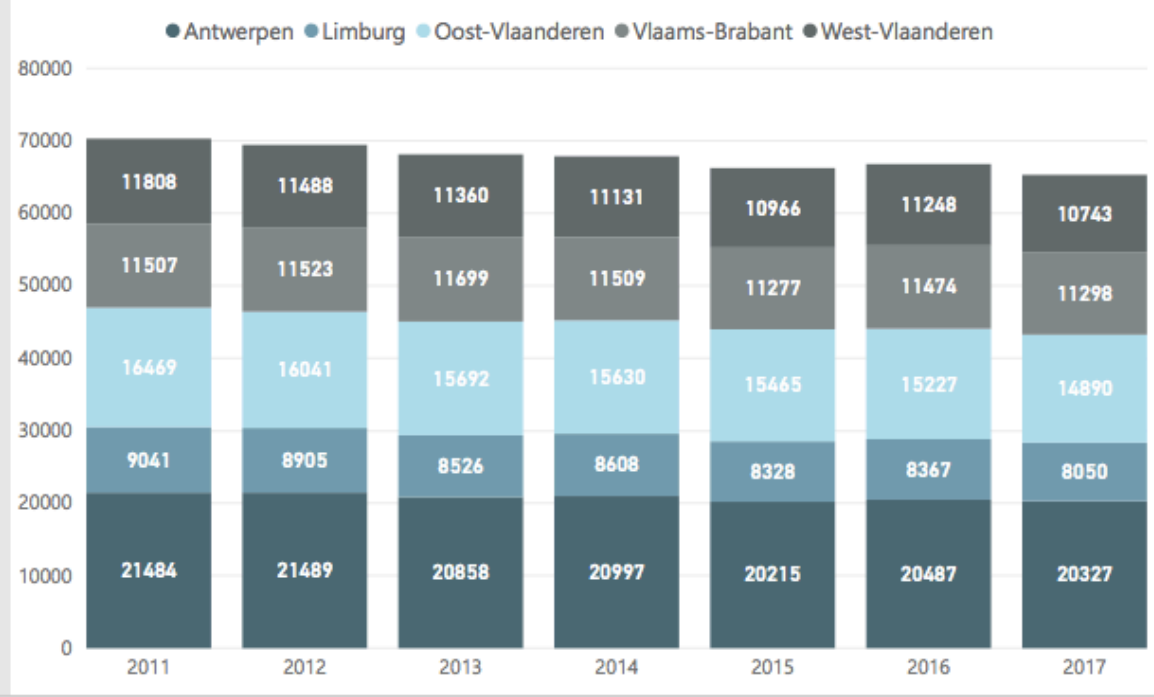
Bijlagen

Bijlage 1 – De zwangerschapskalender

De zwangerschapskalender is het symbool van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding.

ZWANGERSCHAPSKALENDER								
Naam: ..... Laatste menstruatie: ..... Verwachte bevallingsdatum:								
Consult: Weken:	1 + 2* Rond 6 à 10 wk HA G VV	3* + 4 Vanaf 11 wk tot 14 wk G*	5 Rond 16 weken HA VV	6 Rond 20 weken G	7* Rond 24 tot 28 weken HA VV	8 Rond 30 weken G	9* Na 32 wk 1x / 2 à 3 weken HA VV	10 Vanaf 37 wk 1x / 1 à 2 weken G
Datum: Zorgverlener:								
Info en Voorlichting:	Diagnose en beleving -Info zorgplan en moederboekje -Actieve risico-opsporing* -Info prenatale screening	Beleving en klachten Eventueel: bespreking prenatale diagnose (1 wk na consult 3)	Beleving en klachten	Beleving en klachten	Beleving en klachten Eventueel: - Afspraak aanbevelen bij vroedkundige i.f.v. GVO* & postpartum zorg - Info kraamzorg	Beleving en klachten	Beleving en klachten -Vragen rond bevalling -Info borstvoeding	Beleving en klachten -Vragen rond bevalling -Pijnstilling
Klinisch onderzoek:	Bloeddruk Startgewicht	Bloeddruk Gewicht Harttonen	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonder-zoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonder-zoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonder-zoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek	Bloeddruk Gewicht Harttonen Buikonderzoek
Echo:	Echo bij onzekere datum	Echo 1* abdominaal/ vaginaal		Echo 2: abdominaal	Tussenecho* (occasioneel)	Echo 3: abdominaal		
Labo:	Bloedafname 1* (nuchter) + laatste uitstrijkje in moederboekje	Prenatale screening*	Urinecultuur (screening asympt. bacteriurie)	Proteïnurie op dipstick*	Bloedafname 2* o.a. glucose belastingstest 50g o.a.Indirecte Coombs test		GBS-screening* (35-37 weken) (noteer datum + labo in boekje)	
Medicatie:	Vitamine D* Foliumzuur	Vitamine D* Foliumzuur	Vitamine D*	Vitamine D*	Vitamine D* Anti D (Rh) op 28 weken bij Rh neg + Boostrix*	Vitamine D*	Vitamine D*	Vitamine D*

