Hoe kan een huisarts doelgerichte zwangerschapsbegeleiding optimaliseren bij een niet-risicovolle, fysiologische zwangerschap in samenwerking met gynaecologen en vroedvrouwen?

DURT Laurijn, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. dr. Tsakitzidis Giannoula, Universiteit Antwerpen
Co-promotor: Van de Craen Natacha, AP Hogeschool Antwerpen

Master of Family Medicine

ABSTRACT

CONTEXT: Ondanks dat de richtlijnen 'Actief gedeelde zwangerschapsbegeleiding bij een normale fysiologische zwangerschap' van Domus Medica en het 'Zorgpad' opgesteld werden, blijken deze in de praktijk onvoldoende geïmplementeerd te worden. Bijgevolg komt de volledige zorg van de toekomstige moeder voornamelijk op de tweedelijnszorg terecht. Deze studie tracht het begrip 'gedeelde zwangerschapsbegeleiding' bij gezonde zwangere vrouwen te verhelderen. Daarnaast beoogt de studie aanbevelingen te formuleren met als doel het faciliteren van de samenwerking tussen zorgverleners opdat zij de huidige richtlijnen meer toepassen.

ONDERZOEKSVRAAG: "Hoe kan een huisarts doelgerichte zwangerschapsbegeleiding optimaliseren bij een niet-risicovolle, fysiologische zwangerschap in samenwerking met gynaecologen en vroedvrouwen?"

METHODE: Om antwoord te geven op bovenstaande vraag werd er in eerste instantie gekeken naar de bestaande literatuur. Vervolgens werd een praktijkverbeterend project opgezet waarbij kwantitatieve en kwalititatieve onderzoeksmethodologieën werden gehanteerd. Zo werden de deelnemers uit de regio Antwerpen (stad) uitgenodigd om een gestructureerde vragenlijst in te vullen. Nadien werden geïnteresseerde gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen en zwangere vrouwen uitgenodigd om deel te nemen aan verdiepende semi-gestructureerde individuele interviews.

RESULTATEN: Er werden 60 personen geïncludeerd in de studie. Deze groep bestond uit: 5 gynaecologen, 23 huisartsen, 5 vroedvrouwen, en 27 zwangere vrouwen. De participanten vulden een vragenlijst via Qualtrics in, dewelke vervolgens kwantitatief verwerkt werden. Aanvullend werden tien semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen. Deze werden thematisch geanalyseerd op basis van een vooropgestelde GRID. Uit de analyse kwamen vier hoofdthema's en achttien subthema's naar boven.
Uit de resultaten kan voorzichtig geconcludeerd worden dat een betere verspreiding van de richtlijnen en zorgpaden omtrent een gedeelde zwangerschapsbegeleiding onder de Vlaamse bevolking en zorgverleners noodzakelijk is om dit concept meer ingebed te krijgen in onze maatschappij. Verder blijkt het ontbreken van duidelijke afspraken en de afbakening van het takenpakket van de betrokken zorgverleners het voornaamste struikelblok te zijn tot het bekomen van een kwaliteitsvolle gedeelde opvolging van de zwangerschap.

CONCLUSIE: Het initiatief tot gedeede zwangerschapsbegeleiding dat enkele jaren geleden werd uitgewerkt, blijkt nog steeds in zijn kinderschoenen te staan. Het concept is gekend binnen de zorgverlening, doch wordt dit zelden toegepast in de praktijk. De zwangere vrouwen blijken onvoldoende op de hoogte van de optie 'gedeelde zwangerschapsbegeleiding'. Na een conceptverheldering blijkt er in de regio Antwerpen (stad) een draagvlak te bestaan voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding, zowel bij de deelnemende zorgverleners (gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen) als bij de zwangere vrouwen.

Om de concrete uitwerking ervan te faciliteren is het belangrijk dat één van de zorgverleners als coördinator optreedt en de consulten verdeelt bij aanvang van de zwangerschap. Als de betrokken zorgverleners bovendien deel uitmaken van een gemeenschappelijk netwerk kan dit de interprofessionele samenwerking tevens ten goede komen. Ten slotte kan een gemeenschappelijk digitaal patiëntendossier de zorgverleners helpen om optimale zorg te kunnen bieden aan de zwangere vrouw.

DANKWOORD

Een masterproef is het resultaat van een gezamenlijke inspanning. Ik neem graag even de tijd om enkele bijzondere personen te bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan deze masterproef.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar mijn promotor en co-promotor, prof. Dr. Giannoula Tsakitzidis en Natacha Van de Craen. Zij hielpen me bij het uitwerken van het opzet van de studie. Ze gaven constructieve feedback. Ze geloofden van bij de start in het onderwerp en streefden er samen met mij naar om gedeelde zwangerschapsbegeleiding meer op de kaart te zetten.

Vervolgens wil ik graag een welgemeende dankjewel richten aan mijn lieve praktijkopleiders: An Leys, Josefien Béghin en Liesbeth Verpooten. Zij stonden me bij tijdens het gehele traject: van het uitdenken van een interessante topic tot het ijverig zoeken naar voldoende deelnemers en dergelijke. Ik heb ontzettend veel opgestoken van hun manier van aanpakken. Tijdens deze drie jaar waren er ook enkele pittige periodes. An, Josefien en Liesbeth loodsten me hier vlot door met hun positieve en empathische ingesteldheid.

Daarnaast wens ik de deelnemende gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen en zwangere vrouwen te bedanken om tijd vrij te maken in hun drukke agenda's. Dankzij jullie inspannigen heb ik nu verschillende en interessante inzichten mogen meepikken.

Last but not least wil ik de belangrijkste personen in mijn leven extra in de bloemetjes zetten: mijn liefste partner, ouders, zussen, broers en vrienden. Zij waren steeds bereid mijn teksten na te lezen op spellingsfouten. Ze zochten mee naar oplossingen wanneer ik vastliep. Ze boden een luisterend oor en staken me een hart onder de riem indien nodig. Ze toonden oprechte interesse. Ze zijn het warmste netwerk dat ik me kon wensen en zonder hen zou ik niet staan waar ik vandaag de dag sta.

DANK U !

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2021

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.

INHOUDSOPGAVE

DEEL 1: LITERATUURSTUDIE 1

INTRODUCTIE 1
ONDERZOEKSMETHODE 2
DATAVERZAMELING 2
DATAVERWERKING 3
RESULTATEN 3
HET ZORGAANBOD TIJDENS DE ZWANGERSCHAP 3
ROL VAN DE HUISARTS IN ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING 4
HET ZORGPAD 5
COMMUNICATIE TUSSEN BETROKKEN ZORGVERLENERS 6
CONCLUSIE 8

DEEL 2: KWALTITEITSVERBETEREND ONDERZOEK 9

METHODOLOGIE 9
STUDIEOPZET 9
ETHIEK 9
PROCES VAN REKRUTERING ONDERZOEKSPOPULATIE 9
DATAVERZAMELING 10
DATA-ANALYSE 10
RESULTATEN 11
DEMOGRAFIE 11
DATAVERWERKING 11
ERVARING MET GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING 12
Bekenheid met het concept gedeelde zwangerschapsbegeleiding 12
Hindernissen om tot een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te komen 14
Beweegredenen om voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen 14
ZORGPAD EN RICHTLIJNEN GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING 17
COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORGVERLENERS ONDERLING 18
DISCUSSIE 21
ERVARING MET GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING 21
ZORGPAD EN RICHTLIJNEN GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING 22
COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORGVERLENERS ONDERLING 23
COMMUNICATIEMIDDEL: WAT IS GEBRUIKELIJK EN WAT DRAAGT DE VOORKEUR 23
LIMITATIES VAN DE STUDIE 24
CONCLUSIE 25

BIBLIOGRAFIE 26

BIJLAGEN 28

DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

INTRODUCTIE

Maandelijks worden een 9000-tal baby's geboren, waarvan meer dan 5000 in Vlaanderen. (1) Bijgevolg betekent dit veel zwangerschapsbegeleidingen. Dit werpt de volgende vraag op: 'Door wie laten deze vrouwen zich begeleiden tijdens hun zwangerschap?'
Hoewel de richtlijn 'Actief gedeelde zwangerschapsbegeleiding bij een normale fysiologische zwangerschap' van Domus Medica en het 'Zorgpad' opgesteld werden, blijken deze in de praktijk onvoldoende geïmplementeerd te worden. Hierdoor komt de volledige zorg van de toekomstige moeder voornamelijk op de tweede lijn terecht, dewelke een grote werkbelasting met zich meebrengt. (2, 3, 4) Het merendeel van de zwangere vrouwen is onvoldoende op de hoogte van de bestaande begeleidingsmogelijkheden. Naast en/of samen met de gynaecoloog kan de zwangerschap opgevolgd worden door onder andere de huisarts en/of een vroedvrouw. Uit onderzoek blijkt de voorkeur van een zwangere vrouw te gaan naar een meer interprofessionele opvolging omdat deze samenwerking resulteert in een aanpak die beter afgestemd is op de persoonlijke voorkeuren en noden. (2, 3, 4)

Er bestaan meerdere voordelen om voor gedeelde zwangerschapsbeleiding te kiezen. Het is financieel voordeliger, zowel voor de patiënt als de maatschappij. Dit kan verklaard worden doordat bijvoorbeeld de meeste Belgische huisartsen geconventioneerd zijn waardoor hun consultaties goedkoper zijn in vergelijking met deze bij de gynaecoloog. Een consult bij een geconventioneerde vroedvrouw wordt nagenoeg steeds volledig terugbetaald door de mutualiteit. Er worden enkel noodzakelijke technische onderzoeken (echografieën, bloednames e.d.) uitgevoerd. Daarbij zijn de wachttijden bij de huisartsen en de vroedvrouwen korter en bieden zo een organisatorisch gezien praktisch voordeel. Vaak is de huisartsenpraktijk ook dichter in de woonomgeving gelegen, wat de zwangere vrouw tijd bespaart. Voor de professionele zorgverleners levert het eveneens een organisatorisch voordeel op doordat de werkbelasting op de tweede lijn zo ontlast wordt. Vrouwen waarderen een zorg die geïndividualiseerd is en waar ook plaats is voor het delen van emotionele en sociale bezorgdheden. Studies toonden aan dat dit de tevredenheid van de zwangere vrouw doet toenemen. (5, 6, 7, 8, 9, 10) Bovendien worden zo overbodige onderzoeken en opvolgingen vermeden en is er plaats voor een meer preventieve aanpak.

De samenwerking tussen zorgverleners verloopt jammer genoeg nog steeds moeizaam. (6, 11) De beperkte communicatie tussen zowel de zorgverleners onderling als tussen patiënt-arts wordt als een struikelblok ervaren om tot een gedeelde zwangerschapsbeleiding te komen. Daarnaast wordt ook gewezen op de onduidelijkheid omtrent specifieke taak- en rolverdeling van de verschillende betrokkenen. Het is onvoldoende duidelijk wie wat wanneer best begeleidt en waarom. Men heeft heden nog geen antwoord op vragen zoals: 'Wat gaat er mis in de communicatie tussen de zorgverleners en/of tussen zorgverleners en de zwangere vrouw? Hoe kan deze verbeterd worden?'. Deze vormen aldus een interessant domein van onderzoek.

Met deze studie wordt getracht het begrip van 'gedeelde zwangerschapsbegeleiding' bij de gezonde zwangere vrouwen te verduidelijken. Daarnaast beoogt de studie aanbevelingen te formuleren met als doel het faciliteren van de samenwerking tussen zorgverleners opdat zorgverleners de huidige richtlijnen meer zullen toepassen. Dit zal gebeuren aan de hand van de reeds vooropgestelde richtlijnen en het protocol van het Zorgpad Zwangerschapsbegeleiding Antwerpen. (7, 12, 13) De

doelgroep voor deze studie betreft gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen en zwangere vrouwen. We hopen hiermee een uitbreiding van het netwerk van geïnteresseerde, gemotiveerde en samenwerkende gynaecologen, huisartsen en/of vroedvrouwen te bekomen, evenals een toename van de contacten tussen elkaar. Daarnaast hopen we de zwangere vrouw tevens beter geïnformeerd te krijgen over de verschillende opties die heden bestaan.

Dit brengt ons tot de volgende onderzoeksvraag: 'Hoe kan een huisarts doelgerichte zwangerschapsbegeleiding optimaliseren bij een niet-risicovolle, fysiologische zwangerschap in samenwerking met gynaecologen en vroedvrouwen?'

ONDERZOEKSMETHODE

In deze masterproef werd er vertrokken vanuit de volgende onderzoeksvraag: 'Hoe kan een huisarts doelgerichte zwangerschapsbegeleiding optimaliseren bij een niet-risicovolle, fysiologische zwangerschap in samenwerking met gynaecologen en vroedvrouwen?'

DATAVERZAMELING

De literatuurstudie werd aangevat met een zoektocht naar de huidige richtlijnen omtrent zwangerschapsbegeleiding, waarbij de volgende op CEBAM werden weerhouden: Domus Medica, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Aanvullende literatuur werd vervolgens gezocht in de Medline databank via PubMed en Web of science. Hierbij werden volgende MESH-termen gebruikt: communication, pregnancy, pregnant women, prenatal care, preconception care, antenatal care, shared obstetric care, shared prenatal care, shared pregnancy follow-up, multidisciplinary, collaboration, gynaecologist, general practitioner, family practice, family physicians. Als inclusiecriteria werden de volgende criteria gehanteerd: gezonde zwangere vrouwen, fysiologische zwangerschap, gedeelde opvolging, studies uit Westerse landen, inzichten uit de eerstelijn zorg. De uiteindelijke selectie gebeurde aan de hand van volgende exclusiecriteria: afwezigheid van "full text", artikels gepubliceerd voor 1 januari 2000, studies uit niet-Westerse landen, risicozwangerschappen en artikels geschreven in een andere taal dan Engels of Nederlands. De relevantie ervan werd uiteindelijk bepaald door het lezen van de abstracts.

Als zoekterm werden volgende gebruikt in Pubmed en Web of science:
((pregnancy) OR (pregnant women)) AND (prenatal care)) OR (preconception care)) OR (antenatal care)) AND (shared obstetric care)) OR (shared pregnancy follow-up)) OR (multidisciplinary)) AND (collaboration)) AND (communication)) AND (gynaecologist)) AND (general practitioner)) OR (family practice)) OR (family physicians). Deze zoekopdracht leverde een breed bereik van 19 946 artikels op.

Daarnaast werden reeds gepubliceerde masterproeven rond dit thema geselecteerd via het ICHO-platform. Van deze selectie werden zeven masterproeven weerhouden op basis van de inclusiecriteria. Meer specifiek de masterproef van Fien Hoefkens over het zorgpad zwangerschapsbegeleiding en het faciliteren van een gedeelde opvolging. De masterproef van Silke Peeters en Catherine Theuwis over het optimaliseren van zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk. De masterproef van Nele

De Loor, Ann-Sophie Phyfferoen en Stefanie Vermandere over wat huisartsen en gynaecologen denken over een gedeelde zwangerschapsopvolging. De masterproef van Barbara Baert en Melanie Jacobs over de verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging. Ten slotte de masterproef van Charlotte Stepman, Leen de Maeyer en Jessy Hoste over de haalbare taak van zwangerschapsbegeleiding in de eerste lijn. De relevante referenties in deze masterproeven werden eveneens gescreend.

DATAVERWERKING

Na het screenen op kwaliteit van de opgezochte literatuur werden uiteindelijk 23 artikels vanuit Pubmed geïncludeerd, 6 richtlijnen, 1 zorgpad en ten slotte 7 reeds gepubliceerde masterproeven rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding waarvan enkele gebruikte bronnen tevens geïncludeerd zijn.

RESULTATEN

De bevindingen uit de literatuur konden ondergebracht worden in de volgende thema's: 'zorgaanbod tijdens de zwangerschap', 'rol van de huisarts in de zwangerschapsbegeleiding', 'het zorgpad' en 'de communicatie tussen betrokken zorgverleners'.

