Vrouwen (aan de) praat

Kwalitatief onderzoek naar de Born in Belgium Professionals tool in de huisartspraktijk

Jana Decuypere, Universiteit Gent

Hanne Lagrou, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. S. Heytens
Copromotor: Dr. V. Piessens

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024-2025

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, wend u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Context
Perinatale psychosociale risicofactoren en stoornissen zijn zeer prevalent en hebben belangrijke negatieve gevolgen voor de ouders, het kind en de maatschappij. 50 tot 75% van de perinatale psychosociale risicofactoren en stoornissen worden niet gedetecteerd. In de literatuur worden de volgende barrières beschreven: onvoldoende kennis en bewustzijn, taboe, tijdsgebrek, financiële problemen en beperkte doorverwijsmogelijkheden. Voor de huisarts met een langdurige vertrouwensrelatie en regelmatige zorgcontacten is het zwangerschapsconsult de ideale gelegenheid om psychosociaal welzijn te bespreken. Er zijn enkele screeningstools beschikbaar, maar hun validiteit is tot nu toe onvoldoende onderzocht. De Born in Belgium Professionals (BiB) tool is een digitaal platform dat recent in opdracht van het RIZIV binnen een interfederaal zorgprogramma ontwikkeld werd. Het integreert een screeningstool en klinische zorgpaden in een samenwerkingsplatform met alle zorgverleners rond de zwangere.

Onderzoeksvraag
Hoe ervaren huisartsen en zwangere vrouwen (en hun partner) het screenen met de BiB tool naar psychosociale risicofactoren in de perinatale periode?

Methode
Gemotiveerde huisartsen passen gedurende minstens vijf maanden de BiB tool toe in hun praktijk. Na de screening nodigen de huisartsen de betrokken vrouwen en hun partner uit om aan dit onderzoek deel te nemen. Aan de hand van semigestructureerde interviews bij 12 huisartsen en 8 vrouwen worden hun ervaringen met de tool bevraagd.

Resultaten
Aan de hand van een thematische analyse worden zestien thema's uit de interviews geëxtraheerd die in 3 clusters worden georganiseerd. In de eerste cluster wordt de context van de zwangerschapsopvolging verduidelijkt. De praktische aspecten bij het gebruik van de tool (administratieve en juridische aspecten bij de opstart, technische aspecten, tijd en timing) worden beschreven in cluster twee. In de derde cluster komen de beleving en de reflecties aan bod. De BiB tool kan helpen in het creëren van een opening om psychosociaal welzijn te bespreken. Maar zowel de huisartsen als de vrouwen ervaren de tool te veel als een checklist en missen de mogelijkheid tot contextualisatie en nuancering.

Conclusie
Ondanks de grote motivatie van de huisartsen botsen ze toch op barrières die een langdurig en consequent gebruik van de BiB tool verhinderen. Om de verantwoordelijkheid voor de screening op zich te nemen kijken de hulpverleners intra- en interdisciplinair naar elkaar. Bovendien blijkt het betrekken van de partner een uitdaging. Er worden enkele aanbevelingen gegeven voor de verdere ontwikkeling en de implementatie van de BiB tool. Er is nog verder onderzoek nodig naar interventies die de preventieve en interdisciplinaire zorg tijdens 'de eerste 1000 dagen' kunnen verbeteren.

Voorwoord

Deze masterproef kadert binnen de opleiding Master-na-master in de Huisartsgeneeskunde en is de optelsom van vele jaren kennis vergaren. Een gedeelde interesse in de begeleiding en de opvolging van zwangere vrouwen en in de mentale gezondheid in het algemeen brachten ons samen om dit onderzoekswerk aan te vatten. Jana's vooropleiding psychologie, haar beleving als mama van twee jonge kindjes en de ervaring van Hanne bij Kind & Gezin wakkerden onze belangstelling voor dit onderwerp aan. Kwalitatief onderzoek was niet onze eerste keuze en we raakten meermaals verwikkeld in een situatie zoals de processie van Echternach. Toch werd een tak een (denk)boom die leidde naar ons uiteindelijke resultaat. We zouden het bos door de bomen nooit hebben gezien zonder de hulp en de ondersteuning die we vanuit verschillende hoeken mochten ervaren. Onze dank gaat dan ook uit naar een aantal mensen die ons bij de realisatie van dit werk heel hard geholpen hebben.

Eerst en vooral willen we graag onze copromotor Dr. Veerle Piessens bedanken voor de vele tijd en energie die zij heeft willen spenderen in het uitdiepen en heroriënteren van onze onderzoeksvraag, voor de hulp die ze ons bood om ons pad binnen het kwalitatief onderzoek uit te tekenen en aan te houden en voor de constructieve feedback. Zonder haar laagdrempelige begeleiding, onomwonden mening en haar motiverend enthousiasme waarop wij altijd konden rekenen, zou dit werk zeker niet mogelijk geweest zijn.

Graag willen we ook Prof. Dr. Katrien Beeckman, dr. An-Sofie Van Parys en hun team bedanken voor de uitzonderlijke kans die we kregen, om aan onderzoek rond de Born in Belgium tool deel te nemen en om ons hierin te begeleiden. De participatie aan een innovatief multidisciplinair project in het perinatale werkgebied situeert zich immers helemaal binnen ons interesseveld.

Grote dank aan de huisartsen die aan deze studie deelgenomen hebben. Ook de participerende vrouwen willen we oprecht bedanken. Door hun medewerking en openhartigheid over thema's die toch nog wat in de taboesfeer hangen, kregen we meer zicht op hun noden en verwachtingen en hopen we zo ons steentje bij te dragen richting meer "vrouwen (aan de) praat".

Graag willen we ook onze familie en vrienden bedanken en in het bijzonder onze ouders en partners, Hendrik en Amedeo. Zij stonden in voor de opvang van de hieronder genoemde mascottes, maar we zijn hen vooral dankbaar voor hun bodemloze begrip en onvoorwaardelijke steun.

De thesis bleek een uitdaging qua tijdsinvestering, maar was gezien onze blijvende interesse, motivatie en fijne onderlinge samenwerking geen opgave. Een gezonde kritische ingesteldheid zowel tegenover eigen als tegenover andermans werk vormde helemaal geen bedreiging voor onze vriendschap, maar heeft die zelfs versterkt. Naast denkwerk werd ook lief en leed gedeeld, al dan niet in het gezelschap van onze fantastische mascottes, Atlas en Robi. Hun kinderlijk enthousiasme werkte bij ons heel aanstekelijk.

Inhoudstafel

Abstract **1**
Voorwoord **2**
Inhoudstafel **3**
Afkortingen **5**
Inleiding **6**
Perinatale psychosociale risicofactoren en stoornissen 6
Definitie 6
Prevalentie 7
Gevolgen 7
Onderdetectie en onderbehandeling 8
Onderdetectie 8
Onderbehandeling 8
Literatuuronderzoek naar barrières 9
Screeningsinstrumenten 11
Situatie in de huisartspraktijk in Vlaanderen 12
Born in Belgium Professionals (BiB) tool 12
Onderzoeksvraag **15**
Methode **16**
Onderzoeksopzet 16
Rekruteringsproces 16
In- en exclusiecriteria 16
Huisartsen 16
Zwangere vrouwen en partners 17
Rekrutering en informed consent procedure 17
Huisartsen 17
Zwangere vrouwen en partners 17
Opvolging 18
Inhoud en vorm van de interviews 18
Datacollectie, dataverwerking en analyse 18
Resultaten **19**
Deelnemers 19
Huisartsen 19
Vrouwen 21
Thematische analyse: ervaringen bij het gebruik van de BiB tool 22
Cluster 1: context van zwangerschapsopvolging 23
Thema 1: wie volgt de zwangerschap op? 23
Thema 2: bespreekbaarheid van psychosociaal welzijn 25
Cluster 2: praktische aspecten bij het gebruik van de BiB tool 27
Thema 1: administratieve en juridische aspecten bij de opstart 27
Thema 2: technische aspecten 28
Thema 3: tijd 28
Thema 4: timing 29

Cluster 3: beleving en reflecties bij het gebruik van de BiB tool....30
Thema 1: verantwoordelijkheid voor psychosociale screening....31
Thema 2: ervaringen met de screening....33
Thema 3: communicatieve drempels en facilitatoren....34
Thema 4: taalbarrière....35
Thema 5: taboe....36
Thema 6: partner....36
Thema 7: betrouwbaarheid van probleemidentificatie....38
Thema 8: ervaringen met het samenwerkingsplatform....39
Thema 9: privacy....41
Thema 10: opvolging....42
Discussie....43
Samenvatting van de bevindingen en toetsing aan de literatuur....43
Samenvatting van de bevindingen....43
Literatuur naar de barrières....44
Partner....45
Opvolging....45
Eigenaarschap van verantwoordelijkheid....46
Sterktes en limitaties van deze studie....46
Sterktes....47
Limitaties....47
Onderzoekspopulatie....47
Uitvoering van de semigestructureerde interviews....48
Context....48
Relevantie van het onderzoek en aanbevelingen....48
Aanbevelingen voor de BiB tool....49
Aanbevelingen voor verder onderzoek....50
Conclusie....51
Referenties....52
Bijlagen....58
Bijlage 1: goedkeuring ethisch comité....58
Bijlage 2: informed consent form artsen....61
Bijlage 3: informed consent form vrouwen....67
Bijlage 4: informatiebrief huisartsen....72
Bijlage 5: informatiebrief vrouwen....74
Bijlage 6: interview guide huisartsen....76
Bijlage 7: interview guide vrouwen....78
Bijlage 8: registratiedocument artsen....80
Bijlage 9: denkboom QUAGOL methode huisartsen....82
Bijlage 10: denkboom QUAGOL methode vrouwen....83
Bijlage 11: NVivo codes huisartsen....84
Bijlage 12: NVivo codes vrouwen....85

Afkortingen

95%-BI	95% betrouwbaarheidsinterval
BiB tool	Born in Belgium Professionals tool
CAW	Centrum algemeen welzijnswerk
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^{e} editie
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GAD	General anxiety disorder scale
GDPR	General data protection regulation
ICF	Informed Consent Form
MeSH	Medical subject headings
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PMS	Perinatale mentale stoornissen
QUAGOL	Qualitative Analysis Guideline of Leuven
RCT	randomised controlled trial
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WHO	World Health Organisation, Wereldgezondheidsorganisatie

Inleiding

De zwangerschap en postpartumperiode zijn een groot *life-event* en brengen aanzienlijke uitdagingen met zich mee op biologisch, psychologisch en sociaal vlak (1,2). Zowel in het wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk gaat veel aandacht naar de biologische opvolging van de zwangere/bevallen vrouw. Meer en meer wordt ook het psychosociaal welzijn in rekening gebracht. Voor ouders die vatbaar zijn voor psychische aandoeningen, kan het ouderschap aanleiding geven tot een verhoogd risico op het ontstaan van psychische stoornissen (1), waarbij belangrijke negatieve gezondheidsconsequenties voor ouders en kind, maar ook grote financiële implicaties voor de maatschappij beschreven worden (2).

Deze inleiding is gebaseerd op een uitgebreide literatuurstudie. Aan de basis van de literatuurstudie ligt de richtlijn Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen van Van Damme et al. (3). Dit overzichtswerk werd opgemaakt door een multidisciplinair team van sleutelfiguren in de perinatale geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Op basis van de referentielijst bekwamen we nog meer relevante literatuur. Als selectiecriteria werd vooropgesteld dat het recente publicaties zijn (minder dan 20 jaar oud) en dat de publicaties in België toepasbaar zijn in de eerste lijn. Via de Pubmed, Cebam Digital Library for Health en Cochrane database en Google Scholar zochten we naar wetenschappelijke literatuur betreffende de screening naar psychosociale risicofactoren in de perinatale periode.

Hierbij gebruikten we als zoektermen (omgezet in MeSH-termen): ‘general practice’, ‘perinatal mental health’ en ‘qualitative’. Via de sneeuwbalmethode werd uit de referentielijsten van de gevonden artikelen verdere relevante literatuur bekomen. In september 2024 herhaalden we deze zoekopdracht om de recentste literatuur over dit thema te kunnen integreren. Ook de beschikbare huisartsenrichtlijnen ‘Zwangerschapsbegeleiding’ van Domus Medica, ‘Zwangerschap en Kraamperiode’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en ‘Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance’ van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) werden nagekeken. Onze copromotor reikte ons twee sleutelartikelen betreffende de Amerikaanse en Canadese adviezen rond preventie (4,5) aan. Zij keek ook de kwaliteit van de publicaties na.

Perinatale psychosociale risicofactoren en stoornissen

Definitie

Perinatale psychosociale risicofactoren zijn een ruim begrip en omvatten alle psychologische, sociale en emotionele factoren die geassocieerd zijn met een slechtere peripartale *outcome*. In de wetenschappelijke literatuur spreekt men vaak over ‘psychosociale kwetsbaarheden’. Het begrip is echter niet goed afgelijnd en verschillende onderzoekers vullen dit concept anders in (6).

Perinatale mentale stoornissen (PMS) zijn psychische aandoeningen die voorkomen tijdens de zwangerschap tot één jaar na de bevalling (7). Voor de postpartumperiode worden verschillende definities gehanteerd: variërend van vier weken tot één jaar na de bevalling

(7). Het is een overkoepelende term die zowel voorafbestaande aandoeningen als aandoeningen die zich tijdens of na de zwangerschap ontwikkelen, omvat (7). Hieronder vallen peripartum depressie, angststoornissen en psychotische stoornissen, maar ook de minder onderzochte posttraumatische stressstoornis en eetstoornissen (7,8). De zogenaamde babyblues, m.n. de stemmingswisselingen, angstgevoelens, huilen en slapeloosheid die pas bevallen vrouwen zeer frequent ervaren (typisch vanaf de derde dag postpartum) en die spontaan verdwijnen (typisch rond de tweede week na de bevalling), worden hier meestal niet bij gerekend, maar kunnen differentiaaldiagnostisch wel een uitdaging vormen (7).

Prevalentie

Psychosociale risicofactoren zijn zeer prevalent tijdens de zwangerschap en de postpartumperiode. In 2021 werden 13% van de Vlaamse kinderen in kansarmoede geboren (9). Volgens een studie in vijf Oost-Vlaamse gynaecologische ziekenhuisdiensten uit 2017 rapporteren 3.4% van de vrouwen dat ze tijdens de zwangerschap slachtoffer waren van intrafamiliaal geweld. Slechts 19.2% van die vrouwen zocht hulp (10). In het Brusselse Sint-Pietersziekenhuis geeft 11% van de vrouwen aan dat ze huiselijk geweld tijdens de zwangerschap meegemaakt hebben (11). Wereldwijd liggen - afhankelijk van de gebruikte definitie - de prevalentiecijfers van PMS tussen 10% en 20% (12).

Er is een toenemende wetenschappelijke en maatschappelijke interesse voor perinatale mentale klachten waarbij de focus vaak ligt op postnatale depressie (5,13). Wellicht is er een onderschatting van de prevalentie van andere mentale stoornissen zoals angst- of eetstoornissen, posttraumatische stressstoornissen of middelenmisbruik (13). Internationaal zijn er algemeen hogere scores in lage- en middeninkomenslanden (14). Door verschillen in definitie, gebruikte instrumenten en hun cut-offscores is de interpretatie van prevalentiecijfers voor perinatale mentale stoornissen uitdagend (15,13). Ook bij vaders treft men hoge cijfers aan. De prevalentie van paternale perinatale depressie wordt geschat op 5 tot 10% (16). De sterkste voorspeller voor een paternale depressie is een maternale depressie. De incidentie van paternale depressie bij mannen van wie hun partner een depressie doormaakt, schat men op 24-50% (17).

Gevolgen

Perinatale psychosociale problemen komen veel voor en ze hebben belangrijke negatieve consequenties voor de ouders, het kind en de maatschappij. Psychosociale risicofactoren verhogen de kans op PMS. De sterkste psychosociale voorspellers van PMS zijn een voorgeschiedenis van mentale stoornissen (vooral bipolaire stoornis), intrafamiliaal of seksueel geweld, ongeplande zwangerschap, laag zelfbeeld, stressvolle levensgebeurtenissen, traumatische bevalling, lage sociaal-economische status, onvoldoende financiële of sociale steun en tienerzwangerschap (4,7,18,19).

PMS worden in verband gebracht met negatieve uitkomsten op biologisch, psychologisch en sociaal vlak. Zo stelt men meer prematuriteit, een lager geboortegewicht (20), een minder veilige hechting tussen ouders en kind (21) en meer intrafamiliaal geweld (22) vast. Zelfmoord is tot één jaar na de bevalling één van de belangrijkste doodsoorzaken bij vrouwen (13). Belgische cijfers tonen aan dat 10% van de maternale sterfte te wijten is aan

zelfmoord. Na verloskundige complicaties en neoplasieën is zelfmoord de derde belangrijkste doodsoorzaak (23). Cohortonderzoek in Nederland toont aan dat de moedersterfte in de afgelopen jaren is gedaald, maar dat het aandeel suïcide in de maternale sterfte van 18% (in de periode 1996-2005) naar 28% (in de periode 2006-2020) gestegen is. Vooral laagopgeleide vrouwen zijn at risk (24). Uit een rapport uit het Verenigd Koninkrijk dat in 2021 gepubliceerd werd, blijkt dat van alle maternale sterfte tussen zes weken en één jaar na de bevalling 23% gerelateerd is aan mentale gezondheid, met zelfmoord als grootste aandeel. Volgens deze cohortstudie zijn vooral jonge moeders en moeders van kleur at risk (25).

Voor de maatschappij hebben PMS grote financiële implicaties. In 2016 schatte men in het Verenigd Koninkrijk de extra gezondheidskosten gerelateerd aan een perinatale depressie voor één patiënt over het hele leven op €90 000 (26).