Bijlage 2 – Geboortecijfers volgens Kind & Gezin



Bijlage 3 – Uitnodigingsbrief patiënt

Beste Mevrouw,

U kreeg net te horen dat u zwanger bent waarvoor proficiat!

Graag zouden wij u in deze brief uitnodigen deel te nemen aan het onderzoek van dr. Fien Hoefkens. Dit onderzoek kadert in het behalen van het diploma huisarts.

In de komende maanden zal u verschillende afspraken en onderzoeken ondergaan om te verzekeren dat u en uw kindje helemaal gezond zijn. Bij welke hulpverlener u dit doet (gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw) kan u grotendeels zelf beslissen. Dit onderzoek gaat na welke keuze patiënten maken en waarom en of we patiënten kunnen helpen in deze keuze door hen op een gestandaardiseerde manier te informeren over de verschillende opties.

Praktisch gezien zal u zo dadelijk geïnformeerd worden over de verschillende mogelijkheden in opvolging. Indien u uw toestemming geeft om deel te nemen aan het onderzoek zal u gevraagd worden een toestemmingsformulier te tekenen. Op dit formulier zal u uw naam moeten invullen. Verder zal u gevraagd worden na het consult eenmalig een vragenlijst in te vullen. Op deze formulieren komt uw naam niet te staan zodat we de antwoorden kunnen verwerken met respect voor uw privacy.

Deelname/weigering van het onderzoek en ook de antwoorden die u geeft staan uiteraard los van de arts-patiënt relatie en kunnen deze dan ook in geen geval beïnvloeden.

Alvast erg bedankt!

Bijlage 4 – Geïnformeerde toestemming patiënt

Inclusiecriteria

Zwangere vrouw uit praktijk huisartsengroep park noord

Opzet

Dit onderzoek kadert in het behalen van het diploma huisarts. Doel is na te gaan of een zwangerschapskalender zoals opgesteld door LMN Antwerpen-Berchem helpend kan zijn in gedeelde zwangerschapsopvolging .

Geïnformeerde toestemming

In dit formulier vraag ik uw toestemming om uw antwoorden in het onderzoek te verwerken. De resultaten worden verwerkt met respect voor uw anonimiteit. Deelname aan dit onderzoek staat volledig los van de arts-patiënt relatie en kan deze op geen manier beïnvloeden.

Ik, ondergetekende, ... begrijp dat in het kader van dit onderzoek gegevens worden ingezameld en verwerkt met respect voor mijn anonimiteit, en ga hier vrijwillig mee akkoord.

Opgemaakt te ..... op ...../...../2018

Ik, ondergetekende, ... bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen.

Opgemaakt te ..... op ...../...../2018

KAN EEN ZORGPAD ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING EEN GEDEELDE OPVOLGING VAN DE ZWANGERE VROUW FACILITEREN? FIEN HOEFKENS, HUISARTSENGROEPPARKNOORD, DE MARBAIXSTRAAT 55 2060 ANTWERPEN

Bijlage 5 – Brochure patiënten

U bent zwanger, proficiat!

In de komende maanden zal je heel wat testen, consultaties en controles ondergaan om te verzekeren dat jij en je kindje helemaal gezond zijn zo als echo's, bloednames, suikertest, bloeddrukcontroles, urinecontroles,... Graag informeren wij u over de verschillenden hulpverleners die hierin kunnen helpen.