HET ZORGAANBOD TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Uit onderzoek blijkt dat toekomstige ouders geregeld moeilijkheden hebben hun weg te vinden in het prenatale begeleidingsaanbod dat de gezondheids- en welzijnszorg momenteel biedt in België. Hierdoor vallen enkele zwangere vrouwen uit de boot, anderen doen dan weer aan overconsumptie. (14, 15, 16) In navolging hiervan kwam het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) met het voorstel om via het zorgpad specifieke consultaties te voorzien voor persoonlijk prenataal advies (PPA). Deze gebeuren door de eerste zorgverlener die de vrouw in het begin van haar zwangerschap op gesprek krijgt. Zo krijgen de aanstaande ouders de nodige informatie om bewust te kunnen beslissen over de verdere opvolging tijdens de zwangerschap, de bevalling en de eerste zes levensweken van hun baby en door welke zorgverlener ze hierin bijgestaan wensen te worden. Belangrijk is dat één zorgverlener wordt aangesteld als coördinator om er op toe te zien dat geen enkele stap wordt vergeten en waartoe de ouders zich steeds kunnen richten als er vragen zijn. Dit gebeurt in overleg met de aanstaande ouders bij aanvang van de zwangerschap. Om het optimaal zorgpad te bekomen, deed men onderzoek naar de systemen die gehanteerd worden in gelijkaardige buurlanden (Frankrijk, Ierland, Verenigd Koninkrijk en Zweden). Deze hebben allen een 'geïntegreerd zorgpad' opgesteld. (14)

In vergelijking met andere landen beschikken we in België over een uitgebreid en gevarieerd zorgaanbod. Voor de klinische opvolging kunnen ouders terecht bij de gynaecoloog, de huisarts, de vroedvrouw of een combinatie van voorgaande. Studies hebben aangetoond dat er geen verschil in veiligheid bestaat ongeacht welke discipline de begeleiding biedt. Voor de medisch-sociale ondersteuning kan men aankloppen bij Opgroeien (Vlaanderen), One (Wallonië, Brussel) en Kaleido (Duitstalige gemeenschap). Toekomstige ouders weten niet wat vereist en wat facultatief is. Dit maakt het voor hen complex waardoor ze vaak verward achterblijven. Ze raken bovendien verdwaald in het administratieve luik dat tevens bij een geboorte komt kijken. Hierbij komt dat de kraamperiode

behoorlijk ingekort is. Dit maakt dat goede communicatie aan het begin en gedurende de zwangerschap van groot belang is. (14)

ROL VAN DE HUISARTS IN ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

De laatste jaren worden huisartsen steeds minder betrokken in de zwangerschapsopvolging ten opzichte van een twintig tot dertig jaar geleden. Dit terwijl zij nog steeds de behandelende arts van het gezin zijn. (10, 14, 17, 18) De zwangere vrouw in België wordt vooral in tweede lijn opgevolgd. (10, 15, 16, 19, 20) Dit is de norm geworden waardoor er niet stilgestaan wordt bij het feit dat het ook anders kan. Van thuisgeboortes is ook bijna geen sprake meer in ons land in vergelijking met zo'n dertig jaar geleden, zo blijft dit aantal sinds 2000 stabiel rond 1% hangen. Dit terwijl in Nederland een laagrisico zwangerschap meestal wordt opgevolgd door een vroedvrouw. Een thuisgeboorte is er nog steeds een alledaags gegeven, hoewel ook daar een licht dalende trend te zien is. In 2010 bedroeg het aantal thuisgeboortes in Nederland 23,4% van alle geboortes (ten opzichte van 34,1% in 1994). (21) Het ontbreken van een duidelijke grens tussen de eerste en de tweede lijnszorg in België speelt hier een voorname rol. Zo kan je zonder doorverwijzing bij de gynaecoloog terecht. Veel vrouwen in België zijn hierdoor niet op de hoogte van de mogelijkheid dat hun zwangerschap ook mede opgevolgd kan worden door de huisarts en/of de vroedvrouw. (2, 18, 20, 21, 22) Verder vormt het ontbreken van een echografietoestel in de eerste lijnszorg een barrière voor de zwangere vrouw om voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen. De aanwezigheid van een toetstel om de hartslag van de foetus vast te stellen, een doptone, zou hier tegemoet komen. (23, 24) Een vroedvrouw en huisarts kan de volledige zwangerschap opvolgen, enkel voor de noodzakelijke (3) echo's moet er worden doorverwezen naar de gynaecoloog in de tweede lijn. (12, 14, 16, 25)

Als we naar het gemiddeld aantal consultaties bij de huisarts gaan kijken van de zwangere vrouw en de niet-zwangere vrouw in dezelfde leeftijdscategorie, zien we een stijging van 1.4 consulten. Men vermoedt dat dit komt doordat de zwangere vrouw sneller ongerust is over haar gezondheid en ze sneller een afspraak kan krijgen bij de huisarts. In een studie uit Ierland geeft 86% van de vrouwen aan een gedeelde zwangerschapsopvolging te verkiezen door gynaecoloog, huisarts en/of vroedvrouw. (5) Het toont aan dat de huisarts ook een belangrijke rol kan spelen tijdens de preconceptiefase, alsook het verdere zwangerschapsverloop. (17) De studie van Sleath et al.(2005) toont aan dat het psychosociale luik al eens verloren gaat bij een exclusieve opvolging door de gynaecoloog aangezien deze een meer biomedische focus hanteert. Bijgevolg worden diagnoses van pre- en/of postnatale depressies soms pas laat gesteld. Het zelf opbrengen van deze gevoelens gebeurt echter nauwelijks door schaamte, onvoldoende relatie met de zorgverlener of omdat ze de tijd van de zorgverlener niet willen innemen. (26) Het actief bevragen kan reeds voldoende zijn voor de vrouw. In de eerste lijnsetting kan hier meer tijd voor worden vrijgemaakt, wat een meer persoonlijke opvolging voorziet. Het kan een andere manier zijn om de zwangere vrouwen gerust te stellen over de gezondheid van hun ongeboren baby. (7) (27) In een Nederlandse studie van Wiegers et al.(2009) gaven vrouwen aan over een sterk algemeen zorgsysteem te beschikken in eigen land waarbij tevens oog is voor psychosociale zorg. Dit systeem werd hoger gescoord wanneer de bevalling en postpartumperiode begeleid werd door een zorgverlener die ze reeds goed kennen, zoals bij een thuisbevalling begeleid door hun eigen huisarts en/of vroedvrouw. (2)

De huisarts kan tevens een belangrijke rol spelen bij persoonlijk preconceptueel advies (PPA). De patiënten zijn er niet van op de hoogte dat ze hiervoor ook terecht kunnen bij hun huisarts. De vruchtbare vrouw komt vaak pas bij hen aankloppen wanneer een vaststelling van de zwangerschap dient te gebeuren omdat ze voordien dikwijls ten rade gaan bij dokter 'Google' of bij vrienden en familie. Deze informatie is echter niet steeds wetenschappelijk onderbouwd. Een betrouwbare bron, met name de website 'gezondzwangerworden.be', opgericht door de overheid in 2015 voor PPA, werd slechts door 13% teruggevonden. Het voorzien van extra flyers en communicatie door de huisarts kan helpen de toekomstige ouders de juiste bronnen te doen raadplegen. (24, 28) Er is een verminderde interesse en daardoor afnemende expertise van huisartsen voor pre- en postnatale begeleiding vast te stellen. Factoren zoals tijdsdruk en andere competitieve preventieve taken spelen hierbij een rol. Daarnaast hebben huisartsen het gevoel onvoldoende opgeleid te zijn met betrekking tot dit onderwerp. De fysiologische zwangerschap wordt namelijk summier onderwezen tijdens de opleiding en hierbij wordt meer gefocust op de pathologie. De gemiddelde huisarts loopt slechts een maand stage op de dienst gynaecologie in België, in Nederland is dat zes maanden. (6, 9, 10, 11, 23, 29)

HET ZORGPAD

De Belgische richtlijnen voorzien zeven prenatale raadplegingen (en tien bij een eerste kind) voor de opvolging van een niet-risicovolle fysiologische zwangerschap. (12, 14, 25) Momenteel is er sprake van overconsumptie: de gemiddelde zwangere vrouw heeft immers meer dan tien prenatale raadplegingen gepland staan. Daarnaast vallen enkele (kwetsbare) vrouwen (4%) uit de boot en halen de zeven nazichten niet, denk hierbij aan vrouwen in armoede, allochtone vrouwen die het Belgisch zorgsysteem niet kennen en vrouwen met een ongewenste zwangerschap. (14) Er kan echter over het algemeen gesteld worden dat in België een overmedicalisering bestaat van de zwangerschap. (15, 16, 21) Met de richtlijn rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding van Domus Medica en het zorgpad van de eerstelijnszone probeert men dit terug uit te balanceren. (25, 30)

België zou in navolging van de buurlanden ook naar een individueel zorgpad willen evolueren voor de opvolging van de zwangere vrouw. Er dient hierbij rekening gehouden te worden met mogelijke risico's van de zwangere vrouw (medisch, psychisch en sociaal). Afhankelijk van de voorkeur kunnen uiteindelijk verschillende zorgverleners betrokken worden. De volledige planning zal vervolgens neergeschreven worden en er wordt een contactpersoon aangewezen die het zorgpad coördineert. Een gedeeld elektronisch dossier kan enerzijds deze samenwerking bevorderen, anderzijds kan deze een meer geïndividualiseerde en afgestemde benadering garanderen. Momenteel is het voornamelijk het Zwangerschapsboekje van Opgroeien dat gebruikt wordt bij begeleiding. (6, 8, 9, 14)

In 2006 trachtte Domus Medica de rol van de huisarts in zwangerschapsbegeleiding opnieuw te versterken. Dit deden ze door het opstellen van een praktische richtlijn die de consultaties bij huisarts, gynaecoloog en vroedvrouw beschrijft over de gehele zwangerschapsduur. Er werd hierbij een duidelijke taakverdeling beschreven. Deze richtlijn heeft betrekking op een fysiologische, niet-risicovolle zwangerschap en stelt als voorwaarde dat de huisarts beschikt over de nodige materialen (doptone, wissers...). (25) Daarnaast heeft Domus medica een handige verwijsbrief opgesteld dewelke de zwangere vrouw kan meenemen naar haar eerste consultatie bij de gynaecoloog, waar diens voorgeschiedenis en voorkeur van opvolging wordt vermeld. (7)
Zie bijlage 1: Verwijsbrief voor de gynaecoloog Domus Medica.

De eerstelijnszone Antwerpen Oost-Berchem heeft deze richtlijn verder uitgebouwd tot een lokaal Zorgpad gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Dit is een instrument dat regionaal gebruikt wordt om zorg te organiseren en opvolgen. Het Zorgpad werd geëvalueerd in 2012 via een masterproef en deze werd positief onthaald door de huisarts, vroedvrouw en gynaecoloog. (10) Wat hier van uiterste belang is, is de zwangere vrouw goed te informeren en de communicatie tussen de zorgverleners te optimaliseren. De kalender die in het kader van het zorgpad is opgesteld, biedt een helder overzicht van de zorg voor zowel de zwangere vrouw als de betrokken zorgverleners. Deze stelt deze een duidelijke taakverdeling op tussen de zorgverleners en de essentiële afspraakmomenten. De essentiële echografieën bij de gynaecoloog dienen tijdens week 11-14, week 20 en week 30 te gebeuren. Vanaf week 37 wordt tevens om de 1 à 2 weken een controle afspraak bij de gynaecoloog gepland. De overige controles (met of zonder labo) kunnen bij de zorgverlener naar keuze gebeuren (gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw). Deze vinden plaats op week 6-10, 16, 24-28 en week 32.
Zie bijlage 2: Zwangerschapskalender zorgpad.
Een van de betrokken zorgverleners neemt de coördinerende rol op zich zodanig dat de zwangere vrouw weet naar wie ze zich moet richten als er iets niet duidelijk is. (8, 14) Recent zijn tevens doorverwijscriteria opgesteld voor wanneer er zich complicaties voordoen tijdens de opvolging van laag-risicozwangerschappen. Zo kan de coördinerende zorgverlener indien nodig de zorg (tijdelijk) naadloos overdragen aan de andere en komt de veiligheid van de zwangere vrouw nooit in het gedrang. (18)

COMMUNICATIE TUSSEN BETROKKEN ZORGVERLENERS

Hoewel de richtlijn rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding en het zorgpad nu al enkele jaren geleden werden geïntroduceerd, blijft de stijging van opvolging in de eerste lijn relatief klein. (7, 21, 31)

De weerstand tegen een gedeelde zwangerschapsbegeleiding die bij de zwangere vrouw en zorgverleners bestaat, werd reeds bestudeerd en werd hierboven besproken. Bij de zwangere vrouw blijkt de aanwezigheid van een echografietoestel in de huisartsen- of vroedvrouwenpraktijk en het krijgen van goede uitleg over opties en mogelijkheden essentieel te zijn. De zorgverleners geven op hun beurt aan dat een specifieke taakverdeling van de verschillende betrokkenen essentieel is voor een succesvolle samenwerking. (6, 9, 10, 11)

In de studie van Dehlendorf et al.(2017) geven patiënten aan meer tevreden te zijn van de zorg wanneer de zorgverlener aan ‘shared decision making’ deed omtrent anticonceptie-methodes eerder dan wanneer de zorgverlener de beslissing voor hen nam. Zij vonden het belangrijk om enerzijds op de hoogte zijn van alle opties en de mening van de zorgverlener kennen en anderzijds de ruimte te krijgen om hun eigen beslissing te nemen. (32) Dit concept van ‘shared decision making’ kan doorgetrokken worden naar de gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Zwangere vrouwen zijn dikwijls niet op de hoogte van hun opties. Er wordt automatisch van uitgegaan dat ze verder opgevolgd zullen worden door de gynaecoloog. Dit terwijl men weet dat dit door vrouwen soms als onvoldoende wordt beschouwd en ze zich veiliger voelen als meerdere (vertrouwde) personen hen opvolgen. (2, 5, 20, 21, 22) De huidige richtlijnen maken gebruik van ‘patient empowerment’ door de zwangere vrouw zelf over haar medische gegevens te doen beheren door middel van het zwangerschapsboekje wat zowel de zelfredzaamheid van de zwangere vrouw als de communicatie tussen de zorgverleners ten goede

komt. (25) In praktijk wordt echter gezien dat dit boekje al eens geregeld thuis vergeten wordt door de zwangere vrouw of dat de zorgverlener deze vergeet in te vullen op het einde van de consultatie. Daarbij komt dat niet elke consultatie in het elektronisch uitwisselingssysteem (HUB of CoZo) wordt gezet, wat maakt dat zorgverleners niet altijd op de hoogte zijn van welke onderzoeken reeds gebeurd zijn. Bijgevolg vinden er nog vaak onnodig dubbele consultaties plaats. (6, 9, 10, 11)

Een moeizame communicatie tussen de zorgverleners blijkt ook een struikelblok te vormen in het verder uitbreiden van het gedeelde zorgpad bij zwangerschap. Heden bestaat er echter nog een lacune in de literatuur over hoe de communicatie tussen de verschillende zorgverleners bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding tot stand komt. (6, 9, 10, 11)

Wanneer in de studie van Trusch et al.(2021) de gynaecologen en huisartsen werden bevraagd over hun samenwerking, geeft ongeveer 20% van de artsen aan niet tevreden te zijn over de samenwerking. Geen tijd hebben om elkaar te leren kennen, geen duidelijk afgesproken doorverwijscriteria en een gebrek aan communicatie, zijn de voornaamste redenen van deze ontevredenheid. Zo geeft 38% van de gynaecologen aan een brief naar de huisarts te sturen en krijgt slechts 6% een brief van de huisarts wanneer een patiënte hen kwam consulteren. (33) Momenteel werkt men nog in een afzonderlijk dossier. Een gemeenschappelijk elektronisch medisch dossier voor de betrokken zorgverleners zou de communicatie kunnen bevorderen. (18, 34)

In een recente studie van het KCE werd de interdisciplinaire samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen onderzocht om zo de obstakels en de faciliterende factoren van deze samenwerking te achterhalen. Men constateert dat de historische context van hiërarchie, verdeling van bevoegdheden en gescheiden opleidingstrajecten nog steeds de relatie tussen deze beroepsgroepen beïnvloeden. Zo bestaat er een verdeling van verantwoordelijkheden, financiële middelen en kennis die op hun beurt invloed hebben op de bestaande machtsverhoudingen. Zo hebben gynaecologen de indruk dat zij de eindverantwoordelijkheid dragen en zorgt de angst voor rechtzaken dat ze de zorg minder snel wensen te delen. Gedeelde verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid is aldus een essentiële voorwaarde om een optimale interprofessionele samenwerking te bekomen en zal het vertrouwen in elkaar tevens bevorderen. Verder dient men het financieringssysteem opnieuw te bekijken. Zo werkt het huidige systeem samenwerking tegen en concurrentie in de hand. Er wordt namelijk gewerkt met betaling per prestatie en hier bestaat bovendien een ongelijke verdeling van de vergoeding voor artsen en vroedvrouwen die eenzelfde handeling stellen. Bovendien durft hun filosofie al eens te verschillen waardoor ze zich elk in aparte beroepsverenigingen aansluiten in plaats van een gemeenschappelijk netwerk. Gemeenschappelijke lesonderdelen volgen tijdens hun opleiding kan hieraan tegemoet komen zodanig dat men elkaars visie beter begrijpt en de meerwaarde van elk beroep vroeg in het loopbaantraject leert kennen. (18)

De helft van de gynaecologen en 70% van de vroedvrouwen staan op dit ogenblik open voor een alternerende opvolging tussen gynaecoloog en vroedvrouw. Zo'n 64% van de gynaecologen en 16% van de vroedvrouwen staan ook open om de zorg met de huisarts te delen. De gynaecologen geven wel aan zich zorgen te maken over een gebrek aan medische kennis en ervaring van vroedvrouwen en huisartsen in kader van pathologische aandoeningen die kunnen optreden tijdens de zwangerschap. Een interdisciplinaire opleiding zou hier opnieuw tegemoet kunnen komen en het vertrouwen in een gedeelde opvolging aansterken. (18)

Als de zorgverleners gevraagd werd wat de interdisciplinaire samenwerking zou bevorderen, wordt de invoering van een gedeeld patiëntendossier het meest vernoemd. Er wordt tevens gesuggereerd meer open, informeel en neutraal te communiceren tussen de verschillende zorgverleners. Verder is er nog een verduidelijking van de verantwoordelijkheden en de rol van de verschillende beroepsgroepen aan de orde. Daarnaast wordt een groter engagement van de ziekenhuisdirectie naar de vroedvrouwen gevraagd. Er werd een lijst opgesteld van 153 klinische risicosituaties waar advies of doorverwijzing naar de specialist vereist is. Dit om zwangere vrouwen een beste mogelijke gezondheid en veiligheid te verzekeren bij een alternerende prenatale opvolging met een naadloze overgang van de ene zorgverlener naar de andere. (18) Deel uitmaken van een gemeenschappelijk netwerk kan de interdisciplinaire samenwerking tevens ten goede komen. Zo wordt de drempel voor artsen en vroedvrouwen om op elkaar beroep te doen lager. In tegenstelling tot wat men denkt, gaat er geen extra tijdsinvestering mee gepaard. De tevredenheid omtrent de samenwerking stijgt evenwel bij beide partijen aanzienlijk. Er kan op deze manier een betere continuïteit van zorg voorzien worden voor de zwangere vrouw. Er wordt bovendien een daling in uitgaven van gezondheidskosten gezien. (18, 33, 35)

CONCLUSIE

Uit de gevonden literatuur blijkt dat toekomstige ouders geregeld verdwalen in het uitgebreide en gevarieerde prenatale begeleidingsaanbod. In navolging hiervan kwam het KCE met het voorstel om via het zorgpad specifieke consultaties te voorzien voor persoonlijk prenataal advies waarbij tevens een coördinator wordt aangesteld. Dit soort geïntegreerd zorgpad wordt reeds gehanteerd in verschillende buurlanden en wordt als een positief gegeven ervaren door toekomstige ouders.