Onderdetectie en onderbehandeling

Onderdetectie

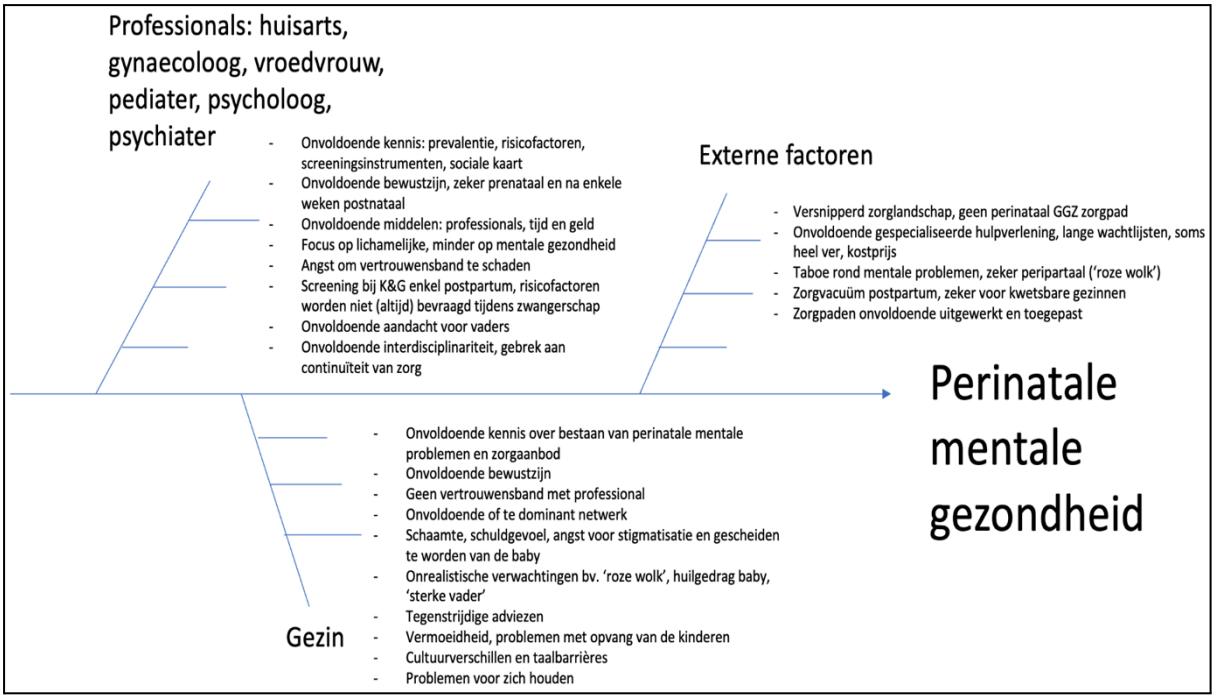
Psychosociale risicofactoren tijdens de zwangerschap worden door hulpverleners onvoldoende gedetecteerd (27). 50 tot 75% van de zwangere vrouwen die aan de DSM-5 criteria voor angst- en/of depressieve stoornissen voldoen, worden niet geïdentificeerd (28,29). In Denemarken heeft men dit specifiek bij huisartsen onderzocht. Minder dan 25% van de zwangere vrouwen met ernstige psychosociale risicofactoren wordt geïdentificeerd (30). Uit een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) blijkt dat ook in Vlaanderen het zorgvacuüm na de geboorte groter is bij gezinnen met psychosociale risicofactoren dan bij andere gezinnen (31).

Onderbehandeling

Slechts één op de tien zwangere vrouwen met psychische problemen krijgt de hulp die ze nodig heeft (28). Kwalitatief onderzoek toont aan dat de hulpverlener bij de detectie van stoornissen vaak wel psychotherapie voorstelt, maar dat de meerderheid van de vrouwen hier niet aan toe komt. Bij een volgende consultatie komt de hulpverlener meestal niet meer op het mentaal welzijn terug (32).

Ook in de huisartspraktijk wordt momenteel weinig aandacht besteed aan de detectie en behandeling van PMS (26). Op basis van (voornamelijk kwalitatief) onderzoek kunnen hiervoor verschillende redenen geïdentificeerd worden. Een overzicht van de barrières die we in de literatuur gevonden hebben, wordt gegeven in figuur 1.

Literatuuronderzoek naar barrières



Figuur 1: barrières in de perinatale mentale gezondheidszorg

Zowel in Vlaanderen (2,33,34,35) als in andere hoge-inkomenslanden (36,37,38) en ook in lage-inkomenslanden (met name ruraal Afrika (39,40) komen dezelfde barrières naar voren.

Bij zorgverleners maar ook bij patiënten is er onvoldoende **kennis en bewustzijn** rond perinatale mentale problemen (2,33,34,35,36,37,39,40). Vaak ligt de focus op het fysieke aspect van de zwangerschap en minder op het mentale (2,37). Eerdere masterproeven tonen aan dat Vlaamse huisartsen de risicofactoren van perinatale mentale gezondheidsproblemen wel kennen, maar dat ze de prevalentie ervan erg onderschatten en daarom slechts zelden de mentale gezondheid peripartaal bevragen (33,34). Wanneer men hier toch aandacht voor heeft, blijft dit veelal beperkt tot het bevragen van depressieve symptomen tijdens de eerste weken postpartum (12). Het bevragen van de mentale gezondheid gebeurt zelden antenataal en vanaf enkele weken postpartum komt het maar sporadisch meer aan bod (2,33). De screeningstools zijn door zorgverstrekkers onvoldoende gekend (34,35,37,41). De artsen en verpleegkundigen van Kind en Gezin stellen wel standaard de twee Whooley-vragen naar depressieve gevoelens en anhedonie, maar dit gebeurt enkel in de postpartumperiode (3,35). Ook zwangeren zelf en hun netwerk herkennen perinatale mentale aandoeningen vaak niet snel, omdat ze er onvoldoende kennis over hebben en de psychische veranderingen bij de moeder toeschrijven aan hormonale veranderingen in de zwangerschap (36,42).

Een ander probleem is het **taboe** dat rond perinatale mentale aandoeningen heerst, zowel bij patiënten zelf als bij hun hulpverleners (2,35,36,37,39,40,41). Veel patiënten ervaren hierbij stigmatisatie, schuld- en schaamtegevoelens (36,39,42). Ook de angst om van hun kind gescheiden te worden speelt mee (35,42). Daardoor proberen patiënten hun problemen soms voor zich te houden waardoor de identificatie ervan nog moeilijker wordt (2,42). Ook voor hulpverleners is het bespreken van perinatale mentale problemen niet altijd evident.

Men is vooral bang om de vertrouwensband met de patiënt te schaden (2). Huisartsen vinden het moeilijk om de diagnose van PMS te stellen vanwege het stigma dat ermee gepaard gaat (41).

Detecteren zonder de mogelijkheid tot **doorverwijzing** en opstart van adequate hulp is logischerwijs niet zinvol (43). Kwalitatief onderzoek hieromtrent geeft verschillende hindernissen aan met betrekking tot de doorverwijzing van vrouwen met perinatale psychosociale risicofactoren of PMS. Ten eerste is het zorglandschap erg versnipperd, weinig transparant en door patiënten en zorgverleners onvoldoende gekend. Daarnaast zijn er te weinig (gespecialiseerde) doorverwijsmogelijkheden; bovendien zijn die vaak duur, moeilijk bereikbaar en zijn er (lange) wachtlijsten. De interdisciplinaire communicatie ten slotte loopt vaak stroef wegens een gebrek aan multidisciplinair overleg en geen gedeeld (medisch) dossier (2,35,36,37,41).

Zowel door hulpverleners als door patiënten worden ook heel wat **praktische bezwaren** aangegeven. Hulpverleners ervaren te weinig tijd in de opvolging van zwangere vrouwen om naast het fysieke luik ook voldoende aandacht te besteden aan het psychische (2,35,36,37,41). Voor multidisciplinair overleg of voor het organiseren van bijvoorbeeld peer-supportgroepen bestaat er vaak geen vergoeding (2,36,41).
Ook patiënten geven verschillende praktische drempels aan bij het zoeken naar hulp: tijdsgebrek, vermoeidheid, opvangproblemen voor de kinderen, moeilijke bereikbaarheid en hoge kostprijs (2,36,37,39). Ouders vinden dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met hun specifieke situatie (44). Bij patiënten met een andere socio-culturele achtergrond en in de lage-inkomenslanden zijn al deze drempels vaak nog veel hoger en komt daar nog een taalbarrière bovenop (2,36,37,39,31).

Een systematische review van twintig kwalitatieve studies bij partners van moeders met een perinataal mentaal gezondheidsprobleem toont aan dat **partners** zich heel vaak genegeerd voelen en vinden dat ze onvoldoende informatie krijgen. Daarnaast ervaren ook zij heel wat praktische bezwaren. Ook de vooroordelen over mannelijkheid en vaderschap maken het de partners niet gemakkelijk om hun eigen noden te identificeren en ondersteuning te aanvaarden (45).

Al deze onderzoeken focussen zich vooral op postnatale depressie. Er is veel minder onderzoek naar peripartale angststoornissen of antenatale mentale problemen. Daarnaast ligt de **focus** van de meeste van deze studies niet specifiek op de huisartspraktijk, maar op het bredere veld van de perinatale hulpverlening. Uit drie recente literatuurstudies die zich specifiek richten op de huisartspraktijk en waarbij ook angststoornissen geïncludeerd worden, blijken de huisartsen gelijkaardige redenen aan te geven (46,37,41). Een Deense studie bij huisartsen toont aan dat jongere en mannelijke huisartsen en huisartsen die in de zwangerschapsopvolging geen extra tijd voorzien, meer barrières ervaren in het peilen naar perinataal mentaal welzijn (38).

Screeningsinstrumenten

Er werden al een aantal pogingen ondernomen om de detectiegraad van psychosociale risicofactoren te verhogen. Voor de Vlaamse context werd de richtlijn ‘Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen’ ontwikkeld (3). De richtlijn laat zorgverleners in een eerste consult de psychosociale risicofactoren in kaart brengen. Later in de zwangerschap stelt men een trapsgewijze screening voor aan de hand van de Whooley vragen voor depressie en de GAD-2 vragen voor angst (47). Als een vrouw een screeningsvraag positief beantwoordt, gebruikt men uitgebreidere screeningsvragenlijsten, namelijk de EPDS (48) en de GAD-7 (49). Als de vrouw hier ook positief op scoort, wordt ze verwezen naar gespecialiseerde hulpverlening (3). Deze screeningsinstrumenten worden ook in internationale richtlijnen voorgesteld, zoals in het Verenigd Koninkrijk (50).

Naar de validiteit van deze screeningstools heeft men al enig onderzoek uitgevoerd. De Whooley vragen hebben een sensitiviteit van 77-100% en een specificiteit van 58-76% (51). De EPDS heeft een sensitiviteit van 63-94% en een specificiteit van 83-98% (52). Maar voor de United States Preventive Services Task Force (USPSTF) is dit nog niet voldoende onderzocht om te kunnen spreken over een gevalideerde screeningstool (4). In recente Canadese richtlijnen wordt een formele screening aan de hand van screeningsinstrumenten zelfs afgeraden (43).

Ook de Nederlandstalige huisartsenrichtlijnen (Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)) implementeren deze screeningsinstrumenten niet, maar ze adviseren wel, net als internationale richtlijnen, om breed te peilen naar psychosociale risicofactoren zoals ongewenste zwangerschap, huiselijk geweld, middelenmisbruik, psychiatrische voorgeschiedenis, angst- en depressieve gevoelens (4,50,53,54).

Het wetenschappelijk bewijs voor systematische screening is nog heel beperkt. Er is slechts één gerandomiseerd onderzoek (RCT) naar systematische screening met de EPDS. De deelnemers in de interventiegroep hebben een significant betere score zes maanden postpartum (RR 0,59 (95%-BI 0,39-0,89) met een *number needed to screen* van 25) (55).
Een vaak geciteerd Nederlands onderzoek vindt dat gynaecologen slechts 5% van de potentieel kwetsbare zwangeren identificeren wanneer er niet systematisch gescreend wordt. Bij een systematische screening worden vijf keer meer vrouwen at risk geïdentificeerd (56).
Enkele recente onderzoeken, weliswaar in tertiaire centra, tonen aan dat systematische screening van psychosociale risicofactoren en doorverwijzing voor psychosociale begeleiding leiden tot minder negatieve obstetrische en neonatale uitkomsten (o.a. geboortegewicht, prematuritas, APGAR-score, duur van ziekenhuisopname, borstvoeding) (57,58).

Een Cochrane onderzoek uit 2013 vindt een positief effect van psychosociale of psychologische interventies ter preventie van postpartum depressie in vergelijking met de standaardzorg (RR 0,78, 95%-BI 0,66-0,93). De interventies zijn zeer heterogeen: postpartum huisbezoeken door gespecialiseerde verpleegkundigen of vroedvrouwen, telefonische ondersteuning door ervaringsdeskundigen en psychotherapie (voornamelijk interpersoonlijke therapie) (59).

In 2019 publiceert de USPSTF een overzichtsartikel over de preventie van perinatale depressie bij hoogrisicovrouwen met psychotherapie (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie). Ook hier hebben deze therapieën een positief effect (RR 0,61, 95%-BI 0,47-0,78). De mogelijke schade van deze interventies wordt als beperkt ingeschat (57). Dit leidde tot het advies van de USPSTF om vrouwen met een verhoogd risico naar psychotherapie te verwijzen. De volgende risicofactoren worden weerhouden: voorgeschiedenis van depressie, ad hoc depressieve of angstige symptomen, laag inkomen, tienerzwangerschap, alleenstaand ouderschap, recent partnergeweld, voorgeschiedenis van traumatische levensgebeurtenissen (4). Over de ideale timing voor screening en verwijzing naar preventieve hulpverlening bestaat echter nog veel onduidelijkheid (4).

Situatie in de huisartspraktijk in Vlaanderen

In 2012 zag de Vlaamse huisarts jaarlijks gemiddeld negen zwangere vrouwen per jaar op de consultatie met als meest frequente consultatiereden: vaststelling van een nieuwe zwangerschap, miskraam en diverse problemen (zoals infecties) (53). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat vrouwen tijdens de zwangerschap en de postpartumperiode vaker consulteren (gemiddeld 3.6 contacten/jaar) dan buiten de zwangerschap (gemiddeld 2.2 contacten/jaar) (60). Uit nog niet-gepubliceerde cijfers blijkt dat na één jaar gebruik van de Born in Belgium (BiB) tool (cfr. infra) meer dan de helft van de zwangere vrouwen (56,4%) de huisarts als hoofdzorgverlener ziet (26,8% ziet de gynaecoloog als belangrijkste zorgverstrekker en 5,9% de vroedvrouw) (61).

Voor de huisarts met regelmatige zorgcontacten met de vrouw en haar gezin, met een langdurige vertrouwensrelatie en met kennis van de (mentale) medische voorgeschiedenis, is het zwangerschapsconsult de ideale gelegenheid om zowel de biologische, de psychologische als de sociale aspecten van de zwangerschap en postpartumperiode te bespreken (3,62). Zeker bij gezinnen met een lagere sociaal-economische status kan de huisarts een cruciale rol opnemen. In het versnipperd perinataal zorglandschap kan de huisarts de centrale spilfiguur zijn in de organisatie en de doorverwijzing van een complexe en multidisciplinaire problematiek als PMS.

Maar een meta-analyse van het beperkte kwalitatief onderzoek in de huisartspraktijk toont aan dat Vlaamse huisartsen weinig tools en richtlijnen gebruiken in verband met het psychosociale welzijn tijdens de perinatale periode en dat ze eerder op hun klinisch oordeel afgaan (35). Uit een recente masterthesis bij Vlaamse huisartsen blijkt dat zij de prevalentie van PMS onderschatten en onvoldoende kennis hebben van de beschikbare screeningstools (34).

Born in Belgium Professionals (BiB) tool

In opdracht van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (RIZIV) werd recent een nieuw digitaal platform ontwikkeld, de Born in Belgium Professionals tool (BiB tool) om een antwoord te bieden op de uitdagingen zoals hierboven beschreven. Deze tool kadert binnen het interfederaal programma ‘Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun

kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen' (63). Dit programma beoogt een intensief overleg tussen de federale overheid en de deelstaten om voor kwetsbare zwangere vrouwen de toegang tot zorg en ondersteuning te verbeteren. Binnen dit programma werden vier nieuwe verstrekkingen (nomenclatuurnummers) goedgekeurd, waaronder het screenen met de BiB tool naar psychosociale kwetsbaarheden bij zwangere vrouwen. Voor de Duitstalige Gemeenschap, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest kunnen deze verstrekkingen sinds september 2024 gefactureerd worden. Voor de Vlaamse overheid kan dit momenteel nog niet (63).

De BiB tool integreert een screeningstool (64) en klinische zorgpaden in een elektronisch platform dat met alle zorgverleners, betrokken in de perinatale zorg, gedeeld wordt. Het is de bedoeling dat het platform in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de betrokken zorgverleners rond de zwangere geïntegreerd wordt. Maar op dit moment is dit voor de meest gebruikte huisarts softwarepakketten nog niet mogelijk. De doelstelling van de tool is drieledig. Ten eerste wil men de psychosociale zorg tijdens de zwangerschap verbeteren door systematische screening en door met behulp van perinatale zorgpaden zorg op maat aan te bieden. Ten tweede wil men de lokale multidisciplinaire samenwerking verbeteren. Doordat het platform tussen alle hulpverleners gedeeld kan worden, wil men de interdisciplinaire communicatie, de samenwerking en dus ook de zorgcontinuïteit optimaliseren. Ten slotte stelt men zich tot doel om de expertise te vergroten door de opleiding 'Niet stigmatiserend screenen naar psychosociale kwetsbaarheden' aan te bieden en door intervisie te organiseren.

Het digitaal platform van de BiB tool werd ontwikkeld door Leapstation; dit gebeurde in samenwerking met onderzoekers van de Universiteit Brussel (64).

Om met de tool aan de slag te gaan, dienen de hulpverleners eerst de gebruiksvoorwaarden en de privacy policy te aanvaarden. Ze moeten ook een samenwerkingsovereenkomst en een overeenkomst gegevensverwerking ondertekenen. Op die manier is de tool in orde met de geldende GDPR en beroepsgeheim wetgeving. Hulpverleners krijgen toegang tot de tool via integratie in het EMD of na inloggen op de webpagina. Er zijn een handleiding, video-instructies en een demo-omgeving beschikbaar. Wanneer een nieuwe opvolging in de tool gestart wordt, wordt aan de zwangere vrouw eerst een informed consent voorgelegd. De informatieve brochure is in verschillende talen beschikbaar; er is ook een begeleidende informatieve video in het Nederlands, Frans en Engels.

De screening wordt uitgevoerd door de zorgverstrekker en bestaat uit 21 vragen waarmee 13 psychosociale indicatoren bevraagd worden: communicatie, geboorteland, verblijfsstatus, opleiding, professionele status, professionele status van de partner, inkomen, huisvesting, sociale steun, depressie, angst, middelengebruik en geweld.
Hieruit volgt een synthese van de actieve kwetsbaarheden waaraan mogelijke vervolgacties gekoppeld worden (bv. wanneer bij de screeningstool depressie als mogelijke kwetsbaarheid naar voren komt, wordt als vervolgactie de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) doorlopen). De tool geeft dan advies over doorverwijsmogelijkheden in de buurt (bv. eerstelijnspsycholoog). Bij sommige kwetsbaarheden wordt er geadviseerd om die in een volgend consult op te volgen.