De **gynaecoloog** kan je niet alleen begeleiden in de aanloop naar maar ook op de dag van je bevalling. Hij/zij kan de volledige opvolging doen en is essentieel voor de echografieën! Tijdens de zwangerschap zijn er zo drie echografieën terugbetaald en noodzakelijk om een goede ontwikkeling van je kindje na te gaan. Bij de eerste echografie gebeurt een nekplooimeting ter opsporing van het risico op genetische afwijkingen en uitsluiten van buiten baarmoederlijke zwangerschap, een tweede controleert de aanleg van alle organen en een derde controleert ten slotte een goede groei. Vaak gebeuren er tussentijds nog enkele echo's. Uiteraard is het leuk je kindje een keer extra te zien. Elke extra echografie betaalt u zelf. Bespreek daarom op voorhand met de hulpverleners hoeveel je dit tijdens je zwangerschap zal doen.



Ook de **vroedvrouw** kan je helpen tijdens de opvolging van je zwangerschap. Het kan leuk zijn je vroedvrouw reeds te kennen voor de dag van de geboorte gezien zij je ook kan helpen tijdens de bevalling en in de periode na de bevalling. Zij doet geen echografieën maar kan wel alle andere taken uitvoeren. Je kan er bovendien gemakkelijk en goedkoop terecht!



Ten slotte kan je ook bij je **huisarts** terecht. Je kan hier rekenen op een laagdrempelige zorg bij een zorgverlener die je vaak reeds langdurig kent. Ook hier zal je geen echografie krijgen maar heb je wel de mogelijkheid alle andere controles te laten uitvoeren.

Kortom kan je kiezen de zwangerschapsbegeleiding uitsluitend bij de gynaecoloog te doen OF je kan de begeleiding bij de gynaecoloog combineren met een begeleiding bij een andere hulpverlener. Hierbij houden alle hulpverleners zich aan de huidige richtlijn. Je keuze zal dus geen invloed hebben op de zorgen die je krijgt, wel van wie je ze krijgt. Essentieel in zo een gedeelde opvolging is dat er een duidelijke taakomschrijving wordt gemaakt zodat de verschillende hulpverleners weten wat er van hen verwacht wordt. Zo voorkomen we dat er onnodige consulten gebeuren en de kosten voor u onnodig oplopen. Om dit te voorkomen werd een kalender voorgesteld waarin alle onderzoeken staan die bij jou op een bepaalde zwangerschapsduur dienen te gebeuren. Nu is het aan jou om, samen met de hulpverleners, een keuze te maken wanneer je bij wie zal komen. De resultaten van de onderzoeken worden steeds naar de andere hulpverleners gecommuniceerd zodat iedereen ten allen tijde op de hoogte blijft van je zwangerschap. Ten slotte wordt hieronder nog een overzicht gegeven van de mogelijke kosten. Deze kosten gelden enkel voor hulpverleners die geconventioneerd zijn. Kijk of vraag dit zeker na. Consulteer uw ziekenfonds voor een gedetailleerde kostenraming. Succes!

	Prijs patiënt	Prijs patiënt verhoogde terugbetaling
Consult gynaecoloog	12 euro	3 euro
3 Terugbetaalde echografieën	2,5 euro	0 euro
> 3 Echografieën	26,92 euro	26,92 euro
3D Echografie	100 euro	100 euro
Consultatie Vroedvrouw	0 euro	0 euro
Consultatie Huisarts	4 euro	1 euro

Bijlage 6 – Vragenlijst Patiënten

Stap 1 - Algemene info

Leeftijd:		
Beroep:	☐ zelfstandige	☐ werkzoekend
	☐ bediende	☐ invaliditeit
	☐ arbeider	☐ OCMW afhankelijk
	☐ studente	☐ ander
	☐ huisvrouw	
Burgerlijke staat:	☐ gehuwd	☐ relatie
	☐ samenwonend	☐ weduwe
	☐ alleenstaand	☐ ander
Moedertaal:		
Kennis Nederlands:	☐ geen ☐ beperkt	☐ goed ☐ zeer goed
Indien geen of beperkt, heeft u een partner/naaste die voor u kan vertalen?		Ja/Neen

Is dit uw eerste zwangerschap? Zo ja -> ga naar stap 2

Zo nee, duidt aan wie uw zwangerschap opvolgde (combinaties mogelijk)

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Gynaecoloog	☐	☐	☐	☐	☐
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
Vroedvrouw	☐	☐	☐	☐	☐
Hoeveel echo's gebeurden er?					