Het blijkt dat veel vrouwen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid dat hun zwangerschap eventueel ook mede opgevolgd kan worden door de eigen huisarts en/of vroedvrouw. (2, 20, 21, 22) Zo worden huisartsen in België de laatste jaren steeds minder betrokken worden in de zwangerschapsopvolging. (10, 15, 16, 19, 20) Er bestaan echter meerdere voordelen om voor gedeelde zwangerschapsbeleiding te kiezen, onder andere op financieel, organisatorisch en sociaal-emotioneel vlak. Met dit laatste wordt verwezen naar het realiseren van een zorg die geïndividualiseerd is en waar ook plaats is voor emotionele en sociale bezorgdheden te kunnen delen, wat zwangere vrouwen waarderen. (5, 6, 7, 8, 9, 10)

Om een interdisciplinaire samenwerking te bevorderen bij een zwangerschapsbegeleiding, dient er nog werk gemaakt te worden van een gedeeld patiëntendossier waar alle zorgverleners toegang toe hebben. Gebruik van meer open en informele communicatie tussen de verschillende zorgverleners moet hierbij de nieuwe standaard worden. Ten slotte dient er meer duidelijkheid geschept worden in het takenpakket van elke beroepsgroep en een uniforme financiering op punt gesteld worden voor elke gestelde handeling. Op deze manier kan een naadloze overgang van de ene naar de andere zorgverlener voorzien worden waar de noden van de zwangere vrouw centraal blijven staan. (18, 33, 34)

DEEL 2: KWALTITEITSVERBETEREND ONDERZOEK

METHODOLOGIE

STUDIEOPZET

In deze studie wordt binnen een kwaliteitsverbeterend project gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, meer specifiek het afnemen van vragenlijsten alsook semi-gestructureerde interviews met als doel gerichte acties te bepalen en uit te voeren. Met dit studieopzet wordt getracht het begrip van 'gedeelde opvolging' te verduidelijken bij de gezonde zwangere vrouwen en de zorgverleners. Het doel bestaat erin aanbevelingen te formuleren omtrent het efficiënter hanteren van de richtlijnen of het Zorgpad rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding in de praktijk. Hierbij ligt de focus op de interprofessionele communicatie tussen de zorgverleners en de zwangere vrouw.

ETHIEK

Een gunstig advies van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen werd verkregen op 20/12/2021 met als registratienummer B3002021000263.

Data werd verzameld in de periode van 01/03/2022 tot 31/01/2023 via de participerende gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen van de regio Antwerpen Centrum, Antwerpen Berchem en Antwerpen Noord. Naast de zorgverleners werden gezonde, Nederlandstalige zwangere vrouwen geïncludeerd voor deze studie.

PROCES VAN REKRUTERING ONDERZOEKSPOPULATIE

De gynaecologen verbonden aan ziekenhuisgroepen in regio Antwerpen (stad) werden via mail gecontacteerd. Er werd een lijst van contactgegevens van huisartsen bij de eerstelijnszone Antwerpen opgevraagd. De huisartsen die geïnteresseerd zijn in zwangerschapsopvolging werden geïndentificeerd met behulp van een mail, dewelke een uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek bevatte. Verder werd de informatie verspreid onder de huisartsen-in-opleiding. Om de vroedvrouwen te bereiken werd een oproep gelanceerd in de vroedvrouwenpraktijken in regio Antwerpen en het (web)krantje van de Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen. Een warme oproep naar zwangere vrouwen werd verspreid via een flyer in de wachtzaal van verschillende huisartspraktijken, via posts op sociale media (Facebook) en kennissen.

De verschillende zorgverleners en de zwangere vrouw werden geïnformeerd over de opties die er heden bestaan. De zorgverleners werden op de hoogte gebracht per mail en werden bij interesse uitgenodigd voor een informatief gesprek. Bij de zwangere vrouwen in de huisartsenpraktijk gebeurde dit via een mondelinge overdracht tijdens het eerste zwangerschapsconsult, vervolgens werd een folder met de betreffende informatie meegegeven. Indien zij toestemden tot deelname werd hen gevraagd de informed consent te ondertekenen.
Zie bijlage 3: Informatiebrochure gedeelde zwangerschapsbegeleiding zwangere vrouw, bijlage 4: Geïnformeerde toestemming zwangere vrouw, bijlage 5: Informatiebrochure gedeelde zwangerschapsbegeleiding zorgverlener en bijlage 6: Geïnformeerde toestemming zorgverlener.

DATAVERZAMELING

De dataverzameling verliep in verschillende fasen. In een eerste fase werd een vragenlijst opgesteld die verspreid werd onder de deelnemende zwangere vrouwen en verschillende zorgverleners. De vragenlijst was erop gericht om meer inzicht te verwerven in de reden dat er nog zelden wordt gekozen voor de gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Hierbij werd bijzondere aandacht besteed aan de huidige interdisciplinaire samenwerking en communicatie. Deze vragenlijst bestond uit drie onderdelen: algemene socio-demografische gegevens, de huidige ervaring met gedeelde zwangerschapsbegeleiding en werd afgesloten door elf stellingen over gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Het tijdsbestek hiervan bedroeg circa tien minuten.
Zie bijlage 7-10: Vragenlijst gedeelde zwangerschapsbegeleiding huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog en zwangere vrouw

In de tweede fase werden semi-gestructureerde interviews uitgevoerd, waarbij de ingevulde vragenlijst als leidraad werd gebruikt. Het interview nam telkens 20 tot 30 minuten in beslag. Deze dataverzameling gebeurde niet volledig blind. Zo gaven de geïnteresseerde personen aan het einde van de vragenlijst hun contactgegevens op indien zij wensten deel te nemen aan de volgende fase van het onderzoek. De interviews gebeurden afhankelijk van de bereikhbaarheid op locatie of via Zoom. Tijdens deze gesprekken werd dieper ingegaan op de topics die in de vragenlijsten aan bod kwamen. Het was tijdens deze fase van het onderzoek tevens het doel om feedback te verkrijgen op het voorstel van verbetertrajecten. Het gesprek werd aangevangen met het overlopen van enkele socio-demografische gegevens, onder andere het aantal jaren werkervaring, het type en de locatie van de praktijk. Vervolgens werd overgegaan op vier open vragen, waarbij de ervaring met de gedeelde zwangerschapsbegeleiding en met het gehanteerde communicatiemiddel bevraagd werd. Nadien werden elf stellingen overlopen waarbij de participanten de kans kregen om hun antwoord toe te lichten. Ten slotte werd hen gevraagd wat volgens hen lacunes zijn betreffende de huidige richtlijnen, dewelke zij in de toekomst graag opgevuld zien.

DATA-ANALYSE

Als primaire uitkomstmaten werd gekeken naar de gedeelde communicatie via de zwangerschapsboekjes tussen de gynaecoloog, de huisarts en de vroedvrouw en de ervaring met de gedeelde opvolging van de verschillende participanten. Op deze manier werd beoogd de sleutel tot een optimale communicatie bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te bekomen.

Er werd zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve analyse gemaakt van de verzamelde gegevens via de enquêtes en verdiepende gesprekken. Voor de kwantitatieve gegevens werd gebruik gemaakt van Qualtrics van de Universiteit Antwerpen. De verdiepende interviews werden nadien vastgelegd door middel van audio-opnames en werden volledig uitgeschreven. Vervolgens werden deze op inhoud gescreend, thematisch geanalyseerd en gecodeerd op basis van een vooraf opgestelde GRID.

De gegevens van het onderzoek zijn bewaard op de Onedrive van de Universiteit Antwerpen en zullen gedurende vijf jaar bijgehouden worden. Deze Onedrive kan enkel geraadpleegd worden door Laurijn Durt (Huisarts in opleiding), Giannoula Tsakitzidis (promoter Universiteit Antwerpen) en Natacha Van de Craen (co-promotor, Hogeschool AP). Derden hebben hier geen inkijk in.

RESULTATEN

DEMOGRAFIE

Er werden uiteindelijk 60 personen geïncludeerd in de studie. Deze groep bestond uit: 5 gynaecologen, 23 huisartsen, 5 vroedvrouwen en 27 zwangere vrouwen. Er werden 52 volledige enquêtes ingediend. De enquête werd slechts gedeeltelijk ingevuld door 2 huisartsen, 3 vroedvrouwen en 3 zwangere vrouwen. De ingevulde items werden alsnog meegenomen in de verwerking van de data. Aanvullend werden tien semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen. Deze groep bestond uit 2 gynaecologen, 3 huisartsen, 3 vroedvrouwen en 2 zwangere vrouwen.

Deelnemende zwangere vrouwen (Aantal: 27)					
Leeftijd	30 (STD 2,5) jaar				
Burgelijke staat	**Gehuwd**		**Samenwonend**		**Alleenstaand**
	13		13		1
Beroep	**Bediende**	**Student**	**Huisvrouw**	**Zelfstandig**	**Andere**
	23	1	1	1	1
Zwangerschap	**Eerste**		**Tweede**		**Derde of vierde**
	15		5		7
Moedertaal	**Nederlands**	**Frans**	**Engels**	**Andere**	
	26	2	1	1	

Tabel 1: Inclusie zwangere vrouw

Deelnemende Zorgverleners (Aantal: 33)			
Functie	**Huisarts/HAIO**	**Gynaecoloog**	**Vroedvrouw**
	23	5	5
Leeftijd	29 (STD 4,9)	47,6 (STD 11,06)	41,4 (STD 9,40)
Werkervaring	4,7 (STD 4,4)	14,4 (STD 8,5)	18,2 (STD 11,6)
Praktijkvorm Zorgverleners			
Solo-	**Duo-**	**Groep-**	**Ziekenhuis**
5	2	22	4

Tabel 2: Inclusie zorgverleners

DATAVERWERKING

De verzamelde gegevens van deze vragenlijsten werden geanalyseerd en vertaald in mogelijke verbetertrajecten.

Zes interviews gebeurden op locatie en vier gebeurden via Zoom. Uit de verdiepende gesprekken kwamen vier hoofdthema's naar voren: de ervaring met een gedeelde zwangerschapsbegeleiding, het zorgpad en de richtlijnen, het communicatiemiddel en het verloop van de communicatie tussen de zorgverleners onderling. Deze thema's werden verder onderverdeeld in achttien subthema's.
Zie bijlage 11: Codelijst thematische analyse.

ERVARING MET GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

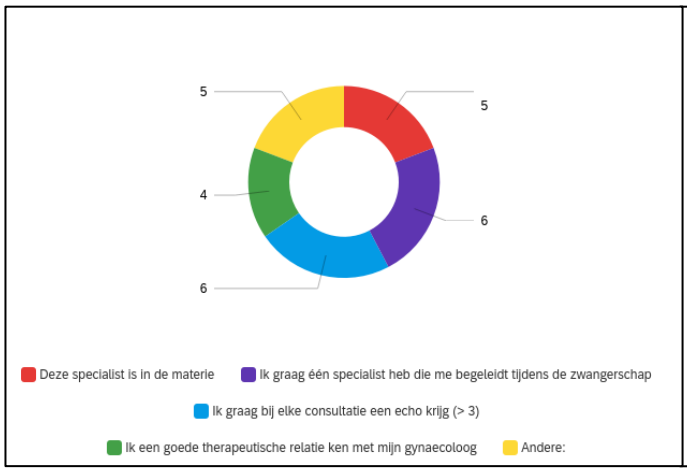
Uit de vragenlijsten bleek dat 14 van de 23 huisartsen reeds hadden deelgenomen aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Dit ging over een beperkt aantal begeleidingen van minder dan vijf zwangerschappen op jaarbasis. Slechts 4 van de huisartsen begeleidde meer dan vijf zwangerschappen op jaarbasis. Bij de gynaecologen en vroedvrouwen bedroeg dit aantal meer dan twintig zwangerschappen. Alle deelnemende gynaecologen en vroedvrouwen, op één uitzondering na, hadden tevens ervaring met een gedeelde zwangerschapsbegeleiding. De vroedvrouw die hier geen ervaring mee had, werkt in een ziekenhuissetting waar deze werkwijze nog minder courant is.

Wanneer tijdens de interviews dieper ingegaan werd op de beperkte deelname van de huisartsen aan de gedeelde zwangerschapsbegeleiding, kwam er bij de gynaecologen en vroedvrouwen naar boven dat zij de zorg voornamelijk onder elkaar verdelen wanneer de mogelijkheid zich aanbiedt. Terwijl huisartsen zo'n twintig jaar terug nog een courante speler waren in de begeleiding van zwangerschappen en soms zelfs de bevallingen, is dit de laatste tien jaar niet langer het geval. Door 1 huisarts en 2 gynaecologen werd aangegeven dat de hoge verzekeringskwestie hier een rol in speelt. Anderzijds gaven de gynaecologen en vroedvrouwen aan niet op de hoogte te zijn van het feit dat er bij de huisartsen interesse bestaat om deel te nemen aan zwangerschapsbegeleidingen.
Tot slot zou de mindset van de zwangere vrouw veranderd zijn waardoor zij minder snel bij de huisarts en/of vroedvrouw aankloppen.

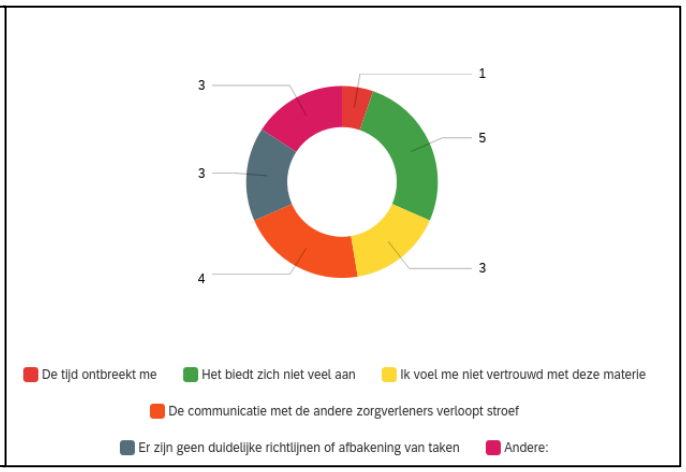
'Er zijn een aantal dingen waar vroedvrouwen veel beter in zijn dan de gynaecologen. Ik zou hen ook graag hun ding laten doen. Ze zijn er ook goed voor opgeleid in België. Jammer genoeg wil de Vlaamse vrouw elke keer een echo. Zij zijn niet tevreden met de bloeddruk te meten, horen hoe het gaat, de buik voelen en eens luisteren naar het hartje. Ze willen het kindje visueel zien groeien.' - gynaecoloog

Bekenheid met het concept gedeelde zwangerschapsbegeleiding

Tijdens de verdiepende gespekken werd vermeld dat de zwangere vrouwen vaak pas aan het einde van de zwangerschap hun weg vinden naar de vroedvrouw voor de bijkomende infosessies omtrent de bevalling en borstvoeding. De vroedvrouwen gaven tijdens de interviews aan dat ze meestal rond de 30 weken gecontacteerd worden door de zwangere vrouwen. In elk gesprek werd vermeld dat de Vlaamse vrouwen tegenwoordig veel belang hechten aan de maandelijkse echo, dewelke ze niet bij de meeste huisartsen en vroedvrouwen kunnen krijgen. Ze blijken zich niet bewust te zijn van de eventuele meerwaarde van de huisartsen en vroedvrouwen vanaf het begin van de zwangerschap. Zo hadden slechts 15 van de 27 zwangere vrouwen, waarbij een vragenlijst werd afgenomen, reeds gehoord van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en opteerden slechts 6 vrouwen voor dergelijke opvolging.