Born in Brussels Screening Tool

Indicator (number of items)	Answer options	(i) = extra information
Communication (1)		
How does she communicate? (i)	❑ She is able to communicate in Dutch, French and/or English ❑ She communicates through partner or another person. She speaks *[drop-down selection]* ❑ She communicates through an intercultural mediator or social interpreter. She speaks *[drop-down selection]* ❑ She is not able to communicate in Dutch, French and or English. She speaks *[drop-down selection]*	In case of faulty communication, ask partner or 3rd person to leave; In case of doubt of Health Literacy issues, illiteracy or miscommunication: use simple language, ask questions to check comprehension, use electronics or pictograms
Birth Country (1)		
What is your country of birth?	❑ *[drop-down selection: list of 15 European countries and belgium]* ❑ *[drop-down selection: list of 28 European and non-European countries]*	
Residence status (1)		
What is your residence status?	❑ Legal residence in Belgium (recognized refugee included) ❑ EU-tourist in Belgium with identity papers ❑ Tourist from outside EU with health insurance ❑ Asylum seeker (in procedure) ❑ Tourist from outside EU with NO health insurance ❑ Undocumented	
Education (1)		
What is your highest degree?	❑ No degree ❑ Primary education ❑ Lower secondary education ❑ Higher secondary education ❑ Higher, non-university education ❑ University education ❑ Special needs education	
Occupation (1)		
What is your professional status?	❑ I have a job ❑ I'm seeking a job ❑ I'm not active (housewife/stay-at-home, disabled, without a job, inability to work,...) ❑ I am a student	
Occupation partner (1)		
Do you have a partner? If yes, what is the professional status of your partner?	❑ I don't have a partner ❑ My partner has a job ❑ My partner seeks a job ❑ My partner is not active (stay-at-home spouse/partner, disabled, without a job, inability to work,...) ❑ My partner is a student	
Financial situation (1)		
Are your financial resources sufficient? Can you make ends meet at the end of the month?	❑ Yes ❑ Yes, but I have to limit my expences ❑ No, it is difficult to make ends meet ❑ No I have debts	
Housing situation (1)		
Do you experience problems with your housing situation?	❑ No, I have no problems with my housing ❑ Yes, because I don't have a permanent stay ❑ Yes, because my housing situation is not ideal (unsafe, unhealthy, too small,...) ❑ Yes, because I don't have a permanent stay and my current housing situation is not ideal (unsafe, unhealthy, too small,...)	
Social support (3)		
a. How many people are so close to you that you can count on them if you have serious personal problems?	❑ None ❑ 1 or 2 ❑ 3 to 5 ❑ 6 or more	
b. How much interest and concern do people show in what you do?	❑ A lot ❑ Some ❑ Uncertain ❑ Little ❑ None	
c. How easy is it to get practical help from neighbors if you should need it?	❑ Very easy ❑ Easy ❑ Possible ❑ Difficult ❑ Very difficult	
*** Psychological history (informative item)**		
Have you ever been followed up for depression, depressive feelings or high anxiety?	❑ Yes ❑ No	
Depression (2)		
a. During **the past month**, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless ?	❑ Yes ❑ No	
b. During **the past month**, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things ?	❑ Yes ❑ No	
Anxiety (2)		
a. Over **the last two weeks**, how often have you been bothered by feeling nervous, anxious or on the edge?	❑ Not at all ❑ Several days ❑ More than half a day ❑ Nearly every day	
b. Over **the last two weeks**, how often have you been bothered by not being able to stop or control worrying?	❑ Not at all ❑ Several days ❑ More than half a day ❑ Nearly every day	
*** Medication use (informative item)**		
Do you take medication (i) during your pregnancy ?	❑ Yes ❑ No	Naturopathy and homeopathy included
Substance use (4)		
Have you ever used one of the following substances since you know you are pregnant? If yes, how often?		

	Never	Yes, 1 or 2 times	Yes, Monthly	Yes, Weekly	Yes, (Almost) Daily	
a.Alcohol	❑	❑	❑	❑	❑	Cannabis (marihuana, weed, hasj, etc.) Drugs: Cocaine (coke, crack, basecoke etc.), Amfetamine (speed, ecstasy, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudeo-ephedrine etc.), sniff/inhalants (glue, petroleum, tinner, dissolvent, gas, ether, poppers, etc.), Hallucinogens (LSD, mushroom, PCP, Ketamine, Special K, mescaline etc.), Opiates (heroine, methadon, Subutex ®Suboxone®, buprenorfine, codeine etc.)
b. Tobacco	❑	❑	❑	❑	❑	
c. Cannabis (i)	❑	❑	❑	❑	❑	
d. Drugs (i)	❑	❑	❑	❑	❑	

Violence (3)	Never	No, but in the past	Rarely	Sometimes	Fairly often	Frequently	
a. Are you being emotionally abused (i) by your partner or someone imporant to you?	❑	❑	❑	❑	❑	❑	(threats, scream, insult, supress)
b. Are you being physically hurt (i) by your partner or someone important to you?	❑	❑	❑	❑	❑	❑	(hit, slapped, kicked or otherwise)
c. Are you being forced to have sexual activities?	❑	❑	❑	❑	❑	❑	

Comment section:

* = informative indicator

Figuur 2: de BiB tool met 13 indicatoren en 22 vragen (64)

Onderzoeksvraag

Een goede screening van psychosociale kwetsbaarheden geïntegreerd in een perinataal zorgpad waarin een goed georganiseerd regionaal perinataal netwerk naadloos samenwerkt, zou kunnen bijdragen tot een betere perinatale zorg (2,35,64). Mogelijk kan dit op termijn resulteren in een meer toegankelijke en kwalitatievere zorg bij een at risk populatie. Het tijdig detecteren van psychosociale risicofactoren in de zwangerschap en hieraan gekoppelde preventieve hulpverlening kunnen mogelijk de negatieve gevolgen voor de zwangere vrouw, haar partner, het kind en bij uitbreiding ook voor de maatschappij verkleinen.

Om dit te bereiken is zowel bij zorgverstrekkers als bij zwangere vrouwen een groot draagvlak nodig om naar psychosociale risicofactoren te screenen en om daarvoor de aangeleverde BiB tool te gebruiken.

Deze masterproef wil meer inzicht krijgen in de ervaringen van huisartsen, zwangere vrouwen en hun partners bij het toepassen van een nieuwe multidisciplinaire elektronische tool in de huisartspraktijk, de Born in Belgium Professionals tool.

Methode

Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews bij huisartsen en bij vrouwen in de perinatale periode en eventueel ook bij hun partners.

We vroegen de huisartsen om gedurende minstens vijf maanden de BiB tool in hun praktijk toe te passen. Na die vijf maanden werden de huisartsen uitgenodigd om individueel deel te nemen aan een semigestructureerd interview. Op dat moment peilden we naar hun ervaringen met de BiB tool en gingen we ook na in hoeverre de BiB tool een antwoord bood op hun verwachtingen in het omgaan met psychosociale risicofactoren bij zwangeren in de huisartspraktijk.

De huisartsen op hun beurt nodigden de betrokken zwangere vrouwen en hun partner uit om deel te nemen aan het belevingsonderzoek. Dit interview werd zo snel mogelijk na gebruik van de BiB tool gepland. Of de partner ook deelnam aan het interview, was afhankelijk van de wens van de vrouw en van het koppel; ook de praktische haalbaarheid speelde hierbij een rol. In dit interview peilden we naar hoe de vrouw (en eventueel ook haar partner) het gebruik van de BiB tool tijdens het huisartsenconsult ervaren had(den) en welke andere verwachtingen ze nog had(den) met betrekking tot het bespreken van psychosociale klachten in de perinatale periode.

Rekruteringsproces

In- en exclusiecriteria

Huisartsen

De gehanteerde inclusiecriteria voor de huisartsen waren: werken in Vlaanderen of Brussel, opnemen van zwangerschapsbegeleidingen in de huisartspraktijk, bereid zijn tot het gebruik van de BiB tool gedurende minimaal vijf maanden, bereid zijn tot deelname aan het interview en tot het geven van geïnformeerde toestemming voor het gebruik van hun antwoorden in deze studie en Nederlands, Engels of Frans spreken. We rekruteerden huisartsen in de huisartspraktijken waar de BiB tool momenteel al gebruikt wordt en in praktijken die interesse toonden in het implementeren van de BiB tool in hun praktijkvoering. We selecteerden niet op geslacht of praktijkorganisatie. Om een gevarieerde studiepopulatie te bekomen includeerden we zowel erkende actieve huisartsen als huisartsen-in-opleiding. Tot de studiepopulatie behoren artsen die actief zijn in een solopraktijk, maar ook artsen die werken in een groepspraktijk of in multidisciplinaire centra zoals wijkgezondheidscentra.

Zwangere vrouwen en partners

Voor de zwangere vrouwen en hun partner stelden we de volgende inclusiecriteria voorop: leeftijd (minimaal 18 jaar), taalvaardigheid (Nederlands, Engels of Frans, zo nodig met vertolking naar deze talen), geografie (Vlaanderen of Brussel), bereidheid tot deelname aan het interview en tot het geven van geïnformeerde toestemming voor het gebruik van hun antwoorden in deze studie.

Rekrutering en informed consent procedure

Huisartsen

Op het moment van de start van het onderzoek werd de BiB tool al in vijf wijkgezondheidscentra in Brussel en Leuven gebruikt. Deze vijf centra werden allen aangeschreven met informatie over het onderwerp van deze masterproef, het opzet van de studie en met de vraag tot deelname. Eén huisarts heeft hier positief op gereageerd.
Ook in onze opleidingspraktijken en in de seminariegroepen organiseerden we een korte infosessie (maximaal tien minuten): we stelden de BiB tool voor en lichtten ons onderzoek toe. Na afloop van deze infosessies stuurden we een e-mail naar de artsen die hadden laten weten dat ze wensten deel te nemen (bijlage 4). Op die manier rekruteerden we vier artsen. Eén arts meldde dat de vroedvrouw in de praktijk de BiB tool al toepaste. Bij uitzondering hebben we die vroedvrouw ook in de studiepopulatie geïncludeerd omwille van de mogelijke meerwaarde voor het onderzoek. Door een ‘sneeuwbaleffect’ of ‘via-via-contacten’ bleek vanuit verschillende hoeken nog interesse te bestaan om de BiB tool te gebruiken. Op die manier rekruteerden we nog zeven artsen.

Er werden uiteindelijk twaalf artsen gerekruteerd die uitgenodigd werden op een infoavond met dr. An-Sofie Van Parys, ondersteuner van de BiB tool, als gastspreker. Zes deelnemende artsen waren hierbij aanwezig. Bij de andere artsen voorzagen we een individueel opstartgesprek. Tijdens dat infomoment (infoavond of opstartgesprek) werden de informed consent formulieren (ICF, bijlage 2) overlopen en ondertekend en legden we de tool op een neutrale wijze uit. Samen met de huisartsen gingen we na of alle praktische modaliteiten om de tool te gebruiken in orde waren (overeenkomsten ondertekend, gebruikersnaam en wachtwoord aangemaakt).

Zwangere vrouwen en partners

We vroegen de participerende huisartsen(-in-opleiding) om de zwangere vrouwen bij wie ze de BiB tool toegepast hadden, uit te nodigen om deel te nemen aan de studie. Ook de partners van de vrouwen werden mee uitgenodigd. De huisarts kon dit doen aan de hand van een informatiebrochure (bijlage 5). De huisarts gaf tevens het ICF (bijlage 3) mee, samen met onze contactgegevens zodat de deelnemers ons voor eventuele verdere vragen konden bereiken. Als de zwangere vrouw (en haar partner) wilde(n) deelnemen, gaf de huisarts hun contactgegevens (e-mailadres en telefoonnummer) aan ons door, zodat wij de participanten konden contacteren om een datum voor het interview af te spreken.

Opvolging

Om de ervaringen zo breed mogelijk te kunnen capteren moedigden we de huisartsen aan om hun tussentijdse ervaringen bij elke zwangerschapsopvolging te noteren. Als geheugensteun werd hiervoor een registratiedocument voorzien (zie bijlage 8).

Eén maand na het opstartgesprek stuurden we naar de deelnemende huisartsen een e-mail met de vraag of er (technische) problemen waren. Bij problemen (zowel inhoudelijke, praktische als technische) konden de participanten terecht bij de contactpersonen van de BiB tool (info@borninbelgium.be en support@leapstation.freshdesk.com). Wij waren uiteraard ook altijd bereikbaar als er zich moeilijkheden voordeden.

Door rekruteringsproblemen en door het uitvallen van enkele huisartsen werden uiteindelijk ook artsen geïncludeerd die de tool maar gedurende een kortere periode gebruikten (zie tabel 2).

Inhoud en vorm van de interviews

De semigestructureerde interviews met de huisartsen en met de zwangere vrouwen (en hun partner) bestonden uit open vragen (zie bijlages 6 en 7). We stelden deze op op basis van voorafgaand oriënterend literatuuronderzoek. Om de kwaliteit van de interviews te garanderen werden de richtvragen voor het interview vooraf nagelezen door twee artsen, onafhankelijk van elkaar. Ook de similariteit van de interviews wilden we waarborgen. Daarom voerden we een testinterview uit met de copromotor.

Datacollectie, dataverwerking en analyse

De interviews werden afgenomen door één van de beide onderzoekers op een tijdstip en locatie naar keuze van de geïnterviewden. Dit kon ook online. Een interview duurde gemiddeld een half uur. We maakten van elk interview een geluidsopname. De audio- en transcriptiedocumenten sloegen we op op de beveiligde server van de Universiteit Gent. Om voeling te krijgen met de data werden de geluidsopnames woord voor woord uitgetypt en geanalyseerd; daarna werden ze vernietigd.

De kwalitatieve data werden door beide onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, volgens de Qualitative Analysis Guideline of Leuven (QUAGOL) geanalyseerd. We maakten elk afzonderlijk in een narratief verslag een samenvatting die we daarna in een conceptuele fiche samenvatten. Die fiches werden ‘gefit’ en fungeerden als basis voor het maken van de ‘denkboom’ (zie bijlagen 9 en 10) en de codes. Na het voorleggen van die ‘denkbomen’ en codes aan de copromotor spraken we een gemeenschappelijke codeermethode af om de interviews te coderen (zie bijlagen 11 en 12). Hiervoor maakten we gebruik van het softwareprogramma NVivo 11. Dit vormde de basis voor de thematische analyse (Braun, 2006). Daarna lazen we, onafhankelijk van elkaar, de gecodeerde interviews opnieuw en extraheerden we de relevante quotes om die in de resultaten te verwerken.

Resultaten

Deelnemers

Huisartsen

In het totaal contacteerden we 33 huisartsen, waarvan er uiteindelijk twaalf aan het onderzoek deelnamen. Tabel 1 toont een overzicht van de kenmerken van de deelnemende huisartsen.

Arts	**Geslacht**	**Leeftijd**	**Ervaring (+/- aantal jaren)**	**Patiëntenpopulatie**
1	vrouw	+/- 35 j	huisarts (8)	WGC, gemengd, stedelijk
2	vrouw	33 j	huisarts (5)	weinig multicultureel, landelijk
3	vrouw	+/- 30 j	huisarts (3)	gemengd, landelijk
4	vrouw	+/- 40 j	huisarts (20)	WGC, multicultureel, stedelijk
5	vrouw	37 j	huisarts (10)	gemengd, stedelijk
6	vrouw	27 j	huisarts (1)	gemengd, stedelijk
7	vrouw	31 j	huisarts (3)	weinig multicultureel, landelijk
8	vrouw	+/- 40 j	huisarts (15)	WGC, multicultureel, stedelijk
9	vrouw	50 j	huisarts (20)	WGC, multicultureel, stedelijk
	vrouw	40+ j	vroedvrouw (15)	WGC, multicultureel, stedelijk
10	vrouw	29 j	HAIO (3)	gemengd, stedelijk (WGC, multicultureel, stedelijk)
11	vrouw	33 j	huisarts (5)	weinig multicultureel, residentieel
12	vrouw	28 j	huisarts (1)	gemengd, stedelijk

Tabel 1: overzicht van de geïncludeerde huisartsen

Eén deelnemende arts was op het moment van het interview nog in opleiding. De deelnemers werken allen in Vlaanderen: voornamelijk Groot-Gent en Groot-Brugge, één huisarts is werkzaam in Leuven. Alle geïnterviewde huisartsen werken in een groepspraktijk waarvan vier binnen de forfaitaire setting van een wijkgezondheidscentrum. Drie huisartsen werken in een rurale context, acht huisartsen in een stedelijke context en één huisarts vermeldde een residentiële buurt. Zes van de twaalf artsen werken met een gemengde populatie, drie artsen vermeldden een hoofdzakelijk multiculturele populatie en drie artsen een weinig multiculturele populatie. Huisarts 9 interviewden we samen met een zelfstandige vroedvrouw die in hetzelfde WGC werkzaam is.

Alle geïncludeerde huisartsen waren gemotiveerd om de BiB tool in hun praktijk te implementeren, omdat het thema van psychosociaal welzijn in de perinatale periode hen nauw aan het hart ligt. Voor sommige huisartsen die aan onze studie deelnamen, is dit echt een specifiek interesseveld. Zo is één huisarts lid van het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid en zijn twee huisartsen betrokken bij de implementatie van de BiB tool in hun regio.

De huisartsen namen twee tot zes maanden aan het onderzoek deel. De onderstaande tabel 2 toont een grote variatie in het aantal zwangerschapsopvolgingen en bijgevolg ook in het aantal opportuniteiten die zich gedurende de onderzoeksperiode voordeden, om de BiB tool te gebruiken. Vijf van de twaalf deelnemende artsen gebruikten de BiB tool nooit. De meeste huisartsen gebruikten de tool slechts uitzonderlijk. Eén huisarts paste die systematisch bij alle zwangerschapsopvolgingen toe. Die huisarts verwees zeven vrouwen naar ons door om in de studie te includeren. Vijf van die vrouwen participeerden ook effectief aan het onderzoek. Drie andere huisartsen verwezen elk één vrouw door. Ook die drie vrouwen includeerden we in het onderzoek. Het registratiedocument dat we aan elke deelnemende huisarts bij de opstart van het onderzoek aanboden, werd slechts door één huisarts gebruikt.

Arts	**Aantal maanden BiB gebruikt**	**Aantal zwangerschaps-opvolgingen (6 maand)**	**Aantal screenings-gesprekken met BiB**
1	6	7	0
2	6	4	1
3	6	18	0
4	6	9	8
5	6	?	0
6	2	0	1
7	3	8	2
8	6	10	0
9	6	1,5	0
(vroedvrouw)	6	/	2
10	3	2	1
11	2	30	1
12	3	8	1

Tabel 2: overzicht van het gebruik van de BiB tool

Ondanks de sterke motivatie van de huisartsen en hun frequente contacten voor zwangerschapsopvolging werd de BiB tool slechts zeer beperkt gebruikt. Mogelijke verklaringen hiervoor lichten we toe in de onderstaande thematische analyse, nl. in de thema's opstart, technisch, tijd, timing en verantwoordelijkheid.