Stap 2

Na de uitleg die ik kreeg kies ik in de huidige zwangerschap voor een begeleiding:

- ☐ Uitsluitend bij de gynaecoloog
- ☐ bij verschillende hulpverleners:
  - ☐ gynaecoloog en huisarts
  - ☐ gynaecoloog en vroedvrouw
  - ☐ gynaecoloog, huisarts en vroedvrouw

Ik kies voor enkel gynaecoloog omdat (meerdere mogelijk):

- ☐ deze de specialist is in de materie
- ☐ ik graag 1 hulpverlener heb die alles doet
- ☐ ik graag bij elk consult een echo krijg (>3x)

□ ik een goed contact heb met de gynaecoloog

□ ander? ……

Ik kies voor een combinatie gynaecoloog + huisarts/vroedvrouw omdat (meerdere mogelijk):

□ ik met huisarts/vroedvrouw een nauwere therapeutische relatie kan aangaan

□ ik gemakkelijk bij de huisarts/vroedvrouw terecht kan

□ ik zo de kosten wil drukken doorheen mijn zwangerschap

□ ander? ……

Stap 3 - Stellingen

	Helemaal oneens					Helemaal eens
	0	1	2	3	4	5
Ik heb de informatie die mijn huisarts me gaf over de mogelijkheid tot gedeelde zwangerschapsopvolging volledig begrepen	□	□	□	□	□	□
Deze informatie gaf me meer inzicht in welke hulpverleners mij kunnen begeleiden in de zwangerschap	□	□	□	□	□	□
Reeds voor ik de informatie kreeg wist ik dat een gedeelde opvolging bij gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw mogelijk was	□	□	□	□	□	□
De informatie heeft mijn keuze voor opvolging beïnvloed	□	□	□	□	□	□
De kalender geeft me meer zicht op de onderzoeken die ik tijdens de zwangerschap moe laten uitvoeren en wat medisch noodzakelijk is	□	□	□	□	□	□
De informatie over het financiële aspect in de brochure was voor mij belangrijk in het maken van mijn beslissing	□	□	□	□	□	□
Ik vind het belangrijk de kosten van mijn zwangerschap zo laag mogelijk te houden	□	□	□	□	□	□
Ik wens enkel onderzoeken die medisch noodzakelijk zijn	□	□	□	□	□	□
Ik vind het belangrijk geen onnodige of dubbele (bij verschillende hulpverleners) consultaties te doen	□	□	□	□	□	□
Ik vind het belangrijk elke maand een echografie te krijgen, ongeacht de kost en noodzaak, om mijn groeiende baby te kunnen zien	□	□	□	□	□	□
Ik acht de huisarts in staat de zwangerschap te begeleiden samen met de gynaecoloog	□	□	□	□	□	□
Ik acht de vroedvrouw in staat de zwangerschap te begeleiden samen met de gynaecoloog	□	□	□	□	□	□

Bijlage 7 – Sjabloon Zwangerschapsconsult

- **zwangerschap: eerste onderzoek**
- subjectief:
- aandachtspunten:
- datum laatste menstruatie:
- duur zwangerschap:
- datum voorziene bevalling:
- gynaecoloog:
- opvolging:
- alcoholverbruik:
- rookgewoonten:
- druggebruik:
- objectief:
- gewicht:
- gestalte (cm):
- body mass index (BMI):
- systolische bloeddruk:
- diastolische bloeddruk:
- uitstrijkje:
- vaccinatie A/H1N1:
- hoofddiagnose:
- geneesmiddelenvoorschrift:
- actieplan:

Bijlage 8 – Verwijsbrief

Datum
Aan: Database gynaecoloog

Geachte collega,

Betreft: TEST vrouw
Geboortedatum

Graag verwijs ik mevrouw TEST door voor opvolging van haar huidige zwangerschap. Zij kiest hierbij:

0 Een opvolging die uitsluitend plaatsvindt bij u, de gynaecoloog.
0 Een gedeelde opvolging bij de gynaecoloog, de huisarts en/of de vroedvrouw. Gezien bij een dergelijke gedeelde opvolging een duidelijke taakomschrijving noodzakelijk is stellen wij een taakverdeling voor zoals opgesteld door LMN Antwerpen-Berchem (gebaseerd op de domus medica richtlijn). Een overzicht hiervan vindt u in de kalender die in het moederboekje werd geniet.