Figuur 1: Redenen om niet voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen - zwangere vrouw



Figuur 2: Redenen om niet voor gedeelde zwangerschaps-begeleiding te kiezen - huisarts

Het concept 'gedeelde zwangerschapsbegeleiding' blijkt enerzijds anders gepercipieerd te worden dan bedoeld. Dit werd duidelijk in de verdiepende interviews. Zo werd al snel over gedeelde zwangerschapsbegeleiding gesproken als een vroedvrouw werd betrokken voor de gezondheidsvoorlichting (bijvoorbeeld borstvoeding) of als de zwangere vrouw langsging bij de huisarts voor een vaccinatie of bloedafname. Anderzijds is het concept nog dikwijls volledig onbekend, zowel bij de verschillende zorgverleners als de zwangere vrouw. Bij de zorgverleners bestaat er bijgevolg regelmatig twijfel om aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding deel te nemen. Zo gaven 5 van de 23 huisartsen aan dit niet te doen omdat de mogelijkheid zich niet veel aanbiedt en ze hierdoor niet vertrouwd zijn met dit aspect van de geneeskunde.

De beschikbare informatie omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding is volgens de zorgverleners wel duidelijk, maar deze is evenwel moeilijk terug te vinden. Naast de zorgverleners gaven ook de zwangere vrouwen aan dat de informatie rond de gedeelde zwangerschapsbegeleiding meer verspreid dient te worden. Zo antwoordden 3 van de 21 huisartsen in de vragenlijst 'neutraal', 5 'eerder eens' en 12 'helemaal eens'. Bij de gynaecologen antwoordden van de 5 personen 1 'eerder niet eens', 2 'neutraal', 1 'eerder eens' en 1 'helemaal eens'. Bij vroedvrouwen antwoordden 2 van de 3 het 'eerder eens' en 1 'helemaal eens'. Als ten slotte gekeken werd naar de antwoorden van de zwangere vrouw, gaven van de 24 vrouwen 3 'eerder niet eens', 4 'neutraal', 11 'eerder eens' en 6 'helemaal eens' aan. Hoewel 20% van de zwangere vrouwen aangaf geen interesse te hebben in gedeelde zwangerschapsbegeleiding, wensen ze wel op de hoogte te zijn van de verschillende opties.

'Ik denk dat het altijd zinvol is dat iets wordt meegedeeld buiten in een gesprek en dat mensen dit zien. Bijvoorbeeld zoals bij antibiotica resistentie dat je dingen op TV laat zien. Dit werkt veel beter dan als je dit als arts zegt op de moment dat ze ziek zijn of zwanger zijn. Dat ze dit gewoon weten en die bewustwording verhoogd wordt. Ik denk dan ook dat verder optimaliseren van gedeelde zorg altijd in combinatie moet gebeuren met bekendmaking bv. affiches in de wachtzaal. Iets elektronisch in deze tijden is verder ook gewoon onmisbaar.' - huisarts

Naast de beperkte toegankelijkheid van de informatie werd nog een andere factor vermeld, namelijk de taalbarière. De informatie is momenteel uitsluitend in het Nederlands beschikbaar. Het zou de zorgverleners interessant lijken dat deze ook in andere talen te verkrijgen is, voornamelijk in de

stedelijke multiculturele context zoals Antwerpen. Volgens hen zouden op deze manier meer zwangere vrouwen betrokken kunnen worden in de gedeelde zwangerschapsbegeleiding.

'De zwangere vrouw komt meestal na een positieve urinetest eerst bij de huisarts; zij zijn dan ook het kanaal om de zwangere vrouw de verschillende opties mee te geven: bij een gewone zwangerschap zonder complicaties via een vroedvrouw/huisarts, bij complicaties via de tweede lijn of een combinatie hiervan. We merken echter dat zwangere vrouwen deze info niet krijgen. Hoe krijgen de mensen eerlijke informatie en hoe kunnen we dit nog meer als een logische stap bezien?' – vroedvrouw

Hindernissen om tot een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te komen

Een vraag die zowel de vroedvrouwen als gynaecologen zich stelden tijdens de interviews, was: 'Heeft de huisarts tijd voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding?'. Slechts 1 huisarts gaf in de vragenlijst aan dat het haar aan tijd ontbrak. De meerderheid van de deelnemende huisartsen vonden dat echter geen bepalende factor. De huisartsen gaven in het gesprek aan dat het om aangename en positieve consulten gaat waar tijd kan gemaakt worden voor de beleving van de zwangere vrouw. Het betreft bovendien slechts één bijkomend consult per een tot twee maanden.

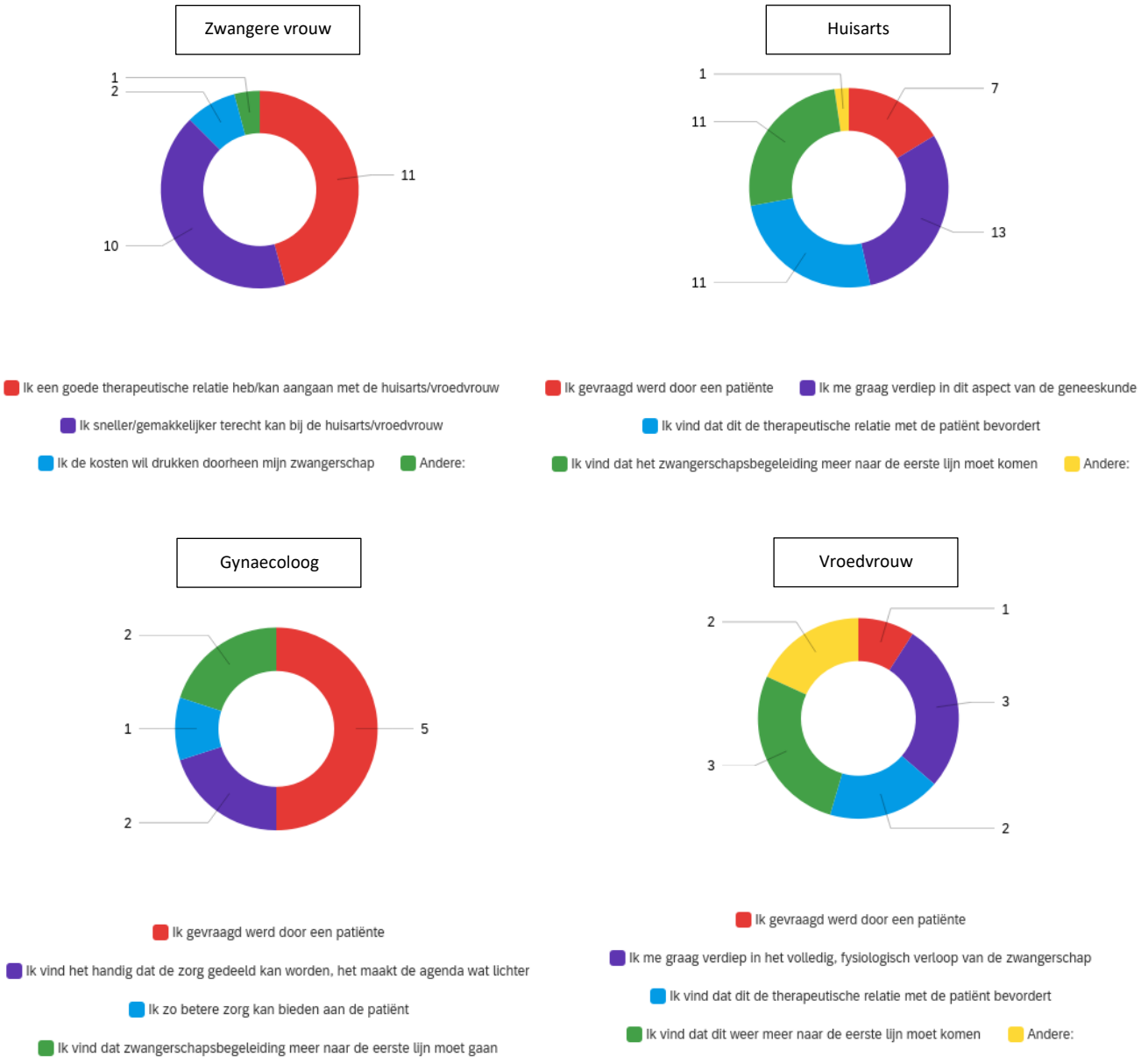
Zoals eerder vermeld zijn de verwachtingen van de Vlaamse vrouwen een struikelblok waar alle zorgverleners tegenaan botsen om toch aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te doen. Zo is het vandaag de dag de normale gang van zaken dat een zwangerschap volledig opgevolgd wordt door de gynaecoloog waarbij elke maand een echo uitgevoerd wordt. Van de 27 zwangere vrouwen die de vragenlijst invulden, gaven 6 vrouwen de echo's als een reden om voor een opvolging bij de gynaecoloog te kiezen. Ze vinden het namelijk belangrijk dat ze hun kindje visueel zien groeien en er op deze manier zeker van zijn dat alles goed gaat.
Een doptone als vervanging van de echo is voor velen een minimale vereiste alvorens ze voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding zouden opteren. Dit werd reeds beschreven in de literatuur en werd tevens bevestigd tijdens de verdiepende gesprekken met de zwangere vrouwen en zorgverleners. Zo blijkt dat sommige vroedvrouwen echo's aanbieden. De zwangere vrouw die zulke gedeelde begeleiding genoot, gaf aan dat ze betwijfelt of ze dit ook zou gedaan hebben als dit toestel niet aanwezig was. Een andere zwangere vrouw gaf aan dat ze wel voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding zou openstaan indien haar huisarts zich zo'n toestel zou aanschaffen.

De mogelijkheid tot echo's is niet de enige reden die vrouwen weerhoudt om deel te nemen aan een gedeelde opvolging tijdens hun zwangerschap. Zo bleek uit de enquêtes dat 5 van de 27 zwangere vrouwen de gynaecoloog als expert beschouwen. Daarnaast laten ze zich liefst door slechts één persoon begeleiden zodat ze een relatie kunnen opbouwen met de zorgverlener die hen tijdens de bevalling bijstaat.

Beweegredenen om voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen

In bovenstaande werden de hindernissen om tot een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te komen beschreven. De vraag die zich bijgevolg opwerpt, is de volgende: 'Waarom kiezen zorgverleners en zwangere vrouwen dan wel voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding?'
De zorgverleners die de vragenlijst invulden, gaven als voornaamste reden op dat het hen door de patiënt zelf gevraagd werd. Dit was het geval bij alle 5 gynaecologen, bij 7 van de 23 huisartsen en bij

1 van de 5 vroedvrouwen. Het meerderdeel van de huisartsen (13 van de 23) en vroedvrouwen (3 van de 5) gaf aan zich graag te verdiepen in dit aspect van de geneeskunde.
Enkele gynaecologen (2 van de 5) gaven aan dat ze het handig vinden om de zorg te delen omdat het hun agenda wat lichter maakt en dit perfect kan. Één gynaecoloog is ook van mening dat het de geboden zorg beter maakt. Daarnaast werd door 11 huisartsen en 2 vroedvrouwen als reden aangehaald dat gedeelde zwangerschapsbegeleiding de relatie met de patiënt bevordert.



Figuur 3: *Redenen waarom aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding wordt gedaan.*

De vraag of de zwangerschapsbegeleiding opnieuw meer naar de eerste lijn moet komen, werd door 2 van de 5 gynaecologen, 11 van de 23 huisartsen en 3 van de 5 vroedvrouwen positief beantwoord.

'Vanuit maatschappelijk punt is het vreemd dat de patiënten in België rechtstreeks naar de specialist kunnen gaan en zo consultaties die niet noodzakelijk door een specialist moet gebeuren wel laten uitvoeren. Dit is een

maatschappelijk kost die vermeden kan worden. Daarnaast werkt het ook overmedicalisering in de hand wat niet altijd nodig is.' - vroedvrouw

Tijdens de verdiepende gesprekken benadrukten nagenoeg alle zorgverleners dat geen van hen het volledige plaatje kan bieden voor een optimale zwangerschapsbegeleiding. Iedere discipline heeft zijn meerwaarde. De gynaecoloog is onmisbaar voor de echo's en medische opvolging van de zwangerschap, onder meer bij het optreden van complicaties. Het ontbreekt hen echter geregeld aan tijd om eveneens gezondheidsvoorlichtingen (GVO) te geven en voldoende aandacht te schenken aan beleving. De vroedvrouw is goed opgeleid in deze aspecten. Zij kande zwangere vrouw eveneens bijstaan in de transitie naar het ouderschap. De huisarts heeft meestal reeds een vertrouwensband met de zwangere vrouw en haar omgeving waardoor deze op de hoogte is van het rugzakje dat de vrouw met zich meedraagt. Bijgevolg kan de huisarts goed inspelen op psychosociale aspecten die kunnen optreden tijdens deze periode in hun leven.

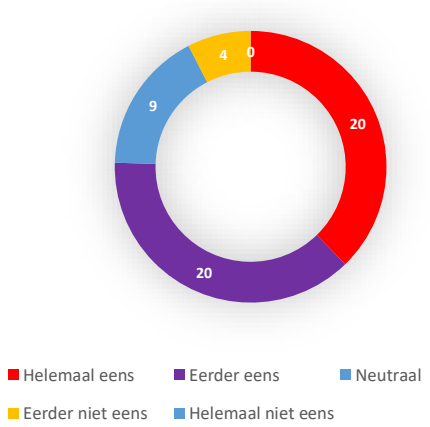
'Het zou de gynaecologen ten goede komen om de zorg te delen omdat zij dan ook bereikbaarder worden voor dingen die echt nodig zijn en niet in de eerstelijnszorg mogelijk is. Ik denk bovendien dat het opvolgen van een helemaal normale zwangerschap bij iemand die geen risicopatiënt is of niet op hoge leeftijd is e.d., echt terug naar de eerste lijn mag en dat dit laagdrempeliger zou mogen zijn. Hierdoor zullen huisartsen het ook weer beter kennen waardoor gynaecologen meer tijd hebben voor de speciale gevallen of echt de gynaecologie waarvoor je nu soms maanden moet wachten, dingen die de huisarts of vroedvrouw niet kunnen.' – huisarts

'De gynaecoloog alleen is te weinig. De mensen missen hier geregeld de volledige uitleg rond de bevalling of rond borstvoeding. Ik vind het daarom belangrijk dat we elkaar kunnen aanvullen. Als vroedvrouw zijnde is de belangrijkste meerwaarde voor de zwangere vrouw het geven van GVO. Het is niet enkel het medische dat opgevolgd moet worden, maar ook belangrijk om de transitie naar het ouderschap te begeleiden.' - vroedvrouw

'Ik werk liever samen met de vroedvrouw dan in een hiërarchie te werken. Er zijn ook dingen die ieder beter kan. Dan geef je een zekere verantwoordelijk en zorg je samen dat je het tot een goed einde brengt. Dit zorgt dat ik het werk leuk vind.' - gynaecoloog

Wanneer aan de hand van de vragenlijst dezelfde vraag gesteld werd aan de zwangere vrouwen, gaven 10 van de 27 vrouwen aan dat ze sneller bij hun huisarts of vroedvrouw terechtkunnen met hun vragen of bezorgdheden. Verder vonden 12 van de 27 zwangere vrouwen het aangenaam dat ze reeds een therapeutische relatie met hun huisarts hebben of er een kunnen opbouwen met de vroedvrouw die hen ook na de bevalling zal begeleiden. Kosten drukken is voor de meeste zwangere vrouwen minder van belang. Slechts 2 van 27 participerende vrouwen gaven aan dat dit voor hen een rol speelt.
Uit de verdiepende gesprekken van de zwangere vrouwen kwam naar voren dat een traumatische ervaring bij een vorige zwangerschapsbegeleiding en/of bevalling vaak de aanleiding was om bij een volgende zwangerschap voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen. Het gaf hen een veiliger gevoel dat ze door meerdere, vertrouwde personen werden opgevolgd. Dit gegeven werd eveneens bevestigd in de gesprekken met de vroedvrouwen.