Vrouwen

Vrouw	Leeftijd	Fase	Moedertaal	Opleidings-niveau	Tijd sinds afname	Partner aanwezig
1	*ongekend*	zwanger (2e trim)	Nl	master	>6 weken	nee
2	30 j	zwanger (2e trim)	Afghaans	*ongekend*	>6 weken	ja
3	*ongekend*	zwanger (2e trim)	Chinees	doctoraat	4 weken	nee
4	35 j	zwanger (3e trim)	Nigeriaans	master	1-2 maand	nee
5	26 j	zwanger (3e trim)	Dari	middelbaar	2 maand	ja
6	28 j	zwanger (3e trim)	Nl	bachelor	1 maand	nee
7	30-35 j	zwanger (2e trim)	Nl	hogere studies	?	nee
8	40 j	bevallen 8 maand geleden	Oekraïens	postdoctoraat	2 weken	nee

Tabel 3: overzicht van de geïncludeerde vrouwen

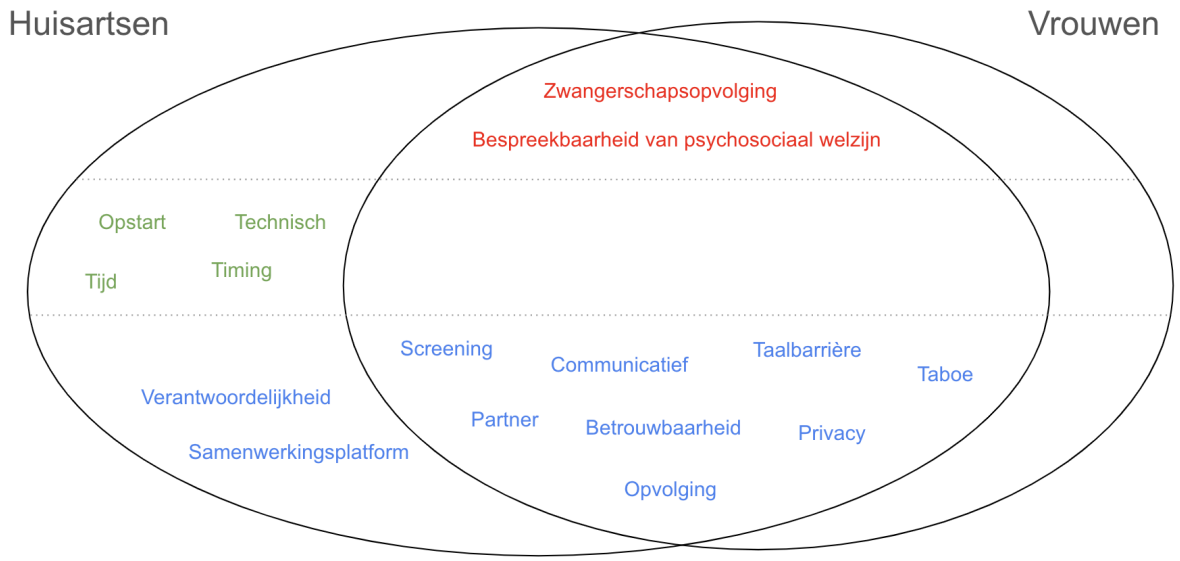
De acht gerekruteerde vrouwen waren zeer verscheiden. Drie van de acht vrouwen waren van Vlaamse origine. Van de zes vrouwen bij wie de leeftijd gekend was, lag die tussen de 26 en 40 jaar. Alle vrouwen van niet-Vlaamse origine werden gerekruteerd via eenzelfde arts (arts 4) en woonden in een stedelijke context. Zes van de acht vrouwen hadden een diploma hoger onderwijs.

Op het moment van het interview bevonden vier vrouwen zich in het tweede zwangerschapstrimester en drie in het derde. Eén vrouw werd postpartum geïnterviewd. De interviews vonden minimaal twee weken en maximaal twee maanden na de screening plaats. De partner was aanwezig bij twee van de acht uitgevoerde interviews.

Bij twee niet-Vlaamse vrouwen was er bij het interview een tolk betrokken: bij één vrouw gebeurde dat telefonisch via een sociale tolk, bij het andere interview tolkte de partner van de vrouw. De interviews met de andere niet-Vlaamse vrouwen werden in het Engels uitgevoerd.

Thematische analyse: ervaringen bij het gebruik van de BiB tool

Tijdens de interviews kwamen verschillende thema's naar boven. De meeste werden zowel door de geïnterviewde zwangere vrouwen als door de huisartsen aangegeven. De thema's werden gegroepeerd in drie clusters: "context van zwangerschapsopvolging" (rood), "praktische aspecten bij het gebruik van de BiB tool" (groen) en "beleving en reflecties bij het gebruik van de BiB tool" (blauw).



Figuur 3: overzicht van de thema's uit de thematische analyse

Een eerste cluster thema's (rood) betreft de context waarin de zwangerschapsopvolging en het screenen in de huisartspraktijk verlopen. Hierbij wordt ook, zowel bij de huisartsen als bij de vrouwen, de bespreekbaarheid van psychosociaal welzijn geschetst
Een tweede cluster van thema's (groen) omhelst de praktische aspecten bij het gebruik van de BiB tool. Deze thema's situeerden zich vooral bij de huisartsen: opstart, technisch, tijd en timing.
Een laatste cluster van tien thema's (blauw) geeft de beleving bij het gebruik van de BiB tool weer. De huisartsen en de vrouwen maakten hierbij verschillende inhoudelijke en ethische reflecties.

Cluster 1: context van zwangerschapsopvolging

De beleving van en de zorg rond de perinatale periode zijn zeer contextgevoelig. Deze context heeft mogelijk een sterke invloed op het draagvlak voor psychosociale screening, de taakverdeling en de rolinvulling en potentieel ook op de ervaringen met de screeningstool zelf. In deze contextcluster komen twee thema's aan bod:

- Thema 1 "**wie volgt de zwangerschap op?**" beschrijft een zorgcontext waarin het zowel voor de huisarts als voor de zwangere vrouw vaak onduidelijk blijkt wie instaat voor de perinatale zorg.
- Thema 2 gaat in op de algemene **bespreekbaarheid van psychosociaal welzijn**.

Thema 1: wie volgt de zwangerschap op?

Huisartsen beschreven grote verschillen in de manier waarop de zwangerschapsopvolging in de huisartspraktijk gebeurt. Sommige huisartsen zijn erg betrokken bij de opvolging van hun zwangere patiënten en vertelden dat binnen hun **groepspraktijk** vaak één of enkele collega's de zwangerschapsopvolging op zich neemt/nemen. Andere huisartsen gaven aan dat de zwangerschapsopvolging bijna volledig bij de gynaecoloog gebeurt. Dan is de rol van de huisarts beperkt tot het vaststellen van de zwangerschap, de kinkhoestvaccinatie, het beantwoorden van vragen rond medicatieveiligheid en het behandelen van misselijkheid, cystitis, etc.

> "*Het is niet echt de gewoonte bij ons. Da's meer direct via de gynaecoloog. Wij zien ze vaak in het begin van de zwangerschap of bij problemen."* (Arts 7)

Huisartsen gebruiken voor de zwangerschapsopvolging een **protocol** gebaseerd op regionale overeenkomsten tussen gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen. Er zijn grote verschillen tussen de mate waarin dit protocol uitgewerkt is en toegepast wordt.

> *"Omdat ze daar in Gent ook echt zo veel meer een eum overeenkomst hebben gelijk met de ziekenhuizen. Eum, dus dat viel veel meer op. Er waren ook richtlijnen vanuit de ziekenhuizen van wat doe je dan als huisarts en wat doen wij dan. Eum, ja, nochtans van Domus Medica is dat ook wel een beetje uitgeschreven, maar ja, ik heb niet de indruk dat dat hier zo ook niet gestimuleerd wordt vanuit gynaecologie zelf ofzo dus dat dat in dien zin, ja, minder aan bod komt, inderdaad ja."* (Arts 10)

Door de beperkte communicatie bleken gelijkaardige consultaties soms meerdere keren plaats te vinden: én bij de gynaecoloog én bij de huisarts én bij de vroedvrouw. Men sprak enerzijds van overconsumptie door ontdubbeling van de zorg, maar anderzijds ook van verarming van de zorg.

> *"Da's het probleem hé, in de ziekenhuizen wordt dat (cfr. het zwangerschapsboekje) dus niet meer gebruikt. Vrouwen die naar alle Mama To Be(e) sessies* (i. e. een vorm van group care waarbij een groep toekomstige mama's met ongeveer dezelfde bevallingsdatum samen door een vroedvrouw opgevolgd worden) *komen, blijken dan in het ziekenhuis te worden bestempeld als voorlopig geen postnatale begeleiding te*

hebben. Dat zijn allemaal mensen die we 8 keer gezien hebben en dan toch in het ziekenhuis zoiets voorhebben, dat er dubbel wordt gewerkt hé." (Vroedvrouw)

Verschillende huisartsen uitten de wens naar demedicalisering van de zwangerschap waarbij de opvolging van de zwangere vrouw in de eerste lijn bij de huisarts of de vroedvrouw blijft. Afhankelijk van de professionele context waarin de huisarts werkt, is er al of niet een nauwe samenwerking met een vroedvrouw. Huisartsen die in een wijkgezondheidscentrum werken, beschreven een rechtstreeks contact met een vroedvrouw (soms werkzaam in hetzelfde centrum, soms ook niet). Huisartsen in een andere werkcontext vertelden vaker dat ze geen vroedvrouw kennen of er weinig contact mee hebben.

Verschillende vrouwen vermeldden een onduidelijk **opvolgtraject.** De taken worden tussen de verschillende zorgverleners niet goed verdeeld. Een vrouw vertelde bijvoorbeeld dat haar bloeddruk zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog verschillende keren gemeten werd, maar dat geen van beide artsen haar gewicht opvolgde.

Op het moment van het interview hadden alle geïncludeerde vrouwen, naast hun contact met de huisarts ook al met een gynaecoloog contact gehad. Voor de vrouwen leek het opbouwen van een **vertrouwensband** met een specifieke zorgverlener vooral gebaseerd op het aanvoelen van een 'klik' of van de interesse of betrokkenheid van de zorgverlener. De functie die de zorgverlener bekleedt (gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw), leek daarbij van ondergeschikt belang.

"I think it is more personal and depends a lot on how you feel with that certain person, rather than his or her job." (Vrouw 8)

De **huisarts** werd meer als een vertrouwenspersoon gezien dan de gynaecoloog. Voor het bespreken van psychosociale problemen bij de huisarts gaven de vrouwen de volgende drempelverlagende factoren aan: een persoonlijke klik voelen, ervaren dat de huisarts geïnteresseerd is in de zwangerschapsopvolging en in het psychosociaal welzijn. Eén vrouw vermeldde dat het voor haar drempelverlagend is als de zorgverlener zelf kinderen heeft.

De **gynaecoloog** werd eerder gezien als een medisch expert. Een zwangerschapsecho werd ervaren als een belangrijke geruststelling en is voor de vrouwen een drijfveer voor frequente contacten met de gynaecoloog Sommige vrouwen haalden aan dat zij de gynaecoloog enkel zouden raadplegen voor zeer ernstige psychosociale problemen en dat ze dat pas zouden doen nadat ze die problemen eerst met de huisarts besproken hadden. De vrouwen gaven tijdsdruk en contact met verschillende hulpverleners binnen eenzelfde discipline (bijvoorbeeld verschillende assistenten gynaecologie) aan als weerhoudende factoren om de gynaecoloog in verband met psychosociale problemen aan te spreken.

"Ehm, ja, maar dan zou ik bij de gynaecoloog eerder een medische verklaring zou willen ofzo en dat het bij de huisarts zou zijn om nekeer te kunnen zagen ofzo (...) Bij de gynaecoloog, da's zo vree, medisch en 'tjak-tjak-tjak'." (Vrouw 1)

Andere zorgverleners (Kind & Gezin, maatschappelijk werk) werden door de geïnterviewde vrouwen niet genoemd als betrokkenen in de zorg rond de zwangerschap.

Thema 2: bespreekbaarheid van psychosociaal welzijn

Tijdens de interviews spraken de vrouwen over het algemeen zeer open en vlot. Ze deelden hun ervaringen openhartig en uitgebreid. Dit wijst op een behoefte om dit thema met een professional te bespreken.

> *"And also thanks for your communication. I'm also happy to talk to you. It's very nice to know a lot of people will care about you, it's also about how you feel during the pregnancy. That is a very good way to, maybe, to uhm figure out or not figure out, maybe, to release your mind. Because there's some questions that is very private, it's private questions, it is not very often to talk with other people about this. So I'm very happy join you on this. It's quite important. And also for the pregnant ladies it's very important."* (Vrouw 3)

Op **persoonlijk** vlak vermeldden de vrouwen de overgang naar een nieuwe levensfase als een belangrijke belevingsfactor. Het aannemen van een nieuwe rol leek een ambivalente waarde te hebben, situationeel afhankelijk te zijn en te fluctueren in de tijd. De geschetste (stress)beleving leek individueel sterk te verschillen.

Het bespreken van psychosociaal welzijn met **familie en vrienden** leek, afhankelijk van bepaalde factoren, een meerwaarde. Onveranderlijke en soms als uitzichtloos aanvoelende factoren (bijvoorbeeld een moeilijke huisvesting) bleken minder bespreekbaar. De vrouwen gaven immers aan dat ze ongerustheid bij hun naasten wilden vermijden. En zwangerschapsgerelateerde zaken wil men het liefst bespreken met mensen in dezelfde levensfase.

> *"Hmmm, dat hangt er wat vanaf af. Ik denk dat je dat dan eerder doet bij mensen die in hetzelfde schuitje zitten. Misschien dan minder bij mensen die in een andere levensfase zitten."* (Vrouw 6)

De vrouwen gaven zeer wisselende ervaringen aan in de bespreking van (perinatale) problemen met de **bredere sociale kring**. Het delen van emoties en ervaringen vond men waardevol, maar tegelijk werd dit niet onverdeeld als positief ervaren. Enkele niet-Vlaamse vrouwen vermeldden expliciet dat ze zeker niet met hun buren over (perinatale) problemen zouden praten. Hierbij werd de wens tot bescherming van de privacy geuit. De Vlaamse vrouwen zeiden hier niets over.

> *"Uhm, no. I don't really like… Uhm, I don't like everybody to know how you run your home, because you don't know how they run theirs. So you don't expose your family inside."* (Vrouw 3)

Maatschappijbreed beschreven de vrouwen verschillende factoren die een invloed hebben op het welzijn in de perinatale periode en die niet altijd even bespreekbaar zijn: de beperkte beschikbaarheid van kinderopvang, het maatschappelijk taboe, de invloed van de sociale media, de professionele verwachtingen in combinatie met het moederschap en de wisselende ervaringen met werkgevers.

Huisartsen meldden weinig drempel te ervaren om de screening af te nemen. Maar de vragen over (intrafamiliaal) geweld liggen zowel voor de artsen als voor de vrouwen in de taboesfeer (zie ook thema “taboe” onder cluster 3). De artsen leken een bepaalde noodzaak te voelen om die vragen over geweld wat te kaderen.

> *“De vragen zijn eum soms wel redelijk direct. Ook over gevoelige topics soms. (...) Zo van is er geweld thuis geweest ofzo, dat zijn zo dingen die ik aan patiënten niet direct zou vragen. (...) Ik heb daar nu geen slecht gevoel over gehad ofzo. Maar je kadert dat hé van dat hoort bij de enquête enzo. Om het wat af te zwakken dat het niet te confronterend wordt.”* (Arts 7)

Verschillende huisartsen gaven aan dat een gesprek over psychosociaal welzijn in de zwangerschap soepeler lijkt te verlopen bij vrouwen met wie ze reeds een vertrouwensrelatie hadden. De huisarts die de BiB tool het meest gebruikt heeft, vermeldde dat het gebruik van de tool ervoor zorgt dat de vertrouwensband met de patiënt zelfs versterkt wordt.

> *“Maar ik heb er ook al over nagedacht, als ge dat als huisarts doet is er wel een toename in vertrouwensband. (...) En er zijn er ook die, door de afname van de BIB tool, bij mij verder komen in plaats van de anderen. Da’s natuurlijk door zo’n gesprek, krijg je wel een band, hé.”* (Arts 4)

Cluster 2: praktische aspecten bij het gebruik van de BiB tool

De huisartsen meldden een heel aantal praktische aspecten die een invloed hebben op het gebruik van de screeningstool. Hier is wellicht een deel van de verklaring te vinden voor de beperkte toepassing van de screeningstool tijdens het onderzoek.

In deze cluster kwamen vier thema's naar boven:

- Thema 1 beschrijft de **administratie en juridische aspecten bij de opstart.**
- Thema 2 gaat in op de **technische aspecten** die huisartsen tegenhouden om de tool te (blijven) gebruiken.
- Thema 3 toetst verwachtingen aan ervaringen rond **tijd** als barrière.
- Thema 4 kadert de vragen naar de ideale **timing** van screening.

Thema 1: administratieve en juridische aspecten bij de opstart

Veel huisartsen vonden de opstartprocedure voor het in gebruik nemen van de screeningstool complex wegens de administratie die hieraan voorafgaat. Alvorens met de BiB tool aan de slag te kunnen, dient de hulpverlener zich eerst te registreren om partner te worden. Daarna moeten de gebruiksvoorwaarden en 'privacy policy' aanvaard worden en dienen de 'partnerovereenkomst' en het 'reglement gegevensverwerking' ondertekend te worden. Bij de opstart van deze masterproef gebeurde dit nog op papier; ondertussen kan dit digitaal. Veel huisartsen vinden de opstart met de tool vrij complex vanwege de **administratie**.

> *"Ik vond lid worden ervan was wel een hele onderneming (lacht)." en "Het was echt moeilijk. En ik denk dat veel artsen daarop gaan afknappen. Als ze daarmee een half uur gaan moeten bezig zijn om het echt opgestart te krijgen, dat er daarop veel gaan afknappen."* (Arts 2)

Eén huisarts is afgehaakt na de registratie, omdat er te veel mailing aan te pas kwam.

> *Want ja het is zo van en je moet de webinar volgen en dit volgen en dat volgen dat ik zoiets had van "ow, kalm, rustig." (…) Ik ben dan uiteindelijk geregistreerd geraakt, maar ik vond het echt een hele drempel omdat ze te veel mailden."* (Arts 3)

Daarnaast benoemde één huisarts ook onzekerheid vanwege het **juridische aspect** dat verbonden is met de opstart van de tool.