Datum laatste menstruatie:
Zwangerschapsduur:
Voorziene bevallingsdatum:
Aandachtspunten:

Levensgewoonten
Beroep:
Tabak: Alcohol: Drugs:

Medicatie
Chronische medicatie
Foliumzuur 0,4 mg 1x/dag
Griepvaccin:

Biometrie:
Gewicht: Lengte: BMI:
Bloeddruk: /

Medische voorgeschiedenis

Heelkundige voorgeschiedenis

Gynaecologische voorgeschiedenis
PAP smear:

Familiale voorgeschiedenis

Met vriendelijke groeten,
Dr Hoefkens Fien
1-38869-35-005

Bloedresultaat

Bijlage 9 – Uitnodiging Huisartsen

Beste arts,

U gaf onlangs aan interesse te hebben in het begeleiden van zwangere vrouwen. Zoals u weet publiceerde Domus Medica reeds in 2006 een richtlijn zwangerschapsbegeleiding voor de huisarts. Hoewel deze richtlijn een mooie taakverdeling voorstelt in de zorg voor een zwangere patiënte tussen huisarts en gynaecoloog blijkt vaak dat zwangere vrouwen zich uitsluitend bij de gynaecoloog laten opvolgen. Naar aanleiding van dit probleem werd, naar analogie van het zorgpad zwangerschapsbegeleiding in de regio Deurne-Borgerhout, ook een zorgpad zwangerschapsbegeleiding door het LMN Antwerpen-Berchem opgesteld. Als het goed is kreeg u in de praktijk uitleg over dit zorgpad.

Ik ben Fien Hoefkens, HAIO in huisartsengroep park noord, en onderzoek voor mijn masterproef de implementatie van dit zorgpad in de praktijk. Graag had ik u hiervoor deze vragenlijst voorgesteld. Het invullen hiervan neemt een 5 tal minuten in beslag. Uiteraard gebeurt de verwerking van de gegevens met respect voor uw privacy.

Alvast erg bedankt voor uw deelname!

Vriendelijke groet,

Fien Hoefkens

Bijlage 10 – Vragenlijst Huisartsen

Algemene informatie

- Wat is uw leeftijd?

- Wat is uw geslacht?

- Bent u

  - HAIO
  - Huisarts

- Hoeveel jaar werkt u als huisarts?
- Werkt u in een...

  - Solopraktijk
  - Duopraktijk
  - Groepspraktijk
  - Ander

- Voelt u zich vertrouwd in het begeleiden van zwangere vrouwen?

  - Ja
  - Nee

- Hoe lang volgt u reeds zwangere vrouwen op?

  - Nog niet
  - <1 jaar
  - 1-5 jaar
  - >5 jaar
  - >10 jaar

- Hoeveel nieuwe zwangeren ziet u gemiddeld per maand?

  - <1
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - >5

- Heeft u in de laatste maanden de kalender in de praktijk toegepast?

  - Ja
  - Neen

- Indien u de kalender nog niet gebruikte, geef hieronder zo mogelijk uw reden

Enkele stellingen

De antwoordopties zijn telkens:

- Helemaal oneens
- Oneens
- Eerder oneens
- Eerder eens
- Eens
- Helemaal eens

- Het opvolgen van de zwangerschap is een taak van de huisarts

- Patiënten zijn naar mijn ervaring voldoende op de hoogte van de mogelijkheid tot een gedeelde zwangerschapsbegeleiding

- Het zorgpad met zijn kalender is een handig hulpmiddel om patiënten over de mogelijkheden in opvolging te informeren

- Sinds de implementatie van het zorgpad in de praktijk en het gebruik van de kalender kiezen patiënten vaker voor een gedeelde zwangerschapsopvolging

- Een gestructureerde uitleg bij de kalender - bvb in de vorm van een brochure - zou mij helpen de voor en nadelen van de verschillende mogelijkheden in opvolging uit te leggen