'In het algemeen is het bevallen wel heel gemedicaliseerd geraakt en ik weet niet of dit zo positief is. Mijn vroedvrouw wil ook het beste voor mij en de baby, ze zal dan ook geen gevaarlijke dingen voorstellen. Zij meldt tevens bepaalde dingen of doet voorstellen aan mij die ik kan meenemen naar de gynaecoloog waarbij ik dan wat gesterkt ben. Op dat gebied is een gedeelde zwangerschapsopvolging echt waardevol.' – zwangere vrouw



Figuur 4: De informatie rond de gedeelde zwangerschapsbegeleiding dient meer verspreid te worden – mening zorgverleners en zwangere vrouwen

ZORGPAD EN RICHTLIJNEN GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

Er werd gepolst naar de kennis van de zorgverleners omtrent het zorgpad en de richtlijnen van gedeelde zwangerschapsbegeleiding. De boodschap die duidelijk weerklonk tijdens de interviews bij de zorgverleners, was dat de zorgpaden en richtlijnen beter verspreid of zichtbaar gemaakt moeten worden. Zo zou het voornamelijk onder de meerderheid van de gynaecologen nog een onbekend gegeven zijn. Doordat zij niet op de hoogte zijn van het opgestelde protocol doen er zich nog te vaak dubbele consulten voor bij zwangere vrouwen die opteren voor een gedeelde opvolging.

'Ik ben niet op de hoogte van het zorgpad. Ik weet wel dat toen het Erasmus nog bestond er serieus werd samengewerkt met huisartsen én dat de gynaecologen enkel de eerste echo, de structurele echo en de laatste echo voorzag. Nu gebeurt dit in mijn ogen niet meer. Als er een zorgpad bestaat waar uitgelegd wordt wat deze gedeelde zwangerschapsbegeleiding inhoudt en wie wat juist gaat doen – graag!' - gynaecoloog

Uit de vragenlijsten bleek dat de zorgverleners, die reeds ervaring hadden met het zorgpad en de richtlijnen, deze voldoende duidelijk en gestructureerd vonden. Zo gaven de zorgverleners hier een gemiddelde score (met 1 'helemaal niet eens' en 5 'helemaal eens') van 3,62 (SD 0,95) bij de huisartsen, de gynaecologen 3,00 (SD 1,41) en de vroedvrouwen 3,5 (SD 1,5). In de verdiepende gesprekken werd daarentegen meermaals vermeld dat er wel enkele verschillen zijn tussen de regionale zorgpaden. Dit maakt dat vroedvrouwen die over een grote werkregio beschikken of huisartsen-in-opleiding die op verschillende plaatsen tewerkgesteld worden, soms niet volledig op de hoogte zijn van het specifieke zorgpad van de desbetreffende regio. Het is echter niet de enige lacune van het zorgpad die tijdens de verdiepende gesprekken benoemd werd.

'Er verandert al geregeld iets en het is dan moeilijk uit te maken wat de standaard is. Er is misschien wel een standaard, maar wordt deze in de realiteit niet zo gedaan …' – vroedvrouw

'Wat ik nog onduidelijk vind in het zorgpad, is wanneer iets afwijkt van de normale zwangerschap. Denk bijvoorbeeld aan zwangerschapsdiabetes. Wat is hier de rol van de endocrinoloog? Dit wordt niet beschreven in het zorgpad. Dit komt echter regelmatig voor. Vaak voorkomende complicaties mogen toch kort vermeld worden: hoe doorsturen en hoe verloopt de verdere opvolging?' – huisarts

Zo ziet men enerzijds dat de richtlijnen snel verouderd geraken en niet langer staven met de realiteit. Anderzijds is het nog onduidelijk in het zorgpad wat men moet doen indien onverwachtheden optreden tijdens de begeleiding en een doorverwijzing noodzakelijk is. Duidelijke criteria om correct door te verwijzen ontbreken in de huidige richtlijnen en zorgpaden en mag bijgevolg nog concreter vermeld worden. Als hen de vraag gesteld werd of ze interesse hadden in gedeelde richtlijnen onder de gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen was de consensus dat er geen volledige nieuwe richtlijnen dienen opgesteld te worden.

'Ik heb het gevoel dat ze steeds opnieuw het warm water zijn aan het uitvinden. Het is eigenlijk heel duidelijk wat een eerste lijn is, wat een tweede lijn is en wat gedeelde zwangerschapsbegeleiding zou inhouden. Ook met de nieuwe zorgpaden rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding… Elke keer gaat men hierover en trekken de verschillende partijen de zorg naar zich toe.' – vroedvrouw

Ten slotte zou de zwangere vrouw, ondanks de goed intentie van de zorgpaden, nog steeds onvoldoende centraal staan. Iedere zorgverlener wil nog te vaak zijn eigen discipline beschermen en durft de zorg sterk naar zich toe trekken. Dit staat haaks op wat beoogd wordt met een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en vraagt om een mentaliteitsverschuiving.

COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORGVERLENERS ONDERLING

Goede communicatie is de sleutel tot een optimale gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Als de vraag gesteld werd hoe momenteel de communicatie verloopt, kwam vanuit de huisartsen en de vroedvrouwen dikwijls de boodschap: 'Er moet aan gewerkt worden.' Zo bleek uit de vragenlijsten dat 2 van de 20 huisartsen vonden dat de communicatie helemaal niet goed verliep, 7 deelden de mening dat het beter kan, 7 huisartsen hielden zich neutraal en 4 huisartsen gaven aan dat de communicatie eerder vlot verliep. Bij de vroedvrouwen hield 1 van de 3 zich neutraal, 1 gaf aan dat de communicatie goed verliep en bij 1 andere vroedvrouw verliep de communicatie met de andere zorgverleners minder goed. De gynaecologen hadden daarentegen goede ervaringen met de onderlinge communicatie: 1 van de 5 gynaecologen hield zich neutraal, 3 gaven aan dat de communicatie eerder goed verliep en 1 gaf aan dat deze heel goed verliep.

'Als er concrete afspraken zijn en de gynaecologen goed bereikbaar zijn voor de huisarts zorgt dit er uiteindelijk voor dat je je als huisarts ook bekwaam voelt een zwangerschap mee op te volgen.' – huisarts

Wat in de verdiepende gesprekken sterk naar boven kwam, was de nood aan duidelijke afspraken onder de verschillende zorgverleners. Indien er duidelijke afspraken waren, verliep de communicatie vlot. De gynaecologen vinden het tevens belangrijk dat ze kort kennis met elkaar hebben gemaakt zodanig dat men weet wat ze van elkaar kunnen verwachten en de zorg makkelijker uit handen kunnen geven. Dit gebeurt nog te weinig waardoor er geregeld dubbele consulten voordoen omwille van onvoldoende vertrouwen in de partners. Momenteel vertrouwen de gynaecologen sneller op vroedvrouwen dan huisartsen omdat zij er op dagelijkse basis mee in aanraking komen. De samenwerking met huisartsen is bij hen de laatste jaren bijgevolg nihil ten opzichte van 20 tot 30 jaar geleden. Ze zijn tevens van mening dat als er te veel zorgverleners betrokken zijn de kans op verwarring bij de zwangere vrouw groter wordt. Zo krijgen ze van verschillende bronnen informatie die al eens van elkaar kan afwijken. Als een van de zorgverleners als coördinator optreedt en de consulten duidelijk verdeelt, kan dit risico wel ingeperkt worden.

'Het idee als je iemand mee volgt, is dat je weet van de andere dat die nagenoeg even goed is. Als ik de mensen niet ken en niet weet hoe ze werken, dan ga ik ze wel extra controleren. De gynaecoloog hier in België blijft namelijk wel de eindverantwoordelijke waardoor men bang is om iets te missen.' – gynaecoloog

'Ik ben grote voorstander van een gedeelde opvolging, maar dan moeten er wel afspraken gemaakt worden van wie wat doet. Niet dat de ene beter is dan de andere, maar dat er wel duidelijkheid is voor de patiënt. 'Bijvoorbeeld praten over het geboorteplan dat is de taak van de die en borstvoeding dat is de taak van de die…' Dat het gewoon wat gestructureerd is. Zo voorkom je ook dat personen zich bepaalde vragen gaan stellen vroeg in de zwangerschap en kan je hen een tijdsspanne meegeven voor wanneer hun vragen behandeld zullen worden.'
- gynaecoloog

Huisartsen en vroedvrouwen gaven aan zich meer comfortabel te voelen om aan een gedeelde zwangerschapbegeleiding te beginnen wanneer ze over een rechtstreeks telefoonnummer, GSM-nummer (al dan niet via Siilo) of mailadres van de betrokken gynaecoloog beschikken. Zodanig dat zij op relatieve korte tijd een antwoord kunnen krijgen op vragen en ze zo de zwangere vrouw kunnen bijstaan met raad zonder dat hier een extra consult bij de gynaecoloog voor nodig is.

'Hoe de communicatie verloopt hangt wat af van zorgverlener tot zorgverlener. We hebben wel van de ziekenhuizen waar we met samenwerken de telefoon/GSM-nummers van de gynaecologen en dan verloopt de communicatie vrij vlot. Per mail doen ze ook echt hun best om binnen de 24-48 uur te reageren.' - vroedvrouw

COMMUNICATIEMIDDEL: WAT IS GEBRUIKELIJK EN WAT DRAAGT DE VOORKEUR?

Momenteel is het zwangerschapsboekje, ook wel het moederboekje genoemd, het voornaamste middel dat gebruikt wordt voor de communicatie tussen de zorgverleners onderling en voor de communicatie naar de patiënt toe. Een interessant gegeven om na te gaan, is de tevredenheid betreffende dit boekje bij de verschillende partijen. Wanneer in de vragenlijst de vraag gesteld werd of het zwangerschapsboekje voldoende is als communicatiemiddel, werden uiteenlopende antwoorden gegeven. De graad van tevredenheid bij de gynaecologen lag opmerkelijk hoger in vergelijking met de overige respondenten. Zo waren 3 gynaecologen het 'helemaal eens' en 2 gaven aan het 'eerder eens' te zijn. Van de huisartsen waren 9 van de 21 het 'eerder eens', 4 bleven 'neutraal', 5 waren het 'eerder niet eens' en 3 'helemaal niet eens'. De 2 vroedvrouwen die deze stelling invulden, waren het 'eerder niet eens'. Als dit tevens nagegaan werd bij de zwangere vrouwen, gaf 1 van de 24 vrouwen aan het 'eerder eens' te zijn met de stelling, 10 hielden zich 'neutraal', 8 waren het 'eerder niet eens' en 1 was het het 'helemaal niet eens'. Over het algemeen kunnen we stellen dat de meerderheid vindt dat het zwangerschapsboekje nog tekort schiet als communicatiemiddel tussen de zorgverlener en de patiënt.

'Ik denk dat als ik mijn zwangerschapsboekje zo bekijk er maar enkele mini-regels bestaan waar de verschillende zorgverleners iets kunnen schrijven. Ze schrijven er al eens geregeld onder met pijltjes naar een andere plaats. Ik hoop daarom enerzijds dat ze toch in elkaars dossiers kunnen kijken.' – zwangere vrouw

In de verdiepende gesprekken met de zorgverleners kwam naar boven dat het optimale communicatiemiddel om te gebruiken tijdens een gedeelde zwangerschapsbegeleiding verder uitgedacht moet worden. Er zijn evenwel reeds verschillende goede elementen in het huidige zwangerschapsboekje aanwezig, dewelke benoemd werden. Zo gaven de zorgverleners aan dat dit een

goed basistool is. Het is overzichtelijk: er zijn vaste plekken waar iets geschreven kan worden en het is mogelijk om onmiddellijk te zien of het om een hoog- of laagrisicozwangerschap gaat. Het geeft een goede samenvatting van de essentie, indien het goed ingevuld wordt. Hierdoor dient het elektronisch medisch dossier niet langer uitgespit te worden voor informatie. Echter, als een complicatie optreedt, volstaat het boekje niet meer. Er is in dergelijke situaties meer nodig, bijvoorbeeld door een verwijsbrief te voorzien of telefonisch of per mail contact te nemen met de andere zorgverlener.

'Het moederboekje is iets overzichtelijk, op 2-3 plaatsen kun je iets opschrijven en kan je ook onmiddellijk zien of iets een hoog- of laagrisicozwangerschap is. Je moet het niet gaan zoeken waar iets staat in een dossier. Dit komt digitaal misschien ook nog wel, maar de essentie is nu nog ver te zoeken.' – gynaecoloog

Het zwangerschapsboekje blijkt een goed initiatief te zijn wanneer het correct gebruikt wordt. Echter, wordt door de zorgverleners opgemerkt dat het boekje geregeld niet of nauwelijks ingevuld wordt door de andere partijen. Dat heeft als gevolg dat soms cruciale informatie gemist wordt en vooral wanneer ze via hun eigen elektronisch dossier hiertoe geen toegang hebben. Bovendien vergeten zwangere vrouwen het boekje soms mee te brengen op consultatie waardoor informatie niet doorgespeeld kan worden. Ook op de vormgeving van het zwangerschapsboekje zijn verschillende opmerkingen gemaakt.

Wanneer het idee geopperd werd om een app te ontwikkelen om het zwangerschapsboekje te digitaliseren, waren de meningen verdeeld. De meeste zwangere vrouwen vonden dit wel een interessant gegeven. Zo stonden 7 van de 24 vrouwen, die de vragenlijst invulden, helemaal achter dit idee, 13 hadden een matige interesse, 2 vonden het overbodig en 2 hadden liever geen nieuwe app. In de gesprekken werd verduidelijkt dat het onoverzichtelijk wordt met de verschillende apps die tegenwoordig bestaan: Helena, NexusHealth, CoZo en dergelijke meer. De mogelijkheid om de echo's in een app te kunnen bewaren of een chat-optie om te communiceren met de zorgverleners zouden enkele anderen wel als een meerwaarde ervaren. Voor de laatstgenoemde suggestie staan de zorgverleners echter niet te springen. Zo gaven ze in gesprek aan bang te zijn dat ze hierdoor té toegankelijk worden. Waar ze van mening zijn dat er open gecommuniceerd moet worden met de zwangere patiënt, moet dit op afgesproken momenten gebeuren en niet te vrijblijvend worden. Voor dringende zaken zijn ze uiteraard telefonisch of per mail beschikbaar. De zorgverleners stelden zich tevens de vraag welke informatie via de app gedeeld zou worden. Er heerste namelijk ongerustheid over hoe de veiligheid omtrent het medisch geheim voldoende kan gegarandeerd worden in een app.

'Ik heb me alleen wel al afgevraagd waarom het zwangerschapsboekje niet elektronisch of in de HUB kan gezet worden. Ik snap ook wel dat er een outprint nodig is of iets dat je in je handtas hebt. Dit is nog altijd een handige als er iet gebeurt, zoals flauwvallen - iets wat vaak voorkomt - en dat ze dan zien dat deze persoon zwanger is. Dit kan evengoed opgelost worden door een kaartje in de portefeuille zoals bij diabeten en dat je dan de verdere informatie op de HUB kan terugvinden.' – huisarts

'Als de app iets zou zijn waarin ineens alles gedeeld kan worden, sta ik er wel voor open. In de praktijk is dit echter nog niet het geval. Voorlopig heb ik het gevoel dat iedereen met een ander softwareprogramma werkt dewelke nooit volledig gedeeld is. Het zou mooi zijn dat je alle zorgverleners in een gezamenlijk app/plaats krijgt.'
- vroedvrouw

Een idee dat door meerdere hoofden spookt, is een soort zwangerschapsboekje te creëren in de HUB, onder een apart tabblad, waar de verschillende zorgverleners een standaard opgestelde verwijsbrief met essentiële informatie kunnen uploaden.

DISCUSSIE

Met deze studie wordt beoogd om meer bekendheid over het concept 'gedeelde zwangerschapsbegeleiding' te genereren onder de zorgverleners en zwangere vrouwen, alsook na te gaan waar de samenwerking verder kan geoptimaliseerd worden. Dit laatste hoopte men te realiseren met behulp van de richtlijn 'Actief gedeelde zwangerschapsbegeleiding bij een normale fysiologische zwangerschap' van Domus Medica en het 'Zorgpad'. Deze blijken echter in de praktijk onvoldoende geïmplementeerd te worden waardoor de volledige zorg van de toekomstige moeders voornamelijk op de tweede lijn terechtkomt. Het merendeel van de zwangere vrouwen is onvoldoende op de hoogte van bestaande begeleidingsmogelijkheden, in het bijzonder de rol die de huisarts en/of vroedvrouw hierbij kunnen opnemen. (2, 3, 4) Het zijn echter niet uitsluitend de zwangere vrouwen die aangeven nog onvoldoende geïnformeerd te zijn over de verschillende opties die bestaan in zwangerschapsbegeleidingen. Ook de zorgverleners menen hier onvoldoende notie van te hebben. Uit de literatuur blijkt dat er onduidelijkheid bestaat omtrent de specifieke taak- en rolverdeling van de verschillende betrokken zorgverleners. Het is onvoldoende helder wie wat wanneer best begeleidt. Daarnaast verloopt de communicatie tussen de zorgverleners onderling, evenals tussen patiënt en arts, nog niet optimaal. Dit wordt als een struikelblok ervaren om tot een goede gedeelde opvolging te komen. (6, 11) De onwetendheid, beperkte communicatie en gebrek aan informatie omtrent de gedeelde zwangerschapsbegeleiding onder de zorgverleners, zorgt dat het concept momenteel niet geïntegreerd geraakt in de praktijk.