> *"En dat voelt een beetje heel dubbel dat ziekenhuizen dat maanden juridisch bekijken en dat ik als arts die niets ken van juridische teksten dat dan zo efkes goedkeur voor mijn praktijk en dan 'ah nog een addendum' en dan nog eens goedkeuren. Ik denk dat dat mij een beetje zo wat angst geeft ofzo (lacht). (...) Die juridische teksten, wij moeten tekenen, dat is echt wel, ja, als je die leest, dat is echt moeilijk voor individuele huisartsen. Ofwel moet je dat in blind vertrouwen tekenen."* (Arts 1)

Thema 2: technische aspecten

Het vaakst genoemde nadeel aan de tool is de afwezigheid van de **integratie in het EMD** van de huisarts. Dit werd aangegeven als één van de grootste drempels om niet met de tool aan de slag te gaan.

> *"Een aparte tool in een apart platform maken, dat gaat nooit werken."* (Arts 3)

De huisartsen vonden het inloggen op een aparte pagina omslachtig. Enkele huisartsen probeerden bij hun EMD softwarepakket een koppeling met de tool te maken, maar er werd niet aan hun vraag tegemoet gekomen. Daarnaast ervoeren de huisartsen geregeld inlogproblemen waardoor ze de tool niet konden gebruiken zoals voorzien.

Een aantal huisartsen vermeldde ten slotte dat het **onduidelijk** is wanneer men bij de laatste pagina komt of de informatie opgeslagen is.

Thema 3: tijd

De huisartsen beschreven een grote variatie in de tijd die het hen kostte om de screening af te nemen. Die varieerde van tien tot dertig minuten en wanneer er een tolk nodig was, liep de tijdsduur op tot zestig minuten.
Verschillende huisartsen gaven aan dat de tijd een barrière kan zijn om de screening af te nemen. De administratie die bij het invullen van de tool komt kijken, is tijdrovend.

> *"Al die gegevens van die zwangere invullen, heel dat zorgteam invullen. Terwijl dat dat ook in mijn EMD staat hé. Ik kan perfect van elke zwangere zeggen wie dat is, maar als ik dat er per zwangere echt manueel moet gaan beginnen insteken, da's echt een heel ding. Tijdverlies."* (Arts 3)

De benodigde tijd bleek sterk **afhankelijk van de uitkomst** van de screening. Omwille van tijdsredenen startten huisartsen de screening soms niet op bij vrouwen bij wie zeer veel risicofactoren vermoed werden (zie verder cluster 3 thema 1 "verantwoordelijkheid voor psychosociale screening").

Anderzijds merkten huisartsen ook op dat de afname vaak **vlotter** en sneller verliep **dan verwacht.** Voor de screening een aparte (eventueel iets langere) consultatie uittrekken, bleek wel een voorwaarde voor een afname zonder tijdsdruk.

> *"Ja, als het iemand is met niet veel problemen, dan gaat dat wel rap. Maar dan ga je, dan is het ook niet zo nuttig of zo nodig. Als het iemand is met heel veel eum allez moeilijke situaties dan is het wel tijdrovend. Als je dat inplant, vind ik dat wel oké. Er zijn veel dingen die tijdrovend zijn eigenlijk hé."* (Arts 6)

Twee artsen beschreven een globale **tijdswinst** als voordeel van de tool.

> "*Ik denk hoe wij dat vooral zien, is dat niet echt een investering die wij er uit halen, maar een manier om goed samen te werken en voor iedereen eum tijd te winnen. Dat de tijdswinst niet per se bij ons zit, maar misschien wel bij het teamwork en dat de patiënt niet altijd dezelfde vragen krijgt."* (Arts 1)

> *"Omdat ge alles bevraagt, en dan weet ge onmiddellijk wat de pijnpunten zijn. Want ik zei het hé, in 10 minuten was het gedaan. Dus ik denk dat er meerdere consultaties zou duren om al die aspecten eruit te halen, en nu weet je dat in ene keer, dat was wel goed."* (Arts 11)

Thema 4: timing

Over het algemeen verkozen de huisartsen een **vroege screening** om tijdig tweedelijns medewerkers te kunnen informeren en risicofactoren te kunnen aanpakken. Een andere reden om vroeg te screenen is dat een aantal huisartsen de zwangere vrouw enkel ziet bij het vaststellen van de zwangerschap en dat de verdere opvolging bij de gynaecoloog gebeurt.

> *"Vaak ken je het gezin al heel lang of of ken je je patiënt al heel lang, weet je wel een beetje voorgeschiedenis, eum. 'k Denk dat dat vooral onze meerwaarde kan zijn in dienen tool. Verder in de zwangerschap, ja, wordt het vaak overgenomen door de gynaecoloog."* (Arts 2)

Twee huisartsen stelden voor om de BiB tool screening bij de eerste bloedafname in te plannen. Twee andere huisartsen zagen binnen hun protocol van de zwangerschapsopvolging een mogelijkheid om de screening tijdens de controle op zestien weken te plannen. Eén huisarts zag vier tot zes weken postpartum als een ideaal moment voor een screening.

Voor één huisarts is de BiB tool te **restrictief in tijd** en zou het gebruik uitgebreid moeten worden van de preconceptionele fase tot meer dan een jaar postpartum.

> *"Ik heb het ook een paar keer willen gebruiken dat het niet lukte met de datum. Ik heb het een keer willen gebruiken meer dan 1 jaar postpartum. Dat was bij een vrouw met mentale moeilijkheden. (...) Maar dan na anderhalf jaar begon het besef dat het misschien toch niet normaal was. En dan wilde ik de tool eens gebruiken, maar dan ging dat niet meer. Het was ook een keer hetzelfde preconceptioneel. Dan lukte het ook niet. Als je de datum niet kan invullen, dan kan je ook niet verder in de tool. Terwijl dat het wel nuttig zou kunnen geweest zijn bij die vrouw. Ze zou misschien adviezen kunnen krijgen die ze al zou kunnen toepassen bij haar eerste kindje en dat zou dan ook preventief werken voor een geplande tweede."* (Arts 5)

Cluster 3: beleving en reflecties bij het gebruik van de BiB tool

In deze studie onderzochten we de beleving van het gebruik van de BiB tool in de diepte zowel bij de huisartsen als bij de vrouwen. Sommige thema's kwamen bij beide groepen aan bod, andere thema's doken enkel bij de huisartsen op (zie figuur 3). De bespreking hiervan werd geclusterd in de volgende tien thema's:

- Thema 1 belicht de ambiguïteit van de huisartsen tegenover hun **verantwoordelijkheid voor psychosociale screening**.
- Thema 2 gaat in op de algemene **ervaringen** van de huisartsen en de vrouwen bij het afnemen van de **screeningstool**.
- Thema 3 onderzoekt de **communicatieve drempels en facilitatoren** die een rol spelen bij het (beslissen tot) screenen.
- Thema 4 belicht wat een **taalbarrière** kan betekenen voor de huisarts en de zwangere vrouw bij screening.
- Thema 5 onderzoekt de **taboes** bij de vrouwen en de huisartsen.
- Thema 6 leert dat de rol van en de aandacht voor de **partner** een uitdaging blijkt bij het gebruik van de BiB tool, maar ook bij de perinatale zorg in het algemeen.
- Thema 7 evalueert de **betrouwbaarheid van probleemidentificatie:** hoe staan huisartsen en vrouwen tegenover de betrouwbaarheid, sensitiviteit en validiteit van de tool?
- Thema 8 bundelt de ervaringen met het **samenwerkingsplatform**.
- Thema 9 gaat in op het **privacy** aspect met verrassende inzichten met betrekking tot de gegevensbescherming.
- Thema 10 belicht de mogelijke **opvolging** van een vrouw en haar gezin na de uitgevoerde screening.

Thema 1: verantwoordelijkheid voor psychosociale screening

De huisartsen in onze studie gaven aan dat het kennen van de psychosociale risicofactoren bij hun patiënten inherent is aan hun **professionele rol.** Hierbij vermeldden ze het belang van de geboden longitudinale zorg, de opgebouwde vertrouwensrelatie met hun patiënten en hun rol als spilfiguur in de organisatie van de perinatale zorg.

> *"Normaal gezien als huisarts, als er problemen zijn, eum, geweld of eventueel psychofarmaca of of huisvesting, zou je het eigenlijk al moeten weten nog voor dat je het vraagt hé."* (Arts 2)

> *"De brede parapluscreening is goed voor in het ziekenhuis bijvoorbeeld, maar als huisarts weet je dat wel. Als dat niet zo is, niet om grof te zijn, maar dan heb je een probleem. Bij patiënten die je al lang opvolgt hé."* (Arts 3)

Drie huisartsen aanzagen het als de belangrijkste rol voor zichzelf om zo veel mogelijk van de **risicofactoren** die ze al kennen, in het samenwerkingsplatform van de tool i**n te vullen.** Zo wordt die info bij de verdere opvolging van de vrouw aan de andere zorgverleners doorgegeven.

> *"Vaak ken je het gezin al heel lang of ken je je patiënt al heel lang, weet je wel een beetje voorgeschiedenis, eum. Ik denk dat dat vooral onze meerwaarde kan zijn in die tool."* (Arts 2)

Andere artsen wezen erop dat ze de zwangere vrouw **niet altijd goed kennen**, omdat ze bijvoorbeeld binnen de praktijk worden doorverwezen door een collega die geen zwangerschapsopvolging doet of omdat zwangere vrouwen een jonge populatie vormen die minder frequent bij de huisarts op consultatie komt. De artsen zagen de tool als een middel om in zo'n situatie op een snelle manier een breed zicht op de psychosociale situatie van de vrouw te krijgen.

De tool werd ook gezien als een goede manier om expertise in de psychosociale perinatale zorg op te bouwen. Daarbij werd aangegeven dat de tool mogelijk meer bruikbaar is voor collega's die minder ervaring hebben met gespreksvoering en beleid rond perinatale zorg.

> *"Ik denk dat dat een hele goeie tool is, zeker voor huisartsen of eerstelijnswerkers die dat niet goed in de vingers hebben, die daar weinig van kennen."* (Arts 4)

Verschillende artsen gaven aan dat de screening door een **andere hulpverlener** zou kunnen gebeuren. Sommige huisartsen verwezen naar het ziekenhuis; anderen dachten aan een andere hulpverlener in de eerste lijn: een vroedvrouw, een praktijkassistent, een maatschappelijk werker of het invoeren van een standaard prenatale consultatie bij Kind en Gezin. Men vermoedde dat er daar meer tijd en ruimte is voor zo'n screening.

> *"In een huisartsarme regio denk ik dat het dan eerder zal gebeuren bij een sociale dienst, in het ziekenhuis, of bij Kind & Gezin. Dan denk ik dat dat daar meer op zijn plaats is."* (Arts 4)

> *"(...) denk ik dat Kind&Gezin wel een goede eerste partner is ofzo. Want ja, iedereen moet hen zien, en zij hebben daar ook tijd voor (...) En niet elke zwangere komt bij ons, maar wel bij hen."* (Arts 11)

Door sommige huisartsen werd het invullen van de screening als een **gedeelde verantwoordelijkheid** gezien.

> *"Bij de huisarts, bij de gynaecoloog, bij de vroedvrouw, iedereen vult een stukje ervan in, afhankelijk van wie er wat tijd over heeft. Of wanneer het eens spontaan ter sprake komt in een consult."* (Arts 5)

Eén arts dacht dat inclusie in het **zwangerschapsprotocol** een deeloplossing kan zijn om zo de taakverdeling duidelijker te maken.

> "*En dat zou dan op dat samenwerkingsdocument van de huisarts moeten staan hé. Van, da's de taak van de huisarts op zoveel weken, dat voor ons duidelijk is, dat zou ideaal zijn. En ook wel gemakkelijker om over te babbelen."* (Arts 12)

Eén arts screende systematisch alle zwangere vrouwen. Andere huisartsen bleken een **selectie** te maken van de vrouwen bij wie ze een screening zouden toepassen. Ze zagen de BiB tool als een goed instrument om psychosociale risicofactoren te detecteren bij die vrouwen bij wie er al een vermoeden van bestond.

> *"Handig om op die manier over te spreken. Zeker als je zou denken dat er misschien wel iets is, maar dat je het er moeilijk uit krijgt of zo."* (Arts 6)

Men vermeldde ook dat het vermoeden van heel veel risicofactoren een drempel kan vormen om de tool toe te passen. Enerzijds willen de huisartsen de vrouwen met een reeds gekende **'psychosociale rugzak'** het besparen om hier dieper op in te gaan en anderzijds neemt een screening bij die vrouwen ook te veel tijd in beslag.

> *"Bij de andere vrouwen zou er wellicht meer uitkomen. En ik weet niet of zij daar mentaal klaar voor zijn, of dat ik daar tijd voor heb."* (Arts 11)

De vrouwen zagen de **huisarts als de aangewezen uitvoerder** van de screening. Maar het kan ook een andere hulpverlener zijn op voorwaarde dat de zwangere vrouw er een voldoende sterke vertrouwensband mee heeft.

Bij verdere analyse bleek dat de huisartsen in de **verschillende settings** de BiB tool vooral voor andere collega's nuttig vinden, maar minder relevant voor hun eigen werking. De artsen uit de **wijkgezondheidscentra** vermeldden dat zij al sensitief zijn voor risicofactoren gezien de specifieke populatie die bij hen op consultatie komt. Daarom zien ze de tool eerder als een nuttig middel voor huisartsen die met psychosociale risicofactoren minder ervaring hebben.

> *"We hebben een redelijk aparte populatie en we zijn daar al sensitief voor. Bij mensen met maagklachten bevragen we ook de psychosociale factoren. Bij andere Vlaamse huisartsen is dat misschien al wat minder."* (Arts 4)

> *“Omdat wij vanuit onze setting hé, waarin wij werken, in een wijkgezondheidscentrum, voelen wij die nood ook veel minder hé. (...) Eum, ja, en wij screenen sowieso al op allerlei kwetsbaarheden uiteindelijk.”* (Arts 8)

Artsen uit meer **rurale of residentiële praktijken** daarentegen meenden dat er in hun populatie veel minder psychosociale risicofactoren in de perinatale periode voorkomen en vonden de tool geschikter voor contexten waar meer risicofactoren opgepikt kunnen worden.

> *“Maar ik denk dat het in andere regio’s misschien toch interessanter zou zijn. We hebben wel mensen van verschillende culturen, maar over het algemeen geen super kwetsbare populatie. Ik denk bijvoorbeeld, de praktijk waar ik stond in Ledeberg, als HAIO, dat daar de tool al veel meer vrouwen zou kunnen oppikken.”* (Arts 7)

Thema 2: ervaringen met de screening

Wanneer de **huisartsen** voorbij de drempels van het opstarten en de administratie geraakten en ze effectief met de tool aan de slag gingen, ervoeren ze de screening in het BiB platform als gebruiksvriendelijk, vlot, intuïtief en soms zelfs drempelverlagend. Ook de vrouwen gaven aan dat de afname vlot verliep.

> *“Op zich was het zeer gebruiksvriendelijk, allez, was het zeer intuïtief om te gebruiken.”* (Arts 10)

> *“Dat dan eigenlijk niet veel voorstelde. Dat duurde dan ook niet lang.”* (Vrouw 1)

De **vrouwen** ervoeren de screening eerder als onverwacht, maar ze vonden het wel normaal dat hun huisarts dergelijke vragen stelt. De Vlaamse vrouwen gaven aan dat de vragen gelijkaardig waren als bij hun vorige zwangerschappen. De niet-Vlaamse vrouwen leken vaker verrast door de inhoud van de vragen. De subjectieve appreciatie van de vrouwen varieerde heel erg. Sommige vrouwen vonden dat de tool weinig voorstelde, anderen omschreven die als waardevol.

Zowel de huisartsen als de vrouwen gaven aan dat sommige screeningsvragen voor **interpretatie vatbaar** zijn. Vooral de vragen rond sociaal steunnetwerk zijn niet helemaal duidelijk.

> *“Dat er onduidelijkheden waren in de gesprekken. Dat kwam bijvoorbeeld een paar keer terug bij de vragen rond hulp krijgen van mensen in de omgeving, bijvoorbeeld de buren, versus, die hulp te vragen. Voel je de mogelijkheid om hulp te vragen? Of krijg je hulp spontaan? Of het wordt aangeboden? Dat kan je in het gesprek duidelijk maken als je informatie wilt, maar da’s niet duidelijk in de vraagstelling. (...) Bij het luik van ‘steun bij problemen’, vroeg ik mij af; de man, telt die ook? Of is het gewoon per gezin?”* (Arts 4)

> *“Maar ik weet wel nog dat ik dat dan vroeg, van “bedoel je zo of zo?” en dat ze zelf niet goed wist, en dat ze dan zelf had opgeschreven van inderdaad, da’s misschien niet zo duidelijk.”* (Vrouw 1)

Zowel de huisartsen als de vrouwen vermeldden dat ‘ja/neen’ of **gecategoriseerde antwoorden** te beperkend aanvoelen. Ze stelden voor om sommige vragen te verduidelijken aan de hand van voorbeelden en om een nuancering toe te laten op vragen die zich moeilijk lenen tot een binair antwoord.

> “*Misschien zou het ook niet slecht zijn dat er zo wat voorbeeldjes bij staan, bijvoorbeeld van verbaal geweld, dat niet iedereen dat hetzelfde zou omschrijven. Dat je zo kan zeggen van beledigen, of roepen, dat zoiets misschien wat concreter zou kunnen. (...) Als ze dan direct zeggen van: “nee, geen verbaal geweld,” maar eigenlijk je stem verheffen op een beledigende manier, dat dat eigenlijk daar wel bij kan passen hé.”* (Arts 11)

Zowel de huisartsen als de vrouwen stelden dat de ervaringen en belevingen van **vorige zwangerschappen** en bevallingen heel erg belangrijk zijn voor het psychosociaal welbevinden voor, tijdens en na een nieuwe zwangerschap. Dit onderwerp werd gemist in de BiB tool. De deelnemende vroedvrouw en twee huisartsen vermeldden dat zij – vóór hun kennismaking met de BiB tool - reeds een screening gebruikten die uitgebreider is dan de indicatoren van de tool.

> “*Wij hadden een checklist regionaal ook eigenlijk over kwetsbaarheden afgesproken. Dus, ja, de vragen van de BiB tool zijn misschien zelfs een klein beetje beknopter dan de vragen.”* (Arts 1)

> “*Het is dat dat ik ook een keer wou polsen, want dat (ervaring met vorige zwangerschappen cfr.) heb ik niet horen vallen.”* (Vrouw 7)

Thema 3: communicatieve drempels en facilitatoren

Zowel de vrouwen als de huisartsen gaven aan dat de screening zich weinig leent tot nuancering en het in beeld brengen van de context. Daardoor leek de afname voor beiden soms aan te voelen als een **checklist** i.p.v. een natuurlijk gesprek. Een arts verwoordde dit als **‘afvinkgemak’**. Huisartsen leken een natuurlijk gespek te verkiezen boven een checklist, omdat ze het gevoel hadden dat het verhaal van de vrouw en het gezin anders dreigde verloren te gaan. Twee artsen vermeldden dat meer opleidingsmogelijkheden de drempel om de tool te gebruiken voor hen zou verkleinen.