- Patiënten zijn beter geïnformeerd over de noodzakelijke onderzoeken tijdens de zwangerschap sinds het gebruik van de kalender

- De implementatie van het zorgpad helpt de financiële kosten voor de zwangere vrouw te drukken

- De kalender stelt een duidelijke taakverdeling voor tussen verschillende hulpverleners

- Sinds het gebruik van de kalender zijn er minder dubbele/onnodige consulten

- De kalender is een handige checklist voor de uit te voeren onderzoeken

- Inhoudelijk sluit de kalender aan bij de richtlijn zwangerschapsbegeleiding die ik voorheen reeds gebruikte

- Ik voel me door het gebruik van de kalender gesterkt in de opvolging van zwangere vrouwen

- De communicatie tussen de verschillende hulpverleners verloopt vlot

- De kalender heeft een positief effect gehad op de communicatie tussen de verschillende betrokken hulpverleners

- Naar mijn gevoel staan ook de gynaecologen open voor een gedeelde begeleiding

Opmerkingen

Heeft u nog opmerkingen over de inhoud, de vorm of het gebruik van het zorgpad?

Bijlage 11 – Uitnodiging Gynaecologen

Beste Gynaecoloog,

Sinds het voorjaar van 2017 organiseert het LMN (lokaal multidisciplinair netwerk) Antwerpen-Berchem een multidisciplinaire werkgroep rond het thema zwangerschapsbegeleiding. Hierin komen gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen samen voor navormingen, casusbesprekingen en het uitbouwen van een kwaliteitsvolle samenwerking tussen de verschillende disciplines in de begeleiding van de zwangere vrouw.

Vanuit deze werkgroep werd een zorgpad zwangerschapsbegeleiding opgesteld. Doel is elke zwangere vrouw aan het begin van de zwangerschap te informeren over de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding (uitsluitend gynaecoloog, gynaecoloog-vroedvrouw, gynaecoloog-huisarts) en over de onderzoeken die tijdens de zwangerschap worden aangeraden. Symbool van dit zorgpad is de kalender (zie bijlage) die deze onderzoeken per zwangerschapstermijn voorstelt. Aangeraden wordt de kalender in het moederboekje te nieten, afspraken vast te leggen met de patiënte en aan te geven welke consulten bij welke hulpverlener zullen gebeuren. We hopen zo duidelijke taakafspraken te creëren in geval van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en de zorg voor de zwangere vrouw te optimaliseren.

Ondertussen ben ik de implementatie van dit zorgpad in de praktijk aan het evalueren in mijn masterproef huisartsgeneeskunde. Uiteraard zijn we erg benieuwd naar uw inzichten en mening hierover. Daarom zou ik u graag onderstaande vragenlijst voorstellen. Het invullen ervan neemt een 2-tal minuten in beslag. De verwerking van de gegevens gebeurt uiteraard met respect voor uw privacy.

Alvast erg bedankt voor uw deelname!

Dr. Fien Hoefkens

Ism LMN Antwerpen-Berchem

Bijlage 12 – Vragenlijst Gynaecologen

- Hoeveel jaar werkt u als gynaecoloog?

- Heeft u in de voorbije maanden het zorgpad zwangerschapsbegeleiding toegepast?

- Helemaal niet
- Ja, enkele keren
- Ja, regelmatig
- Ja, altijd

<u>Enkele stellingen</u>

Antwoordopties telkens

- Helemaal oneens
- Oneens
- Eerder oneens
- Eerder eens
- Eens
- Helemaal eens

- Ik was reeds op de hoogte van het zorgpad en zijn praktische toepassing

- Ik zou graag verder geïnformeerd worden rond het zorgpad

- Patiënten zijn voldoende op de hoogte van de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding

- Ik informeer elke "nieuwe zwangere" rond de mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding

- Het zorgpad met zijn kalender is een handig hulpmiddel om patiënten te informeren rond de mogelijkheden in opvolging

- Ik acht de huisarts in staat de zwangerschap samen met de gynaecoloog op te volgen

- Ik acht de vroedvrouw in staat de zwangerschap samen met de gynaecoloog op te volgen