ERVARING MET GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

De laatste jaren worden huisartsen steeds minder betrokken in de zwangerschapsopvolging ten opzichte van een twintig tot dertig jaar geleden. De zwangere vrouw in België wordt vooral in tweede lijn opgevolgd. (15, 16, 19, 20) Deze vaststelling wordt bevestigd in deze studie. Hoewel er een draagvlak bestaat bij de artsen, vroedvrouwen en zwangere vrouwen, is de stijging van gedeelde zwangerschapsbegeleidingen sinds de invoering van de richtlijn van Domus Medica en de verschillende zorgpaden echter gering. (7, 21, 31) Doordat gedeelde zwangerschapsbegeleiding zich de laatste jaren minder aanbiedt, voelen sommige huisartsen zich minder vertrouwd met deze materie en zijn ze minder geneigd om deel te nemen aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding wanneer hierom gevraagd wordt. Indien de opvolging van een niet-risicovolle fysiologische zwangerschap weer meer naar de eerste lijn wordt gebracht, zullen de huisartsen de materie beter beheersen. Hierdoor komt er ruimte vrij in de agenda van gynaecologen zodat zij meer tijd hebben voor bijzondere casussen of de gynaecologie waarvoor men nu soms maanden dient te wachten.

Het voornaamste struikelblok tot het bekomen van een goede gedeelde opvolging van de zwangerschap, is het ontbreken van duidelijke afspraken en duidelijke afbakening van het takenpakket van de betrokken zorgverleners. Dit werd reeds in eerdere literatuur vermeld. (6, 9, 10, 11) Dit heeft evenwel niet tot verandering in de praktijk geleid. Er komen nog steeds veel dubbele consulten voor, wat tot ergernis leidt bij de zorgverleners. Iedere zorgverlener wil zijn eigen discipline beschermen.

Uit de literatuur blijkt dat gedeelde verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid essentiële voorwaarden zijn om het vertrouwen in elkaar te bevorderen en zo een optimale interprofessionele samenwerking te bekomen. (18) Dit werd tevens bevestigd door de participerende gynaecologen in deze studie. Ze voelen zich eindverantwoordelijke en vinden het aldus moeilijk om zorg uit handen te geven uit angst om iets te missen. Ze geven daarbij aan dat ze minder terughoudend zouden zijn indien ze reeds kennis konden maken met de verschillende zorgverleners alvorens een gedeelde zwangerschapsbegeleiding aan te vatten. Deel uitmaken van een gemeenschappelijk netwerk kan de interdisciplinaire samenwerking bijgevolg ten goede komen. Zo wordt de drempel voor artsen en vroedvrouwen om op elkaar beroep te doen lager. (18, 33, 35)

Een barrière voor de zwangere vrouw om voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kiezen, is het ontbreken van een echografietoestel in de eerste lijnszorg. Uit eerder onderzoek blijkt dat dat de aanwezigheid van een doptone hier wel aan tegemoet zou komen. (23, 24) Ook tijdens de gesprekken kaderend binnen dit onderzoek werd dit aangehaald door de zwangere vrouwen en de zorgverleners. Voornamelijk de gynaecologen gaven mee dat het tegenwoordig moeilijk is vrouwen te overtuigen dat een maandelijkse echo niet nodig is. Bijgevolg kan gesteld worden dat in België een overmedicalisering bestaat van de zwangerschap. (15, 16, 21) De meerderheid van de deelnemende huisartsen en vroedvrouwen in deze studie vermeldden dat ze de opvolging graag zouden herleiden naar hoe deze vroeger was, een natuurlijk gegeven waar maandelijkse echo's niet noodzakelijk zijn.

Indien vandaag de dag geopteerd wordt voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding, komt dit doordat de patiënt hier zelf achter vraagt. De vrouwen die hiervoor kiezen, waarderen dat in een dergelijke begeleiding de zorg meer geïndividualiseerd is en er meer ruimte is om emotionele en sociale bezorgdheden te delen. (5, 6, 7, 8, 9, 10) Ook dit gegeven wordt nogmaals bevestigd aan de hand van de huidige studie. Zo gaven de vrouwen aan dat ze het belangrijk vinden dat ze met hun bezorgdheden snel terechtkunnen bij een zorgverlener. Huisarten en vroedvrouwen kunnen doorgaans beter aan tegmoetkomen aan deze nood in vergelijking met de gynaecoloog. De vrouwen gaven tevens aan zich veiliger te voelen als ze door meerdere, vertrouwde zorgverleners opgevolgd worden. De afzonderlijke zorgverleners kunnen namelijk niet het volledige plaatje bieden voor een optimale zwangerschapsbegeleiding. Dit werd ook meermaals aangehaald in de literatuur. (2, 5, 20, 21, 22) Zo hanteert de huisarts het helikopterperspectief en behoudt deze het overzicht. De vroedvrouw voorziet de gezondheidsvoorlichtingen en staat de zwangere vrouw bij in de transitie naar ouder. De gynaecoloog wordt betrokken bij de specialistische zorg, zoals de noodzakelijke echografieën en bij complicaties. Er kan aldus voorzichtig gesteld worden dat een niet-risicovolle fysiologische zwangerschap perfect opgevolgd kan worden in de eerste lijn.

ZORGPAD EN RICHTLIJNEN GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

De zorgverleners die reeds ervaring hebben met het zorgpad en de richtlijnen van gedeelde zwangerschapsbegeleiding vinden dat deze voldoende duidelijk en gestructureerd zijn. Vanuit het beroepsveld is relatief weinig vraag naar nieuwe richtlijnen voor de verschillende zorgverleners. De huidige richtlijnen en zorgpaden mogen wel aangevuld worden met duidelijke doorverwijscriteria voor de zorgverleners in de eerste lijn. Het KCE heeft recent eerste stappen ondernomen om dit te realiseren. Er werd reeds een lijst opgesteld van 153 klinische risicosituaties waar advies of doorverwijzing naar de specialist vereist is. (18)

Volgens de zorgverleners met ervaring in gedeelde zwangeschapsbegeleiding moeten de zorgpaden en de richtlijn voornamelijk beter verspreid of zichtbaar gemaakt worden onder zorgverleners. Zo zou het voornamelijk onder de gynaecologen nog een onbekend gegeven zijn. Daarnaast zou de mogelijkheid tot gedeelde zwangerschapsbegeleiding ook beter bekend gemaakt moeten worden bij zwangere vrouwen. Veel vrouwen in België zijn niet op de hoogte dat hun zwangerschap mede opgevolgd kan worden door de huisarts en/of de vroedvrouw. (2, 18, 20, 21, 22) Deze bevinding uit de literatuur werd wederom bevestigd door de deelnemende zwangere vrouwen in de deze studie. Hoewel niet iedereen voor een gedeelde begeleiding zou opteren, geven ze allen aan dat ze het belangrijk vinden op de hoogte te zijn van de verschillende opties. Heden is het een zeldzaam gegeven dat zij deze informatie van de zorgverlener verkrijgen. Een minder positieve ervaring tijdens de begeleiding van de eerste zwangerschap is vandaag een voorname reden waardoor de zwangere vrouw gericht zoekt naar de opties. Dit is jammer en zou in de toekomst vermeden kunnen worden door hen de opties al bij de eerste zwangerschap duidelijk mee te geven. Huisartsen kunnen een voorname rol spelen als informator/communicator omdat zij vaak de eerste zijn die de vrouw op consultatie krijgen ter bevestiging van de zwangerschap.

COMMUNICATIE TUSSEN DE ZORGVERLENERS ONDERLING

Uit de literatuurstudie bleek een moeizame communicatie tussen de zorgverleners een struikelblok te vormen in het verder uitbreiden van het gedeelde zorgpad bij zwangerschap. (6, 9, 10, 11) Wanneer dit nagevraagd werd tijdens het verloop van deze studie, gaven de zorgverleners aan dat deze communicatie vlot verliep op voorwaarde dat er vooraf duidelijke afspraken werden gemaakt. Dit ontbreekt echter geregeld waardoor het in de praktijk misloopt. Bijgevolg treedt er sneller misinformatie naar de patiënt op of doen er zich sneller dubbele consulten voor. Als één van de zorgverleners optreedt als coördinator en de consulten duidelijk verdeelt, is interprofessionele samenwerking mogelijk en kan dit risico ingeperkt worden. (18) Op deze manier weet de zwangere vrouw tevens naar wie ze zich moet richten als er iets onduidelijk voor haar is. (8, 14) Er wordt tevens gesuggereerd meer open, informeel en neutraal te communiceren tussen de verschillende zorgverleners. (18)

Sinds twintig jaar wordt in het onderwijs het belang van interprofessionele samenwerking benadrukt, maar het blijft moeilijk om dit in de praktijk te zien doorstromen. (36) Het is niet voldoende om de beroepsgroepen voor hun studies samen te brengen. Er dient tevens meer aandacht besteed te worden aan een interprofessioneel aanbod van bijscholingen dat de samenwerking tussen gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen kan faciliteren en stimuleren.

COMMUNICATIEMIDDEL: WAT IS GEBRUIKELIJK EN WAT DRAAGT DE VOORKEUR

Momenteel wordt hoofdzakelijk het zwangerschapsboekje gebruikt als middel om te communiceren tussen de zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en de patiënt. (6, 8, 9, 14) Over het algemeen kan besloten worden dat de meerderheid van mening is dat het zwangerschapsboekje tekortschiet als communicatiemiddel tussen de zorgverlener en de patiënt. De zorgverleners geven aan dat het wel een goed basistool is voor de communicatie tussen zorgverleners onderling indien het goed wordt ingevuld. Het boekje is een goede weergave van de essentie, doch volstaat niet meer wanneer een complicatie optreedt.

Het boekje wordt geregeld vergeten door de zwangere vrouw of nauwelijks ingevuld door een zorgverlener waardoor cruciale informatie gemist kan worden. (6, 9, 10, 11) Uit eerder onderzoek blijkt dat een gedeeld elektronisch dossier de samenwerking kan bevorderen, alsook een meer geïndividualiseerde en afgestemde benadering kan garanderen. (18, 34) Een gemeenschappelijk patiëntendossier werd ook meermaals geopperd tijdens de verdiepende interviews van deze studie. Zo speelden enkele zorgverleners met het idee om een digitaal zwangerschapsboekje te creëren in de HUB. Belangrijk om te vermelden bij het voorstel om de communicatie meer via de HUB te laten verlopen, is dat iedere zorgverleners toegang moeten krijgen tot dit platform. Zo blijkt heden dat de zelfstandige vroedvrouw, die niet verbonden is aan een ziekenhuis, geen toegang heeft als professional tot de HUB en hierdoor soms belangrijke informatie mist. Desondanks wordt deze suggestie verkozen boven het ontwerpen van een nieuwe app. Zowel de zorgverleners als de patiënten geven aan het overzicht te verliezen door de veelheid aan reeds beschikbare apps. Bovendien uiten de zorgverleners de zorg dat een app de veiligheid van het medisch geheim mogelijk onvoldoende kan garanderen.

LIMITATIES VAN DE STUDIE

Een limitatie van de studie is het lage aantal inclusies. De rekrutering verliep niet vlot. De oproep tot deelname diende uiteindelijk via verschillende kanalen verspreid te worden, zoals sociale media, webkrantjes, persoonlijk aanschrijven… Voornamelijk in de beroepscategorie van de gynaecologen en vroedvrouwen liep het moeilijker. Gezien de beperkte response rate dienen de resultaten van de gynaecologen en vroedvrouwen aldus met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Ten gevolge van de trage rekrutering werd besloten het oorspronkelijke idee van het werken met focusgroepen te vervangen door afzonderlijke verdiepende interviews. Hierdoor werden alsnog inzichten van de deelnemende discipline verkregen.

Een groot aantal zwangere vrouwen werd niet in de studie opgenomen omwille van de taal. Uitsluitend Nederlandstalige vrouwen werden geïncludeerd. Antwerpen beschikt echter over een grote diversiteit aan etnische groepen in zijn populatie. Door de selectie op taal te maken werden velen van hen uitgesloten en gingen waarschijnlijk enkele belangrijke inzichten verloren.

Er was bovendien een selectiebias aanwezig bij de huisartsen. Voornamelijk huisarten die reeds kennis of interesse hadden in een gedeelde zwangerschapsbegeleiding vulden de vragenlijsten in. Wat hierbij tevens opviel, was dat zij allen van het vrouwelijk geslacht waren. Het zou bijgevolg interessant zijn om de mening van mannelijke huisartsen omtrent dit onderwerp in de toekomst te bevragen.
De geïnterviewde gynaecologen hadden reeds meer dan 25 jaar werkervaring. Dit was enerzijds interessant omdat zij een vergelijking konden maken met hoe het bij aanvang van hun loopbaan er in de praktijk aan toeging. Ze misten anderzijds de kennis betreffende de meest recente richtlijnen en zorgpaden. Het kan interessant zijn de inzichten van net beginnende gynaecologen in de toekomst mee te nemen in het onderzoek.

Verder viel op dat ieder van de deelnemers er een andere definitie van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding op nahield. Bijgevolg moet het aantal deelnames aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding dewelke werden aangegeven in de vragenlijst kaderend binnen deze studie kritisch bekeken worden.

Ten slotte zijn de meeste participanten van mening dat een gemeenschappelijk digitaal dossier ontbreekt om aan optimale gedeelde opvolging te doen. Het is evenwel gissen naar welke informatie noodzakelijk is om een optimale gedeelde zwangerschapsbegeleiding te bekomen. Hier dient in de toekomst verder onderzoek naar verricht te worden.

CONCLUSIE

Het initiatief tot gedeede zwangerschapsbegeleiding dat enkele jaren geleden werd uitgewerkt, blijkt nog steeds nauwelijks geïntegreerd te zijn in de dagelijkse praktijk. Het concept is nochtans gekend binnen de eerste lijnszorg. De zwangere vrouwen blijken onvoldoende op de hoogte van de optie 'gedeelde zwangerschapsbegeleiding'. Na een conceptverheldering blijkt in de regio Antwerpen (stad) een draagvlak te bestaan voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding, zowel bij de deelenemende zorgverleners (gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen) als bij de zwangere vrouwen. Verspreiding van deze informatie onder de Vlaamse bevolking en zorgverleners via infobrochures, (sociale) media en websites, is aan te bevelen om gedeelde zwangerschapsopvolging meer ingebed te krijgen in de maatschappij en vrouwen meer begeleidingsopties te kunnen aanbieden bij zwangerschap.

Het grootste struikelblok tot het bekomen van een goede gedeelde opvolging van de zwangerschap, blijkt momenteel het ontbreken van duidelijke afspraken en de afbakening van het takenpakket van de betrokken zorgverleners. De zorgpaden en richtlijn meer kenbaar maken bij de zorgverleners is aldus de boodschap. Om de concrete uitwerking ervan te faciliteren, is het belangrijk dat een van de zorgverleners als coördinator optreedt en de consulten verdeelt bij aanvang van de zwangerschap. Daarnaast kan deel uitmaken van een gemeenschappelijk netwerk de interdisciplinaire samenwerking tevens ten goede komen. Er dient meer aandacht besteed te worden aan een interprofessioneel aanbod van bijscholingen, dewelke de samenwerking tussen gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen kan stimuleren. Zo bevordert dit het vertrouwen in elkaar en wordt de drempel voor artsen en vroedvrouwen om op elkaar beroep te doen lager.

Indien vooraf duidelijke afspraken worden gemaakt, zijn de zorgverleners tevreden over de communicatie. Desondanks benadrukken zij het belang van een gemeenschappelijk, digitaal patiëntendossier waartoe elk van hen toegang heeft. Het lijkt aangewezen om dit laatste verder uit te werken opdat optimale zorg kan geboden worden aan de zwangere vrouw. Tot een nieuw opzet op punt staat, zal men er extra op moeten toezien het zwangerschapsboekje zorgvuldig in te vullen en extra informatie in een begeleidende brief te voorzien.