> *“Dan steek ik liever tijd in een dialoog met m’n patiënt. Hoe ze de zwangerschap beleeft, of ze een rouwproces doormaakt, of ze dingen niet meer kan doen die ze vroeger wel deed, et cetera."* (Arts 3)

> *“Ehm, met die lijst, met dat dat zo via een lijst gaat, via een computer, wordt overlopen, voelt dat wel niet als een natuurlijk gesprek ofzo. Ik weet niet of dat de bedoeling is van de tool of ze dat echt erbij nemen, want daardoor voelt ge wel dat dat een gesprek is om af te vinken van ‘ik heb het gevraagd’. Wat niet zo natuurlijk aanvoelt ofzo.”* (Vrouw 1)

Huisartsen namen tijdens de afname gemakkelijk hun **computerscherm** met de vragen erbij. Ze beschouwden het delen van hun scherm als een vorm van informed consent of als een manier om naar de vrouw toe transparantie te bieden.

> “*Zij sprak bijvoorbeeld Engels, ik had dan zo het scherm gedraaid en ze kon dan meelezen. Ze was dan echt zo vree aan het lezen, welke antwoordmogelijkheden zijn er, en dan moet ge ook niet zo alles beginnen voorlezen enzo. (...) ‘t Is wel een valkuil om op een scherm te bekijken hé, maar dan stelde ik ook zo een bijvraag, en trok ik het gesprek zo wat open. Ik denk inderdaad dat het anders wel verleidelijk is, ook voor de patiënte, om te blijven bekijken. ‘t Is anders wel rap een enquête waar dat ge als huisarts dan zowat bijzit hé.”* (Arts 11)

De vrouwen daarentegen vonden het beter wanneer de computer er niet werd bij gehaald. Anders voelden zijde screening aan als een weinig natuurlijke checklist-bevraging aan. Eén vrouw noemde het ontbreken van haar moedertaal in de tool een voordeel, omdat de focus op het scherm daardoor verdween.

Thema 4: taalbarrière

Voor de huisartsen was een taalbarrière geen beperking om de screening af te nemen. Indien nodig, werd een tolk ingeschakeld.

> “*Het hangt ervan af. Bij een patiënt waar je eigenlijk een tolk nodig hebt, gaat dat niet zonder tolk inderdaad. Eum. Maar diegene die de taal goed spreken, ja, lukt het screening zeker wel.”* (Arts 1)

Eén huisarts vermeldde dat een patiënte de Engelse vertaling van de tool niet altijd goed begreep.

> *"Hmm, en dan heb ik een keer de BIB tool in het Engels uitgevoerd. Allez, ik heb die taal veranderd, en de vertaling leek wel juist, maar de patiënt verstond het dan niet altijd. Bijvoorbeeld, “problems at the end of the month”, dat is iets wat ik dan moest uitleggen. Ik ben zelf ook niet goed in Engels, ik wist soms ook niet goed hoe, maar we zijn er geraakt (lacht).”* (Arts 4)

Bij een aantal vrouwen was de tool niet beschikbaar in hun moedertaal. Dit werd door één vrouw als een gemis bestempeld, maar een andere vrouw zag dat juist als een voordeel, want hierdoor was het computerscherm van ondergeschikt belang en leek de afname meer op een echt gesprek.

> *“It was good. We talked like two women in the market.”* (Vrouw 5)

Thema 5: taboe

Huisartsen meldden weinig drempel te ervaren om de screening af te nemen. Vrouwen gaven aan dat spreken over psychosociaal welzijn tijdens de perinatale periode maatschappelijk aanvoelt als een taboe. De bespreekbaarheid tegenover hulpverleners daarentegen leek een lagere drempel te kennen. Ze voelden zich het comfortabelst tegenover de huisarts en/of de vroedvrouw.

De vragen specifiek over (intrafamiliaal) geweld bevonden zich zowel voor de artsen als voor de vrouwen in de taboesfeer. De artsen voelden hier een bepaalde noodzaak om de vragen te kaderen. Dit gebeurde op twee manieren. Sommige artsen omschreven de zwangerschap als een ingrijpende periode waarbij het belangrijk is om zicht te krijgen op het psychosociaal welzijn om de vrouw en haar gezin, waar nodig, te kunnen ondersteunen.

> *"Geweld is altijd iets moeilijk, maar ik kader dat altijd eerst op voorhand, van waarom ik die vraag ga stellen. Anders is dat wel zo wat bruskerend."* (Arts 4)

Twee artsen voelden ook de nood om de vragenlijst in zijn totaliteit te kaderen. De afname werd voorgesteld als iets formeels. De artsen legitimeerden de screening door aan te geven dat de tool een initiatief was van de overheid.

> *"Dan kunt ge wel zo uitleggen van "kijk, er is een tool van de Vlaamse overheid ontwikkeld om te kijken hoe het gaat in de zwangerschap en of en hoe we kunnen helpen""* (Arts 11)

In het interview met een Afghaanse vrouw werd het belang van cultuursensitief niet-stigmatiserend screenen pertinent duidelijk.

> *"Like I was oppressed by my husband. I didn't like that very much, because people sometimes think that all Afghan cultures oppress their women."* (Vrouw 5)

Thema 6: partner

Bij de BiB tool screening door de **huisarts** waren de partners nooit aanwezig. Huisartsen stonden ambivalent tegenover de aanwezigheid van de partner bij een dergelijke screening. Men ervoer een drempel om thema's als intrafamiliaal geweld te bespreken in aanwezigheid van de partner. In dat geval vreesde men voor de validiteit van het antwoord. Dit leek voor de artsen nog moeilijker als er daarnaast ook een taalbarrière is en de partner als tolk fungeert.

> *"Dat de partners erbij zijn, dan is het, mijn vertrouwen in het juist antwoorden, heel laag. Dan weet ik, en dat schrijf ik ook in het dossier op, dat het best opnieuw gebeurt zonder de man, als ik problemen vermoed."* (Arts 4)

> *"Dat had ik bijvoorbeeld in Gent dan heel vaak dat alles via de man ging en dat de vrouw dan zo ja maar de info kreeg via hem en ja dat is, dat vind ik altijd lastig (lacht). Eum, ja, dan ga je moeilijk thema's als 'is er fysiek of verbaal geweld' dan zijn sommige dingen niet mogelijk om te bespreken dan."* (Arts 10)

Enkele huisartsen benoemden de positieve effecten van een **één-op-één** gesprek met alleen de vrouw, want dit liet hen toe om in te zoomen op de beleving van de vrouw zelf.

> *"En ik denk dat de vrouw dat ook wel fijn vind, om even aandacht voor zichzelf te krijgen."* (Arts 4)

Anderzijds vermeldde één huisarts dat de andere thema's die in de screening besproken worden, het **hele gezin aanbelangen** en dat het dus wel belangrijk kan zijn om die thema's samen met de partner te bespreken.

> *"Eum, allez, moest het bijvoorbeeld zijn rond zorgen rond werk of rond eum opvang of dergelijke of bijvoorbeeld weinig omkadering hebben, kan je daar ook met twee misschien wel instaan en met twee misschien zorgen rond hebben. Eum, tout court is zo de betrokkenheid van de partner heel vaak zo iets die zo (lacht) dat verdwijnt zo vaak een beetje in het verhaal."* (Arts 10)

De meeste vrouwen vonden de **aanwezigheid** van hun partner bij de BiB tool **geen vereiste**. Verschillende vrouwen gaven aan dat het praktisch moeilijk haalbaar zou zijn om hun partner mee te laten komen door overlappende consultatie- en werkuren. Verschillende vrouwen informeerden hun partner wel achteraf. Bij de niet-Vlaamse vrouwen kwam in twee interviews een factor verplichting naar boven.

> *"Ja. Een vrouw moet altijd met haar man over deze zaken spreken."* (Vrouw 2)

De meeste vrouwen benoemden hun partner als een **klankbord**. Toch was er soms enige **ambivalentie** door de moeilijkheden inherent aan de nieuwe taakverdeling die het ouderschap met zich meebrengt. De huisarts leek op dit vlak voor verschillende vrouwen een mogelijke rol te kunnen vervullen als luisterend oor of als bemiddelaar.

> *"Because during that week my husband uhm he worked a lot. He ignored my emotions. So I told this to her. And then after the questionnaire she asked if she uhm needed to talk with my husband to let him know what I'm thinking and how do I feel. (...) If there is some question, you don't want to talk it, to speak it out, then I think the doctor may be the third person will be a way to solve this, to improve the relationships."* (Vrouw 3)

> "*Mijn partner moet dat ook zeker niet allemaal. Maar het is wel zo dat ik ermee vecht en hem moet overtuigen doe alsjeblieft meer, want er wordt van mij ook meer verwacht dan dat ik eigenlijk kan als mama."* (Vrouw 7)

Thema 7: betrouwbaarheid van probleemidentificatie

De vrouwen gaven aan dat hun antwoorden vaak **tijd- en situatiespecifiek** zijn. Eén vrouw wees bijvoorbeeld op het fluctuerend karakter van mentaal welbevinden. De screening wordt op één bepaald moment afgenomen; het momentane antwoord kan dus een weinig representatief beeld geven.

> *"So because for me, I think, for the mental, it changes during the pregnancy (...) In the last two weeks maybe I'm good, because I'm in the uhm second stage, so my body and my mental is fine. But if you ask me how about that, at the beginning, I maybe I feel anxious (...) The anxiety, the depression and the peace we express this different in different stages."* (Vrouw 3)

In de antwoorden op de ja/nee-vragen kan weinig of geen nuance meegegeven worden. Daardoor kan een niet-representatief beeld gecreëerd worden. Zo vermeldde één vrouw dat de screening bij haar volledig negatief was alhoewel zij op dat moment grote stress ervoer. Die stress werd door de tool dus niet gecapteerd. Ook de huisarts die de BiB tool bij de vrouw afnam, gaf deze beperking in sensitiviteit van de tool aan.

> "*Ik weet, ik behoor niet tot de mensen die het ook op papier misschien kwetsbaarder hebben. Maar dat wil daarvoor niet zeggen dat in je zwangerschap niet wel dingen hebt waar dat je mee sukkelt. Dus had ik zo na het ding zo van "ja, 'k heb weer goed gescoord hé, 'k heb weer m'n rapportje binnen", maar eigenlijk zijn er verschillende dingen niet aan bod gekomen. (...) 't Feit dat ik ermee inzit als ik vroeger beval, dat we nog geen opvang hebben in die tussenperiode, wat doe je dan? Het feit dat m'n vent z'n werk kwijt is."* (Vrouw 7)

> *"Eum, allez ik had heel erg het gevoel dat zijn overal ja uitkwam alsof er geen problemen waren en toch had zij het gevoel van "ik voel mij wel onzeker in mijn zwangerschap" en dat kon eigenlijk niet letterlijk op basis van die vragen eruit gehaald worden."* (Arts 10)

Eén huisarts voelde twijfel bij de **validiteit van de antwoorden** van één patiënt. De andere huisartsen rapporteerden dit thema niet. Twee vrouwen brachten spontaan het concept van **sociaal wenselijk antwoorden** aan. Ze stelden dat het wellicht gemakkelijker is om waarheidsgetrouw te antwoorden als je op de vragen goed scoort.

> *"Ik denk dat het wel, dat het goed is dat ze dat vroeg, maar ik denk wel dat ik in een bevoorrechte positie zit, of dat het makkelijk is voor mij, omdat ik niet, ehm, allez, in een goede sociale situatie zit. Dus dan is het ook niet moeilijk, om, alsof je op alles het sociaal wenselijk antwoord kan geven. Dus op die manier weet ik niet goed hoe representatief dat dan is."* (Vrouw 1)

Vooral de niet-Vlaamse vrouwen leken ook (gedeeltelijk) een **verplichting** te voelen om informatie met de huisarts te delen.

Sommige huisartsen gaven aan dat ze uit de screening geen nieuwe informatie over hun patiënt konden halen, omdat ze de **risicofactoren** reeds kenden of omdat de vrouw al op een andere manier gescreend was. Andere huisartsen stelden dat ze met behulp van de BiB tool wel risicofactoren waarvan ze voordien niet op de hoogte waren, ontdekt hadden. Bij de huisarts die de tool het meest gebruikt heeft, kwam bij vijf van de acht gescreende vrouwen een risicofactor naar boven.

Thema 8: ervaringen met het samenwerkingsplatform

De huisartsen aanzagen het als een gemis dat de **ziekenhuizen en eerstelijnspartners** de BiB tool (nog) niet gebruiken. Hierdoor was er geen mogelijkheid tot interprofessionele samenwerking en bleef de screening voorlopig eenrichtingsverkeer. Twee huisartsen gaven aan dat er in de ziekenhuizen in hun regio reeds naar psychosociale kwetsbaarheden gescreend wordt, maar dat hiervoor een andere vragenlijst gebruikt wordt. De hierdoor verkregen info wordt niet naar de huisarts teruggekoppeld.

> *"En dus ook het feit dat het in de omgeving nog niet echt gebruikt wordt. Te meer dat (ziekenhuis) waarschijnlijk zelfs met een andere vragenlijst zou gaan werken. Eum en daar veel onduidelijkheid over is regionaal bij ons. (...) Maar ik denk dat dat een beetje maakt dat de start moeizaam loopt omdat de ziekenhuizen er nog niet mee weg zijn."* (Arts 1)

> *"Bijvoorbeeld in (ziekenhuis), zij doen bij de zwangerschapsintake al een vorm van hé. En ik vind dat wel goed omdat ze heel vroeg in de zwangerschap al kunnen vlaggen van da's iemand at risk. (...) Dat staat nooit op de brieven."* (Arts 3)

De huisartsen stelden dat er nood is aan meer interprofessionele samenwerking, zowel in het domein van de perinatale periode, als in andere domeinen van de huisartsgeneeskunde. Ze meldden dat intensievere samenwerking in een gemeenschappelijk medisch dossier vooral **tijdwinst** zou betekenen en zou vermijden dat de patiënt steeds dezelfde vragen krijgt. Het zou voor de huisartsen een duidelijker overzicht geven van de interprofessionele rolverdeling.

> *"Ik denk hoe wij dat vooral zien is dat niet echt een investering die wij eruit halen, maar een manier om goed samen te werken en voor iedereen eum tijd te winnen. Dat de tijdswinst niet per se bij ons zit, maar misschien wel bij het teamwork en dat de patiënt niet altijd dezelfde vragen krijgt. (...) Ik denk echt dat is iets waar wij regionaal al zo lang op zitten wachten, een gemeenschappelijk dossier, dat gaat enorm veel doen hé."* (Arts 1)

> *"Ik denk dat we nu vaak toch met verschillende mensen rond hetzelfde bezig zijn of denken dat de andere daarmee bezig is, maar dat er niemand mee bezig is."* (Arts 8)

Enkele huisartsen gaven aan veel belang te hechten aan het **rechtstreekse contact** met de andere hulpverleners in het opgebouwde zorgnetwerk. Ze vreesden dat het gebruik van de tool dat rechtstreekse contact zou kunnen ondermijnen.

> *"Awel, dat is bij mij één van mijn bezorgdheden met dat BiB eum platform. Dat is heel mooi kwestie van ge hebt uw zorglandschap en ge hebt uw sociale kaart hé, maar uw rechtstreeks contact met de andere is enorm belangrijk in zo'n setting. (...) Ge gaat toch nog altijd heel hard rechtstreeks moeten communiceren. En niet enkel via de tool of denken: "het staat er nu toch in, het is oké, ik kan het loslaten." Dat dat dat weet ik niet of dat zo goed gaat werken."* (Arts 8)

Verschillende huisartsen en de vroedvrouw uitten zich heel lovend over de in de BiB tool **geïntegreerde sociale kaart.** Die is een grote hulp om gericht te kunnen doorverwijzen. Sommigen hebben dankzij het gebruik van de databank al nieuwe doorverwijsmogelijkheden ontdekt. De artsen en de vroedvrouw gaven aan dat ze deze functie graag onafhankelijk van de screeningstool zouden willen gebruiken.

> *"Wat ik ook echt heel handig vind in de tool is de sociale kaart. (...) Wanneer je een bepaalde problematiek vermoedt (...) en dan specifiek voor dat probleem de sociale kaart erbij nemen. (...) En je hebt onmiddellijk een overzicht waar je naartoe kan verwijzen en je kan dit ook meegeven met de patiënt."* (Arts 5)

Vijf van de twaalf huisartsen stelden voor om de BiB tool te integreren in het zwangerschapsboekje van **Kind & Gezin** en om dit in zijn geheel te digitaliseren. Op die manier zou zowel voor de medische als voor de psychosociale zorg in een gedeeld zwangerschapsdossier samengewerkt kunnen worden.

> *"Ik denk persoonlijk dat we voor elke zwangere, moeten gaan naar een online zwangerschapsdossier via Kind&Gezin, die dat boekje vervangt. En dat je online inlogt met een link vanuit je medisch programma, en dat alles van follow-up gewoon daarin gegroepeerd staat. En dat dat dan ook gewoon doorloopt na de bevalling."* (Arts 9)

Thema 9: privacy

Bij één huisarts bestond er onzekerheid vanwege het **juridische aspect** door onvoldoende kennis rond de privacywetgeving van de tool (zie cluster 2, thema 1 “administratieve en juridische randvoorwaarden bij de opstart”). Voor een aantal deelnemers, waaronder de huisarts die de screeningstool het frequentst gebruikte en één vrouw, was het expliciet niet duidelijk dat alle gegevens gedeeld worden en zichtbaar zijn voor andere hulpverleners. Of de vrouwen en de artsen ervan op de hoogte waren dat de vrouwen geen inzage hebben in hun dossier, is onduidelijk. In de meeste interviews kwam dat onderwerp niet ter sprake.

> *“Ik weet niet, is er maar één hulpverlener die dat dan ziet, of iedereen?”* (Arts 4)

> Vrouw 3 (als antwoord op de vraag: “did your doctor tell you this information is shared with other caregivers”): *“No. I see. No. He just said this would be used… But I’m not sure if my memory is correct.”*

Huisartsen erkenden het belang van een geïnformeerde toestemming om informatie te delen, maar als de arts die geïnformeerde toestemming duidelijk wil uitleggen, neemt dat wel wat tijd in beslag.

> *“Ik zou het wel aan de patiënte vragen of ik het mag meedelen hé. Maar ik denk als je dat goed aanpakt, dat dat geen probleem mag zijn.”* (Arts 2)

Voor de **vrouwen** leken de verwachtingen rond het delen van informatie afhankelijk van de informatie die uit de screening verkregen wordt. Voor hen was het relevant om te weten welke informatie precies gedeeld wordt en wie die informatie te zien krijgt. Het is echter niet mogelijk om dit in de tool aan te duiden.