- Als gynaecoloog sta ik open voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding

- Het zorgpad kan helpen de zorg voor de zwangere vrouw te optimaliseren

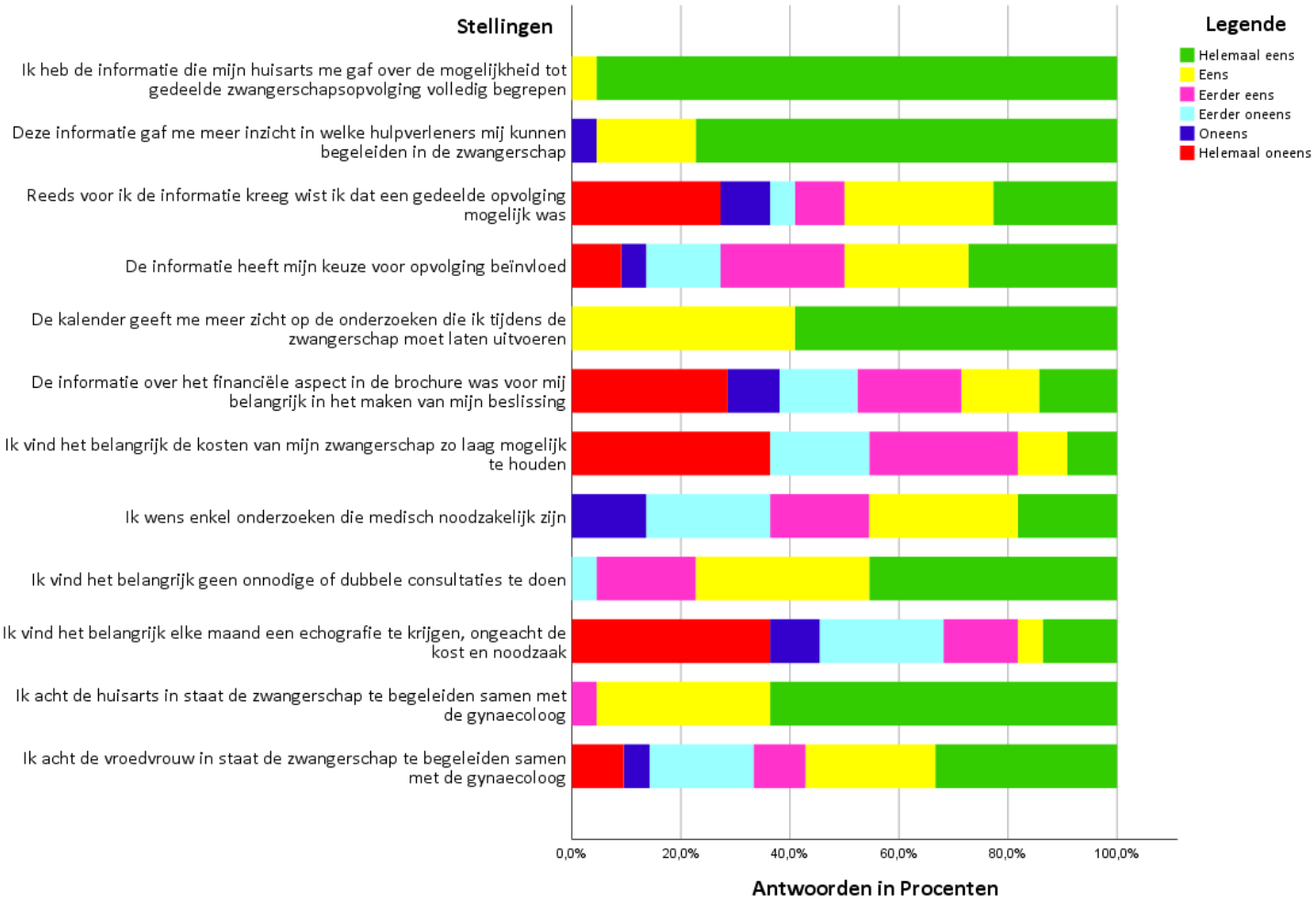
- Het moederboekje is een goed communicatiemiddel tussen verschillende zorgverleners