BIBLIOGRAFIE

1. Statbel. 9.382 geboorten in januari Statbel: Belgische Federale Overheidsdiensten; 2022 [Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid.
2. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9:18.
3. RCoG P. The Role of General Practice in Maternity Care. Royal College of General Practitioners. Report of the RCGP Maternity Care Group. Occas Pap R Coll Gen Pract. 1995(72):1-14.
4. Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. J Midwifery Womens Health. 2009;54(3):226-37.
5. Byrne C, Kennedy C, O'Dwyer V, Farah N, Kennelly M, Turner MJ. What models of maternity care do pregnant women in Ireland want? Ir Med J. 2011;104(6):180-2.
6. Vermandere S. Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging? : UAntwerpen; 2012.
7. Baert B. Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging: een prospectief kwalitatief onderzoek. Universiteit Antwerpen.
8. Hoefkens F. Kan een zorgpad zwangerschapsbegeleiding een gedeelde opvolging van de zwangere vrouw faciliteren? : Universiteit Antwerpen; 2019.
9. Stepman C. Implementatie van zwangerschapsbegeleiding in de eerste lijn: mogelijkheden en barrières: UGent; 2019.
10. Hendrickx KH, J.; De Maeyer, L.; Seuntjens, E.; Fransen, E. Gedeelde zwangerschapsbegeleiding: een haalbare taak? Meningen van vrouwen, huisartsen en gynaecologen. Huisarts Nu. 2012(41):p. 238-42.
11. Peeters ST, C. Optimaliseren van gedeelde zwangerschapsbegeleiding: UAntwerpen; 2016.
12. Beentjes MM WR, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma Tj, Goudswaard AN, Van Asselt KM. Zwangerschap en kraamzorg NHGstandaarden: Nederlandse huisartsen genootschap; 2012 [updated March of 2012. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/zwangerschap-en-kraamperiode
13. Berchem LMNA. Protocol zwangerschapsbegeleiding LMN Antwerpen2017 [updated 2020. Available from: http://www.lmnantwerpen.be/abWerkgroepZwangerschapsbegeleiding.php.
14. Gezondheidszorg FKvd. Een begeleiding op maat voor elke zwangerschap KCE Reports KCE; 2020 [updated 6th of February. Available from: https://kce.fgov.be/nl/een-begeleiding-op-maat-voor-elke-zwangerschap.
15. Intermutualistischagentschap. Prenatale zorg in België in 2005. 2007.
16. Gyselaers WJ, P.; Ahmadzai, N.; Ansari, MT.; Carville, S.; Dworzynski, K.; Gaudet, L.; Glen J.; Jones, K.; Miller, P.; Tetzlaff, JM.; Alexander, S.; Allegaert, K.; Beeckman, K.; Ceysens, G.; Christiane, Y.; De Ronne, N.; De Thysebaert, B.; Dekker, N.; Denys, A.; Eeckeleers, P.; Hemandez, A.; Mathieu, E.; Seuntjens, L.; Verleye, L.; Stordeur, S. Nieuwe richtlijn voor de opvolging van een zwangerschap: KCE; 2015 [
17. Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DE, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Do pregnant women contact their general practitioner? A register-based comparison of healthcare utilisation of pregnant and non-pregnant women in general practice. BMC Fam Pract. 2013;14:10.
18. Costa ECWZRBN. Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: KCE; 2023 [Available from: https://kce.fgov.be/nl/publicaties/doorverwijzing-bij-het-opvolgen-van-zwangerschappen-met-laag-risico.
19. Seuntjens LN, J.; Van Mackelenbergh, A.; Van Royen, P.; Vervaeck, N.; Jacquemyn, Y.; Temmerman, M.; De Smedt, C. Zwangerschapsbegeleiding. Huisarts Nu. 2006;35:261-98.
20. Goossens J, Delbaere I, Dhaenens C, Willems L, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. Preconception-related needs of reproductive-aged women. Midwifery. 2016;33:64-72.
21. Christiaens W, Nieuwenhuijze MJ, de Vries R. Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. Midwifery. 2013;29(1):e1-8.

22. 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):220-39.
23. 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;59(6):799-804.
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. Dekker NG, R; Neirinckx, J; Seuntjens, S; Smets, K Zwangerschapsbegeleiding: Domus Medica; 2015 [updated August of 2015. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/zwangerschapsbegeleiding.
26. Sleath B, West S, Tudor G, Perreira K, King V, Morrissey J. Ethnicity and prenatal depression: women's experiences and perspectives on communicating about their emotions and feelings during pregnancy. Patient Educ Couns. 2005;58(1):35-40.
27. Sword W, Heaman MI, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, et al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy Childbirth. 2012;12:29.
28. Ceulemans M, Van Calsteren K, Allegaert K, Foulon V. Beliefs about medicines and information needs among pregnant women visiting a tertiary hospital in Belgium. Eur J Clin Pharmacol. 2019;75(7):995-1003.
29. Barr WB. Why pregnancy care should be an essential part of family medicine training. Fam Med. 2005;37(5):364-6.
30. Samyn EB, H; De Sutter, A; Van Royen, P. Preconceptieadvies: Domus Medica; 2008 [updated June of 2011. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/preconceptieadvies.
31. De Loor N. Kwalitatief onderzoek naar gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: hoe denken huisartsen en gynaecologen in de regio Eeklo hierover? ICHO: Universiteit Gent; 2014.
32. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittdiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. Contraception. 2017;95(5):452-5.
33. Trusch B, Heintze C, Petelos E, Dini L. Collaboration amongst general practitioners and gynaecologists working in primary health care in Germany: a cross-sectional study. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e42.
34. Lang C, Gottschall M, Sauer M, Köberlein-Neu J, Bergmann A, Voigt K. [Interface Problems Between Inpatient, GP and Outpatient Specialist Care: Viewpoint of General Practitioners in Dresden]. Gesundheitswesen. 2019;81(10):822-30.
35. Everett CM, Christy J, Morgan PA, Docherty SL, Smith VA, Anderson JB, Jr., et al. When is caring sharing? Primary care provider interdependence and continuity of care. Jaapa. 2023;36(1):32-40.
36. Tsakitzidis G, Van Royen R. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg: Uitgeverij Van In; 2022.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: VERWIJSBRIEF VOOR DE GYNAECOLOOG DOMUS MEDICA

(die wordt meegegeven aan patiënten die akkoord gaan met een gedeelde begeleiding van hun zwangerschap)

Aan dr. .....

Geachte collega,

Betreft: ..... *(Naam zwangere)*

..... *(Adres zwangere)*

Antecedenten:

- Ziektes, operaties: .....
- GPAb:.....
- FA: ev. gekende congenitale afwijkingen, diabetes mellitus type II,...

.....

Chronische medicatie:

- Foliumzuur 0,4 mg, 1 x/dag

Levensgewoonten:

- Beroep /eventuele hobby's: .....
- Roken: .....
- Alcohol/drugs: .....

Ik verwijs u mevrouw ..... door voor medeopvolging van haar eerste/tweede/ ..... zwangerschap. Indien u akkoord gaat, kan de communicatie in verband met deze zwangerschap voornamelijk via het moederboekje van Kind en Gezin verlopen. De eerste dag van haar laatste menses was op ...../...../....., waardoor de vermoedelijke verlosdatum voorlopig ...../...../..... is.

RR: .....

Gewicht: .....

Lengte: .....

BMI: .....

Er gebeurde reeds een labo, waarvan het resultaat in bijlage.
Graag uitvoering van een eerstetrimesterechografie. Mevrouw en haar partner wensen (g)een vroege prenatale screening.
Ik zie mevrouw graag terug één maand na de eerste echo voor controle van bloeddruk en gewicht *(bij obesitas of ondergewicht)* en uitvoeren doptone.

Met dank en collegiale groeten,
Dr. .....

BIJLAGE 2: ZWANGERSCHAPSKALENDER ZORGPAD

ZWANGERSCHAPSKALENDER

Naam: ..... **Laatste menstruatie:** ..... **Verwachte bevallingsdatum:** .....

Consult: **Weken:**	1 + 2* **Rond 6 à 10 wk** HA of G* of VV*	3* + 4 **Vanaf 11 wk tot 14 wk** G	5 **Rond 16 wk** HA of VV	6* **Rond 20 wk** G	7* **Rond 24 tot 28 wk** HA of VV	8 **Rond 30 wk** G	9* **Na 32 wk** **1x / 2 à 3 wk** HA of VV	10 **Vanaf 37 wk** **1x / 1 à 2 wk** G
Datum: **Zorgverlener:**	....	....	....	....	....	....	....	....
Info en Voorlichting:	Diagnose en beleving -Actieve risico-opsporing* Info protocol en boekje -Toelichting prenatale screening -Advies levensstijl en voeding*	Beleving en klachten Evt. bespreking prenatale diagnose (1 wk na consult 3)	Beleving en klachten -Info kraamzorg*	Beleving en klachten	Beleving en klachten Nog geen vroedvrouw? Afspraak aanbevelen i.f.v. GVO* & postpartum zorg -Herinnering info kraamzorg* -Aanmelding K&G*	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* abdom./vaginaal		Echo 2: abdominaal	Tussenecho* (occasioneel)	Echo 3: abdominaal		
Labo:	Bloedafname 1* (nuchter) + laatste uitstrijkje in zwangerschaps-boekje	Prenatale screening*	Urinecultuur (screening asymptomatische 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 + Triaxis *	Vitamine D*	Vitamine D*	Vitamine D*

BIJLAGE 3: INFORMATIEBROCHURE GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING ZWANGERE VROUW



INFORMATIEBROCHURE GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING



Geachte mevrouw,

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

Via deze brief zouden wij u graag uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek van dr. Laurijn Durt hetwelk kadert in het behalen van het diploma tot huisarts.

U en uw kindje zullen de komende maanden goed opgevolgd worden om te verzekeren dat jullie beiden in goede gezondheid verkeren. Bij welke hulpverlener u dit doet (vroedvrouw, gynaecoloog of huisarts) kan u grotendeels zelf beslissen. Dit onderzoek gaat na welke keuze zwangere vrouwen maken en hoe we de communicatie omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding kunnen bevorderen.

Zo dadelijk wordt u geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden in zwangerschapsbegeleiding. Indien u ons toestemming verleent om deel te nemen aan het onderzoek, zal u gevraagd worden om onderstaande toestemmingsformulier te tekenen. Verder zal u gevraagd worden 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.

Neem voor u beslist deel te nemen aan deze studie voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie vragen wij u om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

BESCHRIJVING VAN DE STUDIE

Dit onderzoek kadert in het behalen van het diploma master-na-master in de huisartsgeneeskunde. Met dit onderzoek worden de ervaringen en standpunten van de deelnemers geëxploreerd over de interactieve communicatie tussen de huisarts, gynaecoloog en/of vroedvrouw en de gezonde zwangere vrouw. Het doel is na te gaan of een meer interactieve communicatie tussen de zorgverleners onderling en tussen zorgverlener en de zwangere vrouw helpend kan zijn in het uitbouwen van een gedeelde zwangerschapsopvolging. De gegevens voor dit onderzoek worden verzameld via een mondelinge of schriftelijke bevraging.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door de Commissie Ethische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen met als referentienummer 2021 - 1766

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Giannoula Tsakitzidis (promotor) en mevr. Natacha Van de Craen (co-promotor).

TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het onderzoek en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden

moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de begeleiding van gezonde zwangere vrouwen.

KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u en biedt evenmin een financieel voordeel.

VERTROUWELIJKHEID

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, wordt verwerkt met respect voor uw anonimiteit. De gegevens van het onderzoek zullen bewaard worden op de Onedrive van de Universiteit Antwerpen gedurende twintig jaar. Deze kan enkel geraadpleegd worden door Laurijn Durt (Huisarts in opleiding), dr. Giannoula Tsakitzidis (promoter Universiteit Antwerpen) en mevr. Natacha Van de Craen (co-promotor, Hogeschool AP). Derden hebben hier geen inkijk in. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor verwerking in alle documenten, rapporten of publicaties over de studie. Eventuele audio-opnames worden nadat ze schriftelijk zijn neergeschreven verwijderd. Na het beëindigen van de studie in april 2023 zullen deze gegevens overgedragen worden aan het archief van de Universiteit Antwerpen dewelke deze tot 20 jaar na het beëindigen van de studie zal bewaren. Uw gegevens zullen enkel en alleen gebruikt worden voor deze studie.

VERZEKERING

De opdrachtgever (i.e. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen) voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

CONTACTGEGEVENS ONDERZOEKER

Indien u de onderzoeker of haar team wenst te contacteren, kan dit via onderstaande contactgegevens:

Dr. Laurijn Durt
Telefoonnummer: 0495723824
E-mailadres: laurijn.durt@student.uantwerpen.be

BIJLAGE 4: GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING ZWANGERE VROUW

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Naam:

Voornaam:

Emailadres:

Gelieve aan te kruisen indien akkoord

- Ik heb het document 'informatiebrief voor de deelnemer' gelezen en begrepen en ik heb hiervan een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben over het verdere contact met de onderzoeker en haar team.
- Ik ben ingelicht over wat er met mijn gegevens gebeurt en dat deze anoniem verwerkt en bewaard worden.
- Ik stem ermee in dat mijn e-mailadres gebruikt wordt voor het versturen van eventuele extra informatie en de vragenlijsten.

Naam en voornaam deelnemer	Handtekening	datum
……		…/…/20..

Naam en voornaam arts-onderzoeker	Handtekening	datum
……		…/…/20..

BIJLAGE 5: INFORMATIEBROCHURE GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING ZORGVERLENER



Beste gynaecoloog,
Beste vroedvrouw,
Beste huisarts,

Sinds enkele jaren bestaat er een richtlijn van Domus Medica rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding. LMN Antwerpen - Berchem (nu eerstelijnszone Antwerpen) heeft hieromtrent een protocol opgesteld. We zien echter dat dit slechts gering in de praktijk gebracht wordt. Uit eerdere studies blijkt de afwezigheid van een duidelijk communicatiemiddel tussen de zorgverleners mede aan de basis te liggen. Deze studie tracht aldus meer inzicht te krijgen in de verschillende visies die leven onder ons, zorgverleners, omtrent de gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Daarnaast willen we nagaan of een meer interactieve communicatie tussen de zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de zwangere vrouw kan helpen bij het uitbouwen van een gedeelde zwangerschapsopvolging. Vanuit de interesse naar uw inzichten wordt u hierbij uitgenodigd deel te nemen aan deze masterproef met als titel:

HOE ALS HUISARTS DOELGERICHTE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING OPTIMALISEREN BIJ EEN NIET-RISICOVOLLE, FYSIOLOGISCHE ZWANGERSCHAP IN SAMENWERKING MET GYNAECOLOGEN EN VROEDVROUWEN?

We hopen hiermee een uitbreiding van het netwerk van geïnteresseerde, gemotiveerde en samenwerkende gynaecologen, huisartsen en/of vroedvrouwen te bekomen en een toename van het aantal contacten met elkaar.

Indien u akkoord gaat met de deelname, gelieve onderstaand Informed Consent formulier te ondertekenen.

Alvast erg bedankt,

Laurijn Durt – huisarts in opleiding
Giannoula Tsakitzidis – promotor (Universiteit Antwerpen)
Natacha Van Craen – co-promotor (AP Hogeschool)

BESCHRIJVING VAN DE STUDIE

De interventie zal bestaan uit het afnemen van gestandaardiseerde vragenlijsten op twee verschillende tijdstippen; deze nemen elk slechts een kwartier van jullie tijd in beslag. Nadien vindt er eenmalig voor de geïnteresseerden onder jullie een semi-gestructureerde interview/focusgroep plaats. Het interview zal ongeveer 15 minuten duren, de focusgroep 1,5 uur. Bij deze studie worden kosten noch risico's verwacht voor de participanten. Indien gewenst kan u zich op elk ogenblik uitschrijven.

Op basis van dit onderzoek en jullie inzichten hopen we zo, over een jaar, een advies te formuleren om de gedeelde zwangerschapsbegeleiding in de toekomst efficiënter te doen verlopen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door de Ethische Commissie verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen met als referentienummer 2021 – 1766.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Giannoula Tsakitzidis (promotor) en mevr. Natacha Van de Craen (co-promotor).

TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het onderzoek of zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de begeleiding van gezonde zwangere vrouwen.

KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u en biedt evenmin een financieel voordeel.

VERTROUWELIJKHEID

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, wordt verwerkt met respect voor uw anonimiteit. De gegevens van het onderzoek zullen bewaard worden op de Onedrive van de Universiteit Antwerpen gedurende twintig jaar. Deze kan enkel geraadpleegd worden door Laurijn Durt (Huisarts in opleiding), dr. Giannoula Tsakitzidis (promoter Universiteit Antwerpen) en mevr. Natacha Van de Craen (co-promotor, Hogeschool AP). Derden hebben hier geen inkijk in. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor verwerking in alle documenten, rapporten of publicaties over de studie. Eventuele audio-opnames worden nadat ze schriftelijk zijn neergeschreven verwijderd. Na het beëindigen van de studie in april 2023 zullen deze gegevens overgedragen worden aan het archief van de Universiteit Antwerpen dewelke deze tot 20 jaar na het beëindigen van de studie zal bewaren. Uw gegevens zullen enkel en alleen gebruikt worden voor deze studie.

VERZEKERING

De opdrachtgever (i.e. Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen) voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

CONTACTGEGEVENS ONDERZOEKER

Indien u de onderzoeker of haar team wenst te contacteren, kan dit via onderstaande contactgegevens:

Dr. Laurijn Durt, telefoonnummer: 0495723824, e-mailadres: laurijn.durt@student.uantwerpen.be

BIJLAGE 6: GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING ZORGVERLENER

GËINFORMEERDE TOESTEMMING

Naam:

Voornaam:

Emailadres:

Gelieve aan te kruisen indien akkoord

- Ik heb het document 'informatiebrief voor de deelnemer' gelezen en begrepen en ik heb hiervan een kopij gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben over het verdere contact met de onderzoeker en haar team.
- Ik ben ingelicht over wat er met mijn gegevens gebeurt en dat deze anoniem verwerkt en bewaard worden.
- Ik stem ermee in dat mijn e-mailadres gebruikt wordt voor het versturen van eventuele extra informatie en de vragenlijsten.

Naam en voornaam deelnemer	Handtekening	datum
……		…/…/20..