> *“Ik vind dat dubbel omdat enerzijds denk ik van da’s goed dat je niet elke keer je verhaal moet doen, maar anders denk ik dat ge liever zelf soms uw verhaal wilt doen dan dat het wordt afgeleid uit een computer. Dus ja, ik weet het niet.”* (Vrouw 1)

De vrouwen gaven aan dat dankzij de tool vermeden kan worden dat ze hun verhaal telkens moeten herhalen. Eén vrouw zou het wel vreemd vinden als een hulpverlener haar over iets aanspreekt dat ze bij een andere hulpverlener aangekaart heeft.

> *“Dat zou ik wel raar vinden. Zo van, ‘die begint nu over iets, maar ik heb dat nog nooit met haar besproken’.”* (Vrouw 1)

De **vroedvrouw** meldde dat ze uit ervaring weet dat vrouwen niet altijd willen dat gevoelige informatie (bijvoorbeeld info rond seksueel geweld) neergeschreven en gedeeld wordt.

> *“Vaak willen ze ook niet dat dat in het boekje geschreven wordt.”* (Vroedvrouw)

Thema 10: opvolging

Zowel de artsen als de vrouwen stelden dat de BiB tool zorgt voor het **creëren van een opening** om later op psychosociale thema's terug te komen. Verschillende huisartsen gingen ervan uit dat het aangeven van interesse in dergelijke thema's (al dan niet via de tool) voor de vrouwen de drempel verlaagt om de artsen achteraf hierover te contacteren.

> *"En ook de winst die je niet gaat kunnen meten, eum, dat de patiënt gehoord heeft dat ge die vragen stelt en dat dus later, als dat nodig is, dat ze ook bij ons terecht kunnen met zo'n problemen. Dat dat ook voor ons gezondheid is."* (Arts 1)

Dit vermoeden werd door verschillende vrouwen bevestigd. Ze gaven aan dat ze bij een hulpverlener die interesse in psychosociale zorg toont, minder geremd zijn om over die problemen te spreken.

> *"Ja, want, soms zegt ge het de eerste keer niet, maar wilt ge dat de volgende keer wel zeggen of vragen. Maar als het elke keer een andere vroedvrouw is, of ge voelt van er is geen tijd, gaat ge dat ook niet doen."* (Vrouw 1)

Drie huisartsen meldden dat ze dankzij de tool één of meerdere **verwijzingen** gedaan hebben. Ze verwezen door naar de dienst maatschappelijk werk, het CAW, het mobiel crisisteam en naar een psycholoog. Maar de vrouwen gingen hier vaker niet dan wel op in. Geen enkele van de vrouwen gaf aan dat er bij haar na de afname een specifieke handeling opgezet werd. De redenen hiervoor zijn onduidelijk.

Enkele vrouwen stelden dat screening naar psychosociale risicofactoren niet zonder gevaar is als de huisarts de gedetecteerde problemen achteraf niet kan opvolgen door gebrek aan tijd of **doorverwijzingsmogelijkheden**.

> *"The ideal would be that there is a place, or a system, where you can get easy access to a psychologist or psychiatrist. Or maybe a psychologist could evaluate and direct you to a psychiatrist, for people in need. In fact, it is not only about new mothers, or pregnant women, because in fact some other people also have mental problems. I needed help back then and it was horribly difficult to get access to psychological help."* (Vrouw 8)

Eén vrouw vertelde dat een hospitalisatie in het kader van een postnatale depressie/psychose een ander verloop had kunnen kennen of vermeden had kunnen worden als de screening vroeger in de zwangerschap uitgevoerd was en als de vrouw als minder vrijblijvend ervaren had.

Discussie

Samenvatting van de bevindingen en toetsing aan de literatuur

Samenvatting van de bevindingen

Tabel 4 geeft een samenvatting van de voordelen, de barrières en de nadelen bij het gebruik van de BiB tool die uit dit onderzoek geëxtraheerd konden worden.

Voordelen bij het gebruik van de BiB tool	
1. Drempelverlagend effect voor het bespreken van psychosociaal welzijn 2. Interprofessioneel samenwerkingsplatform 3. Sociale kaart en doorverwijsmogelijkheden	
Barrières voor de opstart met de BiB tool	
1. Tijd (ambivalent) 2. Technische aspecten: afwezigheid van link in EMD 3. Administratieve aspecten 4. Selectie voor screening	
Nadelen bij het gebruik van de BiB tool	
Screening	1. ‘Checklist-gesprek met afvinkgemak’, verdwijnen van context/nuancering/verhaal 2. Betrouwbaarheid/sensitiviteit/validiteit van screening 3. Taboe
Samenwerking	Privacy
Opvolging	Screening wordt niet gevolgd door behandeling en opvolging

Tabel 4: samenvatting van de voordelen, de barrières en de nadelen bij het gebruik van de BiB tool

Zowel de huisarts als de vrouwen ervoeren het bespreken van psychosociaal welzijn tijdens de perinatale periode als heel belangrijk. In die context heeft de BiB tool meerdere voordelen. Het gebruik ervan heeft een drempelverlagend effect, omdat de zwangere voelt dat de zorgverlener interesse vertoont in psychosociale zorg. Ook het interprofessioneel samenwerkingsplatform werd door de vrouwen en huisartsen geapprecieerd. Het is een handig communicatiekanaal en bevat een geïncludeerde sociale kaart die de huisarts meteen gerichte doorverwijzingsmogelijkheden aanreikt. Desondanks verhinderden verschillende (praktische) barrières het merendeel van de nochtans gemotiveerde huisartsen om de tool langdurig te gebruiken of zelfs om die op te starten. Het ontbreken van een link vanuit het EMD en een overweldigende administratieve last werden daarbij genoemd als grootste barrières. Op het moment van dit onderzoek was het nog niet mogelijk om de tool te integreren in de meest gebruikte huisarts softwarepakketten in België.

De huisartsen uitten zich eerder ambivalent tegenover de tijdsinvestering. Verschillende artsen meldden ook een moeilijke indicatiestelling tot screening (van systematische screening tot opportunistische selectie, waarbij de vrouwen bij wie zeer veel risicofactoren bekend of vermoed werden, net vermeden werden). Door de gestandaardiseerde bevraging vormt het communicatief een moeilijke evenwichtsoefening om de screening toch zoveel mogelijk als een natuurlijk gesprek te laten verlopen. Bovendien voelde men twijfel bij de validiteit van de screeningsresultaten. De screening is immers niet volledig sensitief voor emotionele stress en psychosociaal welzijn heeft sowieso een situatie- en tijdsgevoelig fluctuerend karakter. De inhoud van de vragen werd door de vrouwen en de huisartsen als normaal beschouwd, maar de vragen naar geweld situeerden zich toch in de taboesfeer. Cultuursensitief screenen bleek enorm belangrijk. Verder vormden de privacyproblemen die bij het samenwerkingsplatform kunnen ontstaan, een grote uitdaging. Ten slotte resulteerde bij onze studiepopulatie het detecteren van risicofactoren niet in een goede opvolging.

Literatuur naar de barrières

Alhoewel de huisartsen gemotiveerd waren en de voordelen van de tool erkenden, slaagden de meesten er niet in om de tool langdurig te gebruiken en bij sommigen lukte het zelfs niet om die op te starten. Grootschalig internationaal literatuuronderzoek suggereert dezelfde bevinding. Huisartsen omarmen het idee van een screeningstool, maar gebruiken deze weinig en zien de tool eerder als een vrijblijvende toevoeging (41).

Verschillende auteurs vermelden de factor tijd als een belangrijke drempel voor hulpverleners om mentaal welzijn in de zwangerschap te bespreken (2,35,36,37,41). Bij de huisartsen die aan onze studie deelnamen, bleek tijd ook een drempel te zijn. Het voorzien van meer tijd bij zwangerschapsopvolgingen kan voor Deense huisartsen als facilitator voor het screenen naar kwetsbaarheden in de perinatale periode fungeren (38).

Opvallend is dat de huisartsen vermeden om de screening af te nemen bij vrouwen bij wie ze zeer veel risicofactoren vermoedden. Hiervoor gaven de artsen tijd als barrière aan alsook het feit dat ze deze vrouwen niet bijkomend wilden belasten.

Een kanttekening hierbij is dat de huisartsen bij het initiëren van de screening een bepaalde weerstand leken te ervaren, want ze voelden de nood om de tool te kaderen. Twee artsen legitimeerden de screening door te vermelden dat de BiB tool een overheidsinitiatief is. Mogelijk wordt de motivatie van hulpverleners ook beïnvloed door niet-genoemde drempels zoals schroom voor het bespreken van gevoelige en vaak complexe thema's. Het gekende taboe rond perinatale psychosociale moeilijkheden zowel bij patiënten als bij hun hulpverleners kan hierbij een rol spelen (2,35,36,39,40). In de literatuur beschrijft men ook dat hulpverleners bij het bespreken van perinatale psychosociale problemen vrezen om door het stigma dat hiermee gepaard gaat, de vertrouwensband met de patiënt te schaden (2,38). In Deens kwalitatief onderzoek worden een (subjectief) minder goede arts-patiëntrelatie, jonge leeftijd en mannelijk geslacht gezien als weerhoudende factoren om een psychosociale screening uit te voeren (38). Dit kan wijzen op een mogelijke hypothese dat hulpverleners uit schroom (on)bewust perinatale psychosociale thema's vermijden.

Partner

Hoewel het (nieuw) ouderschap ook voor de partner een ingrijpende levensgebeurtenis is, wordt in de BiB tool het psychosociaal welzijn van de partner niet bevraagd. De huisartsen stonden ambivalent tegenover de aanwezigheid van de partner tijdens de screening. Enerzijds werd de aanwezigheid van de partner ervaren als een drempel om bepaalde thema's openlijk te bespreken, maar anderzijds vormde de afwezigheid een nadeel bij het bespreken van onderwerpen die het hele gezin aanbelangen. De vrouwen verklaarden de afwezigheid van hun partner voornamelijk vanuit praktische redenen (nl. tijd) en ze leken er weinig belang aan te hechten.

Ambivalentie van partners over hun betrokkenheid en steun én praktische belemmeringen zijn in de literatuur gekende drempels naast vooroordelen over mannelijkheid en vaderschap (45). Zoals in de inleiding beschreven, is maternale depressie de sterkste voorspeller van paternale depressie (65). Maar omgekeerd beïnvloedt het functioneren van de partner ook het maternale welzijn en kan het een verhoogd risico op ontwikkelingsproblemen bij de nakomelingen betekenen (16). Vandaar beschrijft men de noodzaak tot transitie van een gendergerichte benadering naar een gezinsgerichte aanpak inclusief een systematische screening van paternaal (of beter *'partnernaal'*) welzijn (66).

Opvolging

Detectie en zorg gaan hand in hand. Het screenen op mentale problemen heeft enkel zin als er voor de vrouw en haar gezin aangepaste zorg mogelijk is (3). Uit grootschalig reviewonderzoek blijkt dat routinematig screenen zonder adequate zorg niet nuttig is (43). Een beperkt aantal studies tonen wel enige evidentie van een positief effect van screening op postnatale morbiditeit (13) en kosteneffectiviteit (26). Als deze screening deel uitmaakt van routine perinatale zorg, werkt dit bovendien drempelverlagend (28).

Grofweg een kwart van de geïncludeerde huisartsen verwezen door naar bepaalde instanties (CAW, maatschappelijk werk, mobiel crisisteam of psycholoog), maar concrete acties gelinkt aan de screening werden door de doorverwezen vrouwen - om onduidelijke redenen - niet of weinig nagekomen. Hoewel de vrouwen dus over het algemeen zeer positief stonden tegenover het initiatief, werd de meerwaarde van de screening, specifiek met het oog op verdere doorverwijzing, amper erkend. Dit stemt overeen met onderzoek, waaruit blijkt dat minder dan 50% van de vrouwen, gediagnosticeerd met een perinatale depressie, hulp zoekt of aanvaardt (67). Ook kwalitatief onderzoek toont aan dat, wanneer een stoornis gedetecteerd wordt, de hulpverlener meestal wel psychotherapie voorstelt, maar dat de meerderheid van de vrouwen er niet toe komt (32). Het normaliseren van gevoelens door de dichte omgeving of door zichzelf (28) en het gebrek aan kennis of het gevoel dat er door zorgverstrekkers onvoldoende rekening met hun specifieke situatie gehouden wordt (44), zijn beschreven drempels om actie te ondernemen na een positieve screening. Vrouwen die eerder behandeld werden voor psychische aandoeningen, een eerste zwangerschap beleven en een beperkte vertrouwensband met de zorgverlener hebben, blijken minder vaak actie te ondernemen (28).

Twee artsen vernoemden een tekort aan psychische hulpverlening. De frustratie rond beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg blijkt ook uit een grootschalige meta-review (68), met versnippering van het zorglandschap, beperkte transparantie voor de patiënt en beperkte kennis door de hulpverleners als gekende drempels binnen de Vlaamse zorgcontext (31).

Eigenaarschap van verantwoordelijkheid

De huisartsen in onze studie stelden dat het kennen van de psychosociale risicofactoren bij hun patiënten inherent is aan hun professionele rol, al dan niet in een gedeelde verantwoordelijkheid met andere betrokken hulpverleners (voornamelijk de vroedvrouw). Ze wezen hierbij op het belang van longitudinale zorg, de opgebouwde vertrouwensrelatie met hun patiënten en hun rol als spilfiguur in de organisatie van de perinatale zorg.

Anderzijds duidden de huisartsen in de verschillende settings elkaar aan als 'ideale kandidaat' om de tool te gebruiken. De aard van de setting en regio enerzijds en de ervaring van de arts anderzijds speelden hierbij een rol. Maar de huidige onderzoeksresultaten toonden aan dat, onafhankelijk van de patiëntenpopulatie, geografische setting of ervaring van de huisarts, risicofactoren met de BiB tool gedetecteerd werden. Een verhoogde detectiegraad is dus wel degelijk een mogelijk voordeel van de tool.

Daarnaast verwezen sommige huisartsen voor het uitvoeren van de screening naar de tweede lijn. Maar men gaf ook aan dat de gedeelde zwangerschapsopvolging stug verliep en de communicatie beperkt was. De huisartsen leken er zich bewust van dat de informatieoverdracht gemist werd, maar ze voelden zich niet aangesproken om pro-actief te handelen wanneer de vrouw volledig bij de gynaecoloog opgevolgd werd. Deze enerzijds verarming en anderzijds ontdubbeling (en dus ook medicalisering) van de zorg vormen een grote uitdaging als startpunt om de verantwoordelijk rond perinataal psychosociaal welzijn te sturen naar of te behouden bij de huisarts.

De evaluatie van een samenwerkingsprotocol tussen de eerste en de tweede lijn voor zwangerschapsopvolging in Nederland toont vergelijkbare resultaten. De zorgprofessionals zijn over het algemeen enthousiast over de implementatie van het protocol, maar kennen het eigenlijk niet goed en gebruiken het weinig. De zorgverstrekkers geven ook de voorkeur aan een gespreksmatige screening boven een checklist. Bovendien verkiezen de hulpverleners laagdrempelig persoonlijk interprofessioneel contact met duidelijke overeenkomsten voor verwijzing (69).

Sterktes en limitaties van deze studie

Deze studie biedt een uitgebreid overzicht van de ervaringen en de verwachtingen van huisartsen en vrouwen bij het gebruik van een digitale tool om psychosociale risicofactoren te detecteren en om door het samenwerkingsplatform de samenwerking tussen de zorgverleners te faciliteren.

Sterktes

Dit is het eerste onderzoek dat de ervaringen, de beleving en de reflecties bestudeert bij de essentiële betrokkenen (zwangere vrouwen en hun huisartsen) van een ondertussen nationaal uitgerold screeningsprogramma naar psychosociale risicofactoren in de perinatale periode. Daarbij werd de beleving van de vrouwen op een empowerende manier bevraagd en werden de noden of voorwaarden voor het gebruik van deze tool uitgediept.

Een tandem van een verscheiden studiepopulatie aan huisartsen en vrouwen resulteerde in verwachte en onverwachte parallellen, tegenstrijdigheden en conclusies met betrekking tot het gebruik van de BiB tool in de huisartspraktijk. De inzichten die door de inclusie van een vroedvrouw geboden werden, bleken een meerwaarde.

Dankzij de inzet van één specifieke huisarts, werkzaam in een multiculturele setting, werden vrouwen geïncludeerd van zeer verschillende achtergronden en (migratie)contexten. Studies tonen aan dat moeders met een migratieachtergrond minder toegang hebben tot prenatale zorg (70) en *at risk* zijn voor slechtere zwangerschapsuitkomsten (71) en maternale morbiditeit (72). Zo werd dus in dit onderzoek een relevante subgroep naar psychosociale risicofactoren belicht.

Er werden robuuste procedures gehanteerd, in overeenkomst met de richtlijnen voor kwalitatief onderzoek, met onder andere *peer review* door twee onderzoekers die de interviews aan de hand van de QUAGOL methode (referentie) onafhankelijk van elkaar analyseerden om zo de kwaliteit van de analyse te bewaken.

Limitaties

Onderzoekspopulatie

Er werden 33 huisartsen gecontacteerd; slechts 12 huisartsen namen aan het onderzoek deel. Slechts één arts gebruikte de tool langdurig en geen enkele arts gebruikte het samenwerkingsplatform met andere partners. Gezien het gevraagde engagement (het gebruik van de BiB tool gedurende minstens vijf maanden en de deelname aan een interview) moet er rekening mee gehouden worden dat vooral zeer geëngageerde huisartsen aan het onderzoek deelgenomen hebben. Hun specifieke interesse in het onderwerp doet bij ons de vraag rijzen in welke mate de bril van de geïncludeerde artsen gekleurd is of de vrouwen dit onderwerp zouden bespreken met een huisarts die dit anders benadert.

Bovendien is de integrale studiepopulatie van het vrouwelijke geslacht en er bestaat enige (Deense) evidentie voor een grotere terughoudendheid bij mannelijke huisartsen om dit onderwerp te bespreken (38). Er is dus sprake van een *best case scenario* waarbij slechts een smal segment van de totale huisartspraktijk betrokken werd. De resultaten kunnen dus wellicht niet naar alle Vlaamse huisartsen gegeneraliseerd worden. Daarenboven werd door de kleine *sample size* geen volledige datasaturatie bereikt.