- Het zorgpad kan de communicatie tussen verschillende hulpverleners bevorderen

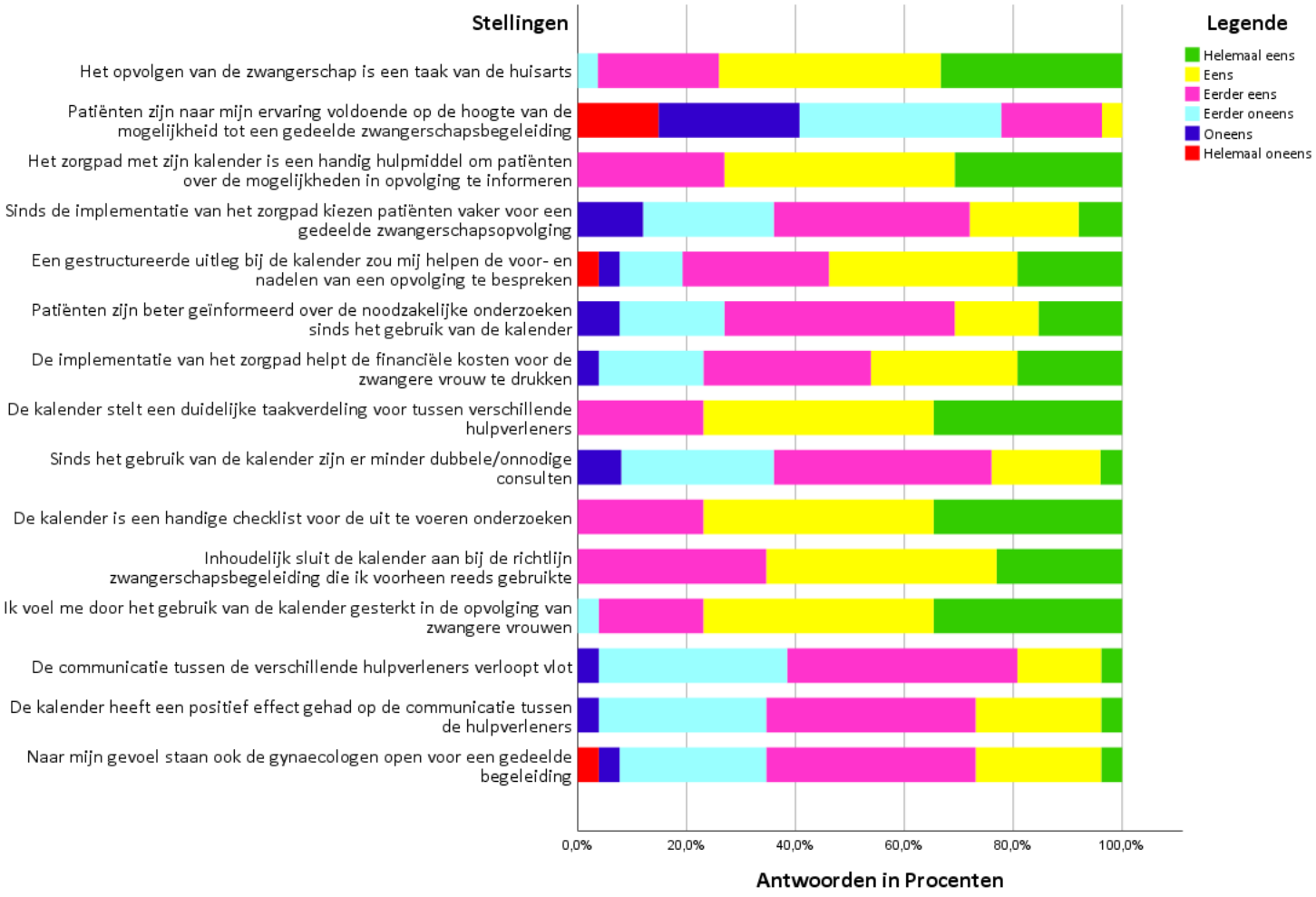
<u>Opmerkingen</u>

Heeft u nog opmerkingen rond (het gebruik van) het zorgpad?

Bijlage 13 – Antwoorden van patiënten op de stellingen



Bijlage 14 – Antwoorden van de huisartsen op de stellingen



Bijlage 15 – Antwoorden van de gynaecologen op de stellingen