Naam en voornaam onderzoeker	Handtekening	datum
……		…/…/20..

BIJLAGE 7: VRAGENLIJST GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING HUISARTS

DEEL 1 : ALGEMENE INFORMATIE

Leeftijd? …….

Geslacht:

☐ Man

☐ Vrouw

☐ Ik blijf liever genderneutraal

U werkt in functie van:

☐ Huisarts

Hoeveel jaren ervaring in het werkveld heeft u? .....

☐ HAIO

Hoeveel jaar bent u reeds actief als huisarts? …….

U werkt in een:

☐ Solopraktijk

☐ Duopraktijk

☐ Groepspraktijk

☐ Medisch huis

☐ Ander: ……

Heeft u reeds actief deelgenomen aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding?

☐ Ja

☐ Neen

Indien u 'Neen' heeft geantwoord, wat heeft hiertoe geleid? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

→ Indien niet van toepassing, ga naar de volgende vraag.

☐ De tijd ontbreekt me

☐ Ik heb geen interesse in zwangerschapsbegeleiding

☐ Ik vind het geen taak voor een huisarts, eerder voor de specialist

☐ Het biedt zich niet veel aan

☐ Ik voel me niet vertrouwd met deze materie

☐ De communicatie met de andere zorgverleners stroef verloopt

☐ Er zijn geen duidelijke richtlijnen of afbakening van taken

☐ Andere: ……

Indien u actief bent in het beoefenen van een gedeelde zwangerschap; hoeveel zwangerschappen begeleid je jaarlijks?

☐ < 5

☐ 5-10

☐ 11-20

☐ > 20

Ik doe aan zwangerschapsbegeleiding omdat: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

☐ Ik gevraagd werd door een patiënte
☐ Ik me graag verdiep in dit aspect van de geneeskunde
☐ Ik vind dat dit de therapeutische relatie met de patiënt bevordert
☐ Ik vind dat het weer meer naar de eerste lijn moet komen

Ik beschik over een Doptonetoestel:

☐ Ja
☐ Neen

Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan de andere betrokken hulpverleners?

☐ Zwangerschapsboekje
☐ Helena
☐ HUB
☐ Papieren verslagen van mijn consultaties
☐ Andere: …….

DEEL 2: STELLINGEN ROND COMMUNICATIE TIJDENS GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

	Helemaal oneens eens					Helemaal
	1	2	3	4	5	NVT
De huidige richtlijnen/zorgpad rond gedeelde zwangerschaps-begeleiding is duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Overbodige consulten komen hierdoor minder voor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben voldoende geïnformeerd omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De taken zijn duidelijk afgebakend bij de gedeelde zwangerschapsbegeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De communicatie met de andere zorgverleners verloopt goed	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zou graag hebben dat de informatie omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding meer/beter verspreid wordt (via folders, websites, affiches)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De informatie omtrent gedeelde zwangerschap is makkelijk te raadplegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het zwangerschapsboekje lijkt me een voldoende middel om de communicatie tussen verschillende zorgverleners tot stand te brengen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb liever een app waar ik, de zwangere vrouw en de andere zorgverleners het zwangerschaps-verloop kunnen bijhouden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Een richtlijn omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding voor de huisarts, vroedvrouw én gynaecoloog lijkt me interessant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb vertrouwen in een gedeelde opvolging	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog opmerkingen, noteer ze dan hier:

……

……

……

……

……

Tot slot, mogen wij u in de toekomst contacteren voor een verdiepend (focus)gesprek?

☐ Ja
☐ Neen

BIJLAGE 9: VRAGENLIJST GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING VROEDVROUW

DEEL 1 : ALGEMENE INFORMATIE

Leeftijd? ……..

Geslacht:

☐ Man
☐ Vrouw
☐ Ik blijf liever genderneutraal

U werkt in functie van:

☐ Vroedvrouw

Hoeveel jaren ervaring in het werkveld heeft u? .....

☐ Vroedvrouw in opleiding

In welk opleidingsjaar bevindt u zich? ……

U werkt in een:

☐ Solitiair ziekenhuisverband
☐ Solopraktijk + ziekenhuis
☐ Duopraktijk + ziekenhuis
☐ Groepspraktijk + ziekenhuis
☐ Solitiair zelfstandige praktijk
☐ Ander: ……

Heeft u reeds actief deelgenomen aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding met de gynaecoloog/huisarts?

☐ Ja
☐ Neen

Indien u 'Neen' heeft geantwoord, wat heeft hiertoe geleid? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

→ Indien niet van toepassing, ga naar de volgende vraag.

☐ Ik ontbreek de tijd
☐ Ik heb geen interesse
☐ Ik vind dit de taak van de gynaecoloog
☐ Het biedt zich niet veel aan
☐ Ik voel me niet vertrouwd met deze materie
☐ De communicatie met de andere zorgverleners stroef verloopt
☐ Geen duidelijke richtlijnen of afbakening van taken
☐ Andere: ……

Indien u actief bent in het beoefenen van een gedeelde zwangerschap; hoeveel zwangerschappen begeleid je er jaarlijks?

☐ < 5
☐ 5-10
☐ 11-20
☐ > 20

Ik doe aan zwangerschapsbegeleiding, omdat: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Ik gevraagd werd door een patiënte
- ☐ Ik me graag verdiep in het volledig, fysiologisch verloop van de zwangerschap
- ☐ Ik vind dat dit de therapeutische relatie met de patiënt bevordert
- ☐ Ik vind dat het weer meer naar de eerste lijn moet komen

Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan de andere betrokken hulpverleners?

- ☐ Zwangerschapsboekje
- ☐ Helena
- ☐ HUB
- ☐ Papieren verslagen van mijn consultaties
- ☐ Andere: …….

DEEL 2: STELLINGEN ROND COMMUNICATIE TIJDENS GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

	Helemaal oneens				Helemaal eens	
	1	2	3	4	5	NVT
De richtlijnen/zorgpad rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding is duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Overbodige consulten komen hierdoor minder voor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben voldoende geïnformeerd omtrent gedeelde zwangerschaps-begeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De taken zijn duidelijk afgebakend bij de gedeelde zwangerschaps-begeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De communicatie met de andere zorgverlener verloopt goed	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zou graag hebben graag hebben dat de informatie omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding meer/beter verspreid wordt (via folders, websites, affiches)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De informatie omtrent gedeelde zwangerschap is makkelijk te raadplegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het zwangerschapsboekje lijkt me een voldoende middel om de communicatie tussen verschillende zorgverleners tot stand te brengen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb liever een app waar ik, de zwangere vrouw en de andere zorgverleners het zwangerschaps-verloop kunnen bijhouden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Een richtlijn omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding voor de huisarts, vroedvrouw én gynaecoloog lijkt me interessant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb vertrouwen in een gedeelde opvolging	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog andere opmerkingen, noteer ze dan hier:

……

……

……

……

……

Tot slot, mogen wij u in de toekomst contacteren voor een verdiepend (focus)gesprek?

☐ Ja
☐ Neen

BIJLAGE 9: VRAGENLIJST GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING GYNAECOLOOG

DEEL 1 : ALGEMENE INFORMATIE

Leeftijd? ……..

Geslacht:

☐ Man
☐ Vrouw
☐ Ik blijf liever genderneutraal

U werkt in functie van:

☐ Gynaecoloog

Hoeveel jaren ervaring in het werkveld heeft u? .....

☐ ASO

In welk opleidingsjaar bevindt u zich? …….

U werkt in een:

☐ Solitiair ziekenhuisverband
☐ Solo-/duopraktijk
☐ Solopraktijk + ziekenhuis
☐ Duopraktijk + ziekenhuis
☐ Groepspraktijk + ziekenhuis
☐ Ander: ……

Heeft u reeds actief deelgenomen aan een gedeelde zwangerschapsbegeleiding met de huisarts/vroedvrouw?

☐ Ja
☐ Neen

Indien u 'Neen' heeft geantwoord, wat heeft hiertoe geleid? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

→ Indien niet van toepassing, ga naar de volgende vraag.

☐ Ik heb geen interesse
☐ Ik vind dat dit ten koste gaat van de therapeutische relatie met de patiënt
☐ Ik vind het geen taak voor een huisarts/vroedvrouw
☐ Het wordt niet vaak aangeboden door de patiënt/huisarts/vroedvrouw
☐ De communicatie met de andere zorgverleners stroef verloopt
☐ Er zijn geen duidelijke richtlijnen of afbakening van taken
☐ Andere: ……

Indien u actief bent in het beoefenen van een gedeelde zwangerschap; hoeveel zwangerschappen begeleid je jaarlijks?

☐ < 5
☐ 5-10
☐ 11-20
☐ > 20

Ik doe aan zwangerschapsbegeleiding, omdat: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Ik gevraagd werd door een patiënte
- ☐ Ik vind het handig dat de zorg gedeeld kan worden, het maakt de agenda wat lichter
- ☐ Ik zo betere zorg kan bieden aan de patiënt
- ☐ Ik vind dat het meer naar de eerste lijn moet gaan
- ☐ Andere: ……..

Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan de andere betrokken hulpverleners?

- ☐ Zwangerschapsboekje
- ☐ Helena
- ☐ HUB
- ☐ Papieren verslagen van mijn consultaties
- ☐ Andere: …….

DEEL 2: STELLINGEN ROND COMMUNICATIE TIJDENS GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

	Helemaal oneens				Helemaal eens	
	1	2	3	4	5	NVT
De richtlijnen/zorgpad rond gedeelde zwangerschapsbegeleiding is duidelijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Overbodige consulten komen hierdoor minder voor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben voldoende geïnformeerd omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De taken zijn duidelijk afgebakend bij de gedeelde zwangerschapsbegeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De communicatie met de andere zorgverlener verloopt goed	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zou graag hebben graag hebben dat de informatie omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding meer/beter verspreid wordt (via folders, websites, affiches)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De informatie omtrent gedeelde zwangerschap is makkelijk te raadplegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Het zwangerschapsboekje lijkt me een voldoende middel om de communicatie tussen verschillende zorgverleners tot stand te brengen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb liever een app waar ik, de zwangere vrouw en de andere zorgverleners het zwangerschaps-verloop kunnen bijhouden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Een richtlijn omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding voor de huisarts, vroedvrouw én gynaecoloog lijkt me interessant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb vertrouwen in een gedeelde opvolging	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog andere opmerkingen, noteer ze dan hier:

……

……

……

……

……

……

Tot slot, mogen wij u in de toekomst contacteren voor een verdiepend (focus)gesprek?

☐ Ja
☐ Neen

BIJLAGE 10: VRAGENLIJST GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING ZWANGERE VROUW

DEEL 1 : ALGEMENE INFORMATIE

Leeftijd:
Nationaliteit:
Moedertaal:
Burgelijke staat: ☐ Gehuwd ☐ Samenwonend ☐ Relatie ☐ Alleenstaand ☐ Weduwe ☐ Ander: ……
Beroep: ☐ Zelfstandige ☐ Bediende ☐ Arbeider ☐ Huisvrouw ☐ Student ☐ Werkzoekend ☐ Invaliditeit ☐ OCMW afhankelijk ☐ Ander: ……..

Is dit uw eerste zwangerschap?

☐ Ja
☐ Neen

Indien u 'Ja' heeft geantwoord, ga verder naar deel 2 van de vragenlijst.

Indien 'Neen', wie volgde uw vorige zwangerschap(pen) op? Vul onderstaande tabel in.

	Kind 1	**Kind 2**	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5 (/+)**
Gynaecoloog	☐	☐	☐	☐	☐
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
(zelfstandige) Vroedvrouw	☐	☐	☐	☐	☐

Indien u reeds een gedeelde zwangerschapsbegeleiding genoot, welk communicatiemiddel gebruikten de zorgverleners om uw verloop van de zwangerschap in beeld te brengen?

☐ Mijn zwangerschapsboekje
☐ Papieren verslagen
☐ Helena (verbonden aan het huisartsen-/ziekenhuissysteem)
☐ HUB, CoZo (via mijngezondheid.be)
☐ Ik heb hier geen weet van
☐ Andere: ……..

DEEL 2: COMMUNICATIE GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

1. Heeft u al eerder gehoord van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding tussen zorgverleners?

☐ Ja
☐ Neen

Zo ja, van wie had je hiervan gehoord?

☐ Een zorgverlener tijdens een eerdere zwangerschap
  - Gynaecoloog
  - Huisarts
  - Vroedvrouw
  - Andere: …….
☐ Een familielid/vriend(in)
☐ De (sociale) media
☐ Andere: ……

Zo neen:

Na de uitleg over zwangerschapsopvolging, die ik kreeg, verkies ik tijdens de huidige zwangerschap opgevolgd te worden door:

☐ Uitsluitend de gynaecoloog
☐ Een gedeelde opvolging door:
  - gynaecoloog en huisarts
  - gynaecoloog en vroedvrouw
  - gynaecoloog, vroedvrouw en huisarts

2. De informatie omtrent gedeelde zwangerschapsbegeleiding gebeurde:
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Mondeling
☐ Via een informatiebrief
☐ Via een folder
☐ Via een website
☐ Andere:……

3. Ik kies voor opvolging uitsluitend door de gynaecoloog omdat:
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Deze specialist is in de materie
☐ Ik graag één specialist heb die me begeleidt tijdens de zwangerschap
☐ Ik graag bij elke consultatie een echo krijg (> 3)
☐ Ik een goede therapeutische relatie ken met mijn gynaecoloog
☐ Andere: ……

Indien u koos voor een begeleidend traject via de gynaecoloog, ga verder naar ‘Deel 3’.

4. Ik verkies een gedeelde opvolging in plaats van een opvolging louter door gynaecoloog, omdat:
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Ik een goede therapeutische relatie heb/kan aangaan met de huisarts/vroedvrouw
☐ Ik sneller/gemakkelijker terecht kan bij de huisarts/vroedvrouw
☐ Ik de kosten wil drukken doorheen mijn zwangerschap
☐ Andere: ……

5. Ik koos voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding:

De uitleg die gegeven werd rond gedeelde opvolging was helder. Ik ken bij deze mijn opties:

☐ Ja
☐ Neen

Indien neen, wat ontbrak nog in de informatie:

……

……

……

6. Ik ken het verdere verloop van de opvolging:
   (vastgelegde afspraken bij de verschillende zorgverlener met datum en tijdstip)

☐ Ja
☐ Neen

Indien 'Neen', wat was onvoldoende duidelijk?

……

……

……

DEEL 3: STELLINGEN ROND GEDEELDE ZWANGERSCHAPSBEGELEIDING

	Helemaal oneens				Helemaal eens
	1	2	3	4	5
De mondelinge informatie over gedeelde opvolging gaf me meer inzicht in welke hulpverleners mij kunnen begeleiden in de zwangerschap	☐	☐	☐	☐	☐
Deze informatie heeft mijn keuze in opvolging beïnvloed	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zal deze informatie delen met vrienden/familie	☐	☐	☐	☐	☐
Ik zou graag hebben dat de informatie meer/beter verspreid wordt (via folders, websites, affiches)	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het belangrijk kosten te kunnen drukken tijdens de zwangerschap	☐	☐	☐	☐	☐
Ik wens enkel onderzoeken die medisch nodig zijn	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben geïnteresseerd in een gedeelde zwangerschapsbegeleiding	☐	☐	☐	☐	☐
Het zwangerschapsboekje lijkt me een voldoende middel om de communicatie tussen verschillende zorgverleners tot stand te brengen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb liever een app waar ik en de verschillende zorgverleners mijn zwangerschapsverloop kunnen bijhouden	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb vertrouwen in een gedeelde opvolging	☐	☐	☐	☐	☐

Tot slot, mogen wij u in de toekomst contacteren voor een verdiepend gesprek?

☐ Ja
☐ Neen

Zo ja, laat hier uw contactgegevens achter (e-mailadres):

……

BIJLAGE 11: CODELIJST THEMATISCHE ANALYSE

HOOFDTHEMA'S

T1: Ervaring gedeelde zwangerschapsbegeleiding
T2: Zorgpad/richtlijnen
T3: Communicatiemiddel
T4: Communicatie zorgverleners

SUBTHEMA'S

T1a: definitie gedeelde ZWPB
T1b: redenen waarom er niet aan gedeelde ZWPB wordt gedaan
T1c: redenen waarom er wel aan gedeelde ZWPB wordt gedaan
T1d: verspreiding informatie gedeelde ZWPB
T1e: takenpakket zorgverlener
T1f: doppler/doptone
T1g: gevolgen van meer toepassing gedeelde ZWPB
T1h: tijd voor gedeelde ZWPB
T1i: welke fase van de ZWP komen vrouwen terecht bij de VV

T2a: kennis richtlijn/zorgpad
T2b: beschikbaarheid/zichtbaarheid zorgpad/richtlijnen?
T2c: interesse gezamenlijke richtlijn
T2d: lacunes zorgpad
T2e: overbodige consulten

T3a: redenen om voor het ZWP-boekje te kiezen + tevredenheid
T3b: alternatieve ideeën voor zwangerschapsboekje

T4a: ervaring communicatie met zorgverleners
T4b: kennismaking met de mede-collega