De steekproef van de vrouwen bestond grotendeels uit hoog opgeleide vrouwen met een partner, wat opnieuw een belangrijke *bias* is. Dit geldt ook voor het feit dat deze vrouwen bereid waren zich over dit, mogelijk delicate, onderwerp te laten interviewen. Er gebeurde ook door de huisartsen voorafgaand al een preselectie, wat resulteerde in een selectieve groep deelnemers die weliswaar een waardevolle inkijk in hun beleving gaven, maar waarbij de resultaten wellicht niet naar de volledige populatie zwangere vrouwen generaliseerbaar zijn. Zo ervaren minder hoog opgeleide vrouwen mogelijk meer stigma voor het bespreken van dit onderwerp. De persoonlijke contexten van de geïncludeerde vrouwen verschilden wel heel sterk, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen iets vergroot. De uitvoering van de interviews in een taal die niet de moedertaal was van de vrouw of van de onderzoeker, bemoeilijkte in sommige gevallen de communicatie. Twee interviews werden, omwille van die taalbarrière, in aanwezigheid van de partner uitgevoerd, maar daardoor kan enige ruis of subjectiviteit in de communicatie geslopen zijn.

Uitvoering van de semigestructureerde interviews

Bij het analyseren van de interviews merkten we op dat mogelijk onderliggende of onbewuste barrières niet geïdentificeerd werden. Hierbij heeft wellicht zowel sociale wenselijkheid als het hebben van een collegiale band met de onderzoekers een rol gespeeld. Bij het vorderen van de interviews werd ervaren dat een meer kritische vraagstelling bepaalde barrières mogelijk beter in beeld had kunnen brengen. Bovendien zou een minder suggestieve vraagstelling bepaalde kennishiaten bij de artsen hebben kunnen onthullen. Hierbij werd zowel door introspectie als door feedback tussen de onderzoekers een duidelijke leercurve in de uitvoering van de interviews opgemerkt.

Daarnaast hadden een minder vrijblijvend aanbod en een striktere opvolging van het registratiedocument belangrijke informatie over hoe de artsen zwangere vrouwen voor de screening selecteerden, kunnen toevoegen.

Context

Deze studie werd uitgevoerd in Vlaanderen. Gezien de grote variabiliteit in de organisatie en de context van de verstrekking van perinatale geestelijke gezondheidszorg wereldwijd zijn de bevindingen mogelijk minder toepasbaar op andere gezondheidszorgomgevingen. Analoog hieraan is deductie door vergelijking met internationale literatuur zorgvuldig te interpreteren.

Relevantie van het onderzoek en aanbevelingen

De bevindingen kunnen dienen als leidraad voor beleidsmakers op het gebied van perinatale zorg, voor het invullen van de ondersteuningsbehoeften van huisartsen bij het verlenen van zorg aan zwangere vrouwen met psychosociale risicofactoren en specifiek voor het team betrokken bij het onderzoek naar en de verdere implementatie van de BiB tool. De recente goedkeuring van het interfederaal zorgprogramma onderstreept het belang van zorg voor de (kwetsbare) zwangere vrouw en haar gezin (63). Ook Kind & Gezin vermeldt de relevantie van de tool (9). Men streeft interprofessioneel naar laagdrempelige en kwalitatieve zorg met

tijdige detectie van psychosociale risicofactoren om negatieve effecten voor de vrouw en haar gezin, alsook voor de maatschappij te minimaliseren (63).

Zoals in de inleiding beschreven, zijn psychosociale risicofactoren tijdens de perinatale periode prevalent (9,12), worden ze onvoldoende gedetecteerd (27,28) en worden ze onderbehandeld (28). Deze risicofactoren verhogen onder meer de kans op psychosociale problemen zoals depressie en angststoornissen (7) met belangrijke negatieve gezondheidsconsequenties voor ouders en kind, maar ook met grote financiële implicaties voor de maatschappij (2). Bovendien leidt onderdetectie van perinatale risicofactoren tot ongelijkheid van zorg in perinataal mentaal welzijn (13). Psychosociale en psychologische interventies hebben een positief effect op de preventie van postpartum depressie (59,58,4); de eventuele schade van deze interventies schat men klein in (57). Het gebruik van een gestandaardiseerd screeningsinstrument kan een gesprek over gevoelige onderwerpen openen en leiden tot een verhoogde detectie van prenatale psychosociale kwetsbaarheid (73). Mogelijk kan een dergelijke gestandaardiseerde screening op termijn resulteren in een meer toegankelijke en kwalitatieve zorg. Maar hiervoor is nog heel wat bijkomend theoretisch en implementatieonderzoek nodig, zeker nu uit dit onderzoek blijkt dat zelfs bij een sterk gemotiveerde groep huisartsen het consequent toepassen van een dergelijke screeningstool niet evident is. Dit heeft grote implicaties voor de algemene uitrolbaarheid van een dergelijke screening gezien het draagvlak en dus ook de haalbaarheid van het gebruik toch kleiner lijken dan ingeschat.

Aanbevelingen voor de BiB tool

Verschillende **huisartsen** deden voorstellen voor mogelijke verbeterpunten. De inclusie van de tool in het EMD of een integratie van de BiB tool in het zwangerschapsboekje van Kind & Gezin waren vaak genoemde deeloplossingen. De beschikbaarheid van een sociale kaart zonder het doorlopen van de screening zou voor verschillende artsen de drempel verkleinen.

Vanuit de **vrouwen** en de artsen kwam het voorstel om de ervaring bij vorige zwangerschappen in de screening op te nemen. De vrouwen hechtten veel belang aan het toelaten van nuancering bij de gecategoriseerde vragen.

Verbeterpunten voorgesteld door de **onderzoekers** zijn ten eerste een meer participatief traject bij het uitrollen van de tool, waarbij zowel professionals (vroedvrouwen, huisartsen en tweedelijnspartners) als vrouwen meer betrokken worden bij de inhoud, de opbouw en de gebruiksvriendelijkheid van de tool. Vervolgens ook het verhogen van de zichtbaarheid van het recente zorgprogramma en het promoten van het opleidingsaanbod bij de huisartsen. Een grootschalige review wijst uit dat extra opleiding voor huisartsen nodig is voor meer kwalitatieve zorg (41). Verder is een eventuele uitbreiding van het samenwerkingsplatform met informatiedeling van psychosociale gegevens én van somatische gegevens mogelijk een meerwaarde. Bovendien lijkt in het kader van transparante zorg toegang tot de BiB tool voor de vrouw zelf een minimumvereiste.

Aanbevelingen		
Huisartsen	*Vrouwen*	*Onderzoekers*
1. Inclusie in het EMD	1. Navraag ervaringen bij vorige zwangerschappen	1. Inclusie van een huisarts in het onderzoeksteam
2. Integratie in een digitaal ‘zwangerschapsboekje’ en intensivering van de samenwerking met Kind en Gezin	2. Nuancering van gecategoriseerde antwoorden	2. Zichtbaarheid opleidingen en zorgprogramma verhogen
3. Uitbreiding van mogelijke talen		3. Inclusie van somatische gegevens
4. Ontwikkeling van dubbele weergave voor moedertaal arts én vrouw		4. Verder onderzoek naar verbeteren van transparantie en privacy van de vrouw en haar gezin
5. Toevoeging van info: ervaring bij vorige zwangerschappen		5. Inclusie van de partner

Tabel 5: Samenvatting van de voorgestelde aanbevelingen

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Naar de positieve effecten van screening op harde eindpunten is er meer gerandomiseerd onderzoek met controlegroepen nodig. Daarnaast dient meer research te gebeuren naar de validiteit van screeningstools. Hierbij moet ook een werkbare rolverdeling voor het screenen, het doorverwijzen en het begeleiden van vrouwen in de perinatale periode onderzocht worden. De mogelijke rol(verdeling), samenwerkingsafspraken en de (kosten)effectiviteit van de BiB tool dienen hierbij specifiek onder de loep genomen te worden met aandacht voor het vrijwaren van de privacy van de betrokken vrouw.

De mogelijke plaats van een preconceptioneel consult bij Kind en Gezin, waarbij een digitale tool het zwangerschapsboekje en kindboekje vervangt, kan overwogen worden. Mogelijke voordelen zijn de bestaande bekendheid en de financiële laagdrempeligheid. Anderzijds kan het overheidsgebonden karakter vrouwen potentieel weerhouden. Bovendien delen huisartsen tot op heden geen informatie met andere hulpverleners; dat is zeker wenselijk, maar zou een aanzienlijke juridische aanpassing vergen. Verder onderzoek is hier noodzakelijk.

Ook dient nog onderzocht te worden hoe men het psychosociaal welzijn van de partner in kaart kan brengen zonder dat hierdoor de vrijheid van communiceren van de vrouw in het gedrang komt.

Conclusie

Alhoewel de participerende huisartsen zeer betrokken en gemotiveerd waren, bleken zij **barrières** te ondervinden die een langdurig en consequent gebruik van de tool verhinderden. Daarbij waren voornamelijk de afwezigheid van een link vanuit het EMD en de overweldigende administratie bij de opstart van de tool beperkende factoren. Het protocollaire karakter en de binaire aard van de vragen konden resulteren in 'checklist-communicatie' en 'afvinkgemak' met een mogelijk verlies van verbinding tussen de arts en de patiënt.

In een versnipperd en regio-afhankelijk zorglandschap binnen de perinatale opvolging leek het overzicht voor zowel de zwangere vrouw als voor de huisarts vaak ver zoek. Ook het eigenaarschap van **verantwoordelijkheid** voor de screening van psychosociale risicofactoren, al dan niet via de BiB tool, was niet vanzelfsprekend. Daarbij werd intra- en interdisciplinair elkaars richting uitgekeken. Bovendien bleek het betrekken van de partner een aanzienlijke uitdaging.

Nochtans leek de **huisarts** een ideaal eerste aanspreekpunt voor een zwangere vrouw met psychosociale problemen maakt ook deel uit van het verwachtingspatroon inherent aan de job van huisarts. Gezien de regelmatige contacten en de langdurige arts-patiëntrelatie met zicht op het breder gezinsfunctioneren is de huisarts de ideale persoon voor de detectie van psychosociale risicofactoren. Een recent geïmplementeerd interfederaal zorgprogramma, waarbij onder andere de screening van psychosociale risicofactoren aan de hand van de BiB tool getarificeerd kan worden, onderstreept de relevantie van dit onderwerp en de eventuele taak van de huisarts.

Mogelijke **voordelen** van de BiB tool volgens de huisartsen en de vrouwen zijn het drempelverlagende effect van het tonen van interesse in perinatale (al dan niet psychosociale) zorg en het interprofessioneel platform dat gecreëerd wordt. Om het gebruik(sgemak) van de tool te verbeteren dient volgens de huisartsen ingezet te worden op inclusie van de tool in het EMD, op de toepassing ervan door andere hulpverleners, op het beperken van de administratieve last, op een onafhankelijk bereikbare databank van doorverwijsmogelijkheden en op samenwerking met Kind & Gezin gepaard gaande met de digitalisering van het 'zwangerschapsboekje'.

Verder **onderzoek** is nodig naar valide en betrouwbare screeningsprotocollen, interdisciplinaire samenwerking en de plaats van de BiB tool in de perinatale psychosociale zorg. Het tijdig detecteren van psychosociale risicofactoren in de zwangerschap met vervolgens een vlotte interdisciplinaire samenwerking kan op termijn resulteren in een meer toegankelijke, preventiegerichte en kwalitatieve zorg bij een at risk populatie. Op die manier kunnen de negatieve gevolgen voor de zwangere vrouw, haar partner en het kind, en bij uitbreiding ook voor de maatschappij, verkleinen.

Referenties

1. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. The Lancet. November 2014;384(9956):1789-99.

2. Nuyts T, Crombag N, Verbeke E, Hermans S, Luyten J, Bogaerts A. Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van het leven. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2021. Report No.: 53.

3. Van Damme R, Van Parys AS, Vogels C, Roelens K, Lemmens G. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen. Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. 2018.

4. US Preventive Services Task Force. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Arch Dis Child - Educ Pract Ed. Augustus 2020;105(4):242-3.

5. Beck A, Hamel C, Thuku M, Esmaeilisaraji L, Bennett A, Shaver N, e.a. Screening for depression among the general adult population and in women during pregnancy or the first-year postpartum: two systematic reviews to inform a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Syst Rev. 22 augustus 2022;11(1):176.

6. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. J Adv Nurs. Oktober 2016;72(10):2330-45.

7. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):3-12.

8. Red Whale. Perinatal mental health. The GP Update Handbook. Autumn 2024-winter 2025;269-80.

9. Opgroeien Vlaamse Overheid. Gezinsinkomen en (kans)armoede [Internet]. [geciteerd 29 september 2022]. Beschikbaar op: https://www.opgroeien.be/cijfers-en-publicaties/gezinsinkomen-en-kansarmoede#Evolutie

10. Roelens K, Verstraelen H, Temmerman M. Intimate Partner Violence. The gynaecologist's perspective. Facts Views Vis ObGyn. 2009;1(2):88-98.

11. Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthcare providers. J Womens Health 2002. 2008;17(4):557-67.

12. Russell K. Maternal Mental Health - Women's Voices. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2017.

13. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. The Lancet. November 2014;384(9956):1775-88.

14. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries [Internet]. [geciteerd 3 mei 2022]. Beschikbaar op: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241597142

15. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, e.a. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. JAMA Psychiatry. Mei 2013;70(5):490-8.

16. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. Psychiatry Res. 2017;252:325-32.

17. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. Obstet Gynecol. November 2005;106:1071-83.

18. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry. Juli 2008;65(7):805-15.

19. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord. 2016;191:62-77.

20. Shaw SH, Herbers JE, Cutuli JJ. Medical and Psychosocial Risk Profiles for Low Birthweight and Preterm Birth. Womens Health Issues. 1 september 2019;29(5):400-6.

21. Logsdon MC, Mittelberg M, Jacob AE, Luther JF, Wisniewski SR, Confer A, e.a. Maternal-Infant interaction in women with unipoloar and bipolar depression. Appl Nurs Res ANR. November 2015;28(4):381-3.

22. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS Med. 28 mei 2013;10(5):e1001452.

23. Moedersterfte | Statbel [Internet]. [geciteerd 19 oktober 2024]. Beschikbaar op: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/moedersterfte#news

24. Lommerse KM, Mérelle S, Rietveld AL, Berkelmans G, van den Akker T, The Netherlands Audit Committee Maternal Mortality and Morbidity. The contribution of suicide to maternal mortality: A nationwide population-based cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2024;131(10):1392-8.

25. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Patel R, Shakespeare J, Kotnis R, e.a. Saving Lives, Improving Mothers' Care Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19. 2021.

26. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. J Affect Disord. 1 maart 2016;192:83-90.

27. Harrison PA, Sidebottom AC. Systematic Prenatal Screening for Psychosocial Risks. J Health Care Poor Underserved. 2008;19(1):258-76.

28. Kingston D, Austin MP, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, e.a. Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. J Affect Disord. 2015;186:350-7.

29. Khan L. Falling through the gaps. Early Years Educ. 2 juni 2022;23(11):38-9.

30. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af etablering af Familieambulatorierne. Slutevaluering. [Evaluation of the estabilishment of the social-obstetrics outpatient clinics.

Endevaluation.] [Internet]. 2015. Beschikbaar op: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Evaluering-af-etableringen-af-familieambulatorierne.ashx?la=da&hash=CAD4C6EDEE2D0E1075E4C9B480382B1777C83CA2

31. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L. Synthese: de organisatie van de zorg na een bevalling. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2015.

32. Tourtelot EJ, Davis JR, Trabold N, Shah DK, Poleshuck E. She Screened Positive for Depression at the First Prenatal Visit, What Really Happens Next? J Clin Psychol Med Settings. September 2021;28(3):543-52.

33. Wuyts J. Postnatale en postpartale follow-up bij vrouwen met verkorte ligduur in het ziekenhuis na de bevalling. Agenda van de hulpverlener. Universiteit Gent; 2019.

34. Paredis D. Ontwikkeling en toetsing van een e-learning over perinatale depressie in de huisartsenpraktijk. KU Leuven; 2021.

35. Peeters H. Eindrapport pilootproject perinatale geestelijke gezondheid - provincie Antwerpen. 2018.

36. Smith MS, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. BMJ Open. 2019;9(1):e024803.

37. Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R. Family physicians perceived role in perinatal mental health: an integrative review. BMC Fam Pract. 2018;19(1):154.

38. Brygger Venø L, Pedersen LB, Søndergaard J, Ertmann RK, Jarbøl DE. Assessing and addressing vulnerability in pregnancy: General practitioners perceived barriers and facilitators - a qualitative interview study. BMC Prim Care. 3 juni 2022;23(1):142.

39. Nakku JEM, Okello ES, Kizza D, Honikman S, Ssebunnya J, Ndyanabangi S, e.a. Perinatal mental health care in a rural African district, Uganda: a qualitative study of barriers, facilitators and needs. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):295.

40. Hanlon C, Whitley R, Wondimagegn D, Alem A, Prince M. Postnatal mental distress in relation to the sociocultural practices of childbirth: An exploratory qualitative study from Ethiopia. Soc Sci Med. 2009;69(8):1211-9.

41. Frayne J, Seddon S, Lebedevs T, Milroy T, Teh B, Nguyen T. General practitioner perceptions and experiences of managing perinatal mental health: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2 december 2023;23(1):832.

42. GPCPC (GPs Championing Perinatal Care). Ten Questions on Perinatal Mental Health Antenatal and postnatal mental health NICE guideline CG192. Practical implications for GPs. 2023 sep.

43. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 8 april 2008;178(8):997-1003.

44. Forsell E, Bendix M, Holländare F, Szymanska von Schultz B, Nasiell J, Blomdahl-Wetterholm M, e.a. Internet delivered cognitive behavior therapy for antenatal depression: A randomised controlled trial. J Affect Disord. 15 oktober 2017;221:56-64.

45. Lever Taylor B, Billings J, Morant N, Johnson S. How do women's partners view perinatal mental health services? A qualitative meta-synthesis. Clin Psychol Psychother. 2018;25(1):112-29.

46. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: a systematic review. Fam Pract. Februari 2017;34(1):11-9.

47. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-Finding Instruments for Depression. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439-45.

48. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. Juni 1987;150(6):782-6.

49. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. Gen Hosp Psychiatry. 1 maart 2016;39:24-31.

50. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guidelines. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014.

51. Mann R, Adamson J, Gilbody SM. Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. CMAJ Can Med Assoc J. 15 mei 2012;184(8):E424.

52. Owora AH, Carabin H, Reese J, Garwe T. Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: A systematic review. J Affect Disord. 1 september 2016;201:185-93.

53. Dekker N, Goemaes R, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Zwangerschapsbegeleiding. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering Domus Medica; 2015.

54. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma Tj, Goudswaard AN, Van Asselt KM. Zwangerschap en kraamperiode NHG-Richtlijnen [Internet]. [geciteerd 6 oktober 2022]. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/zwangerschap-en-kraamperiode

55. Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, e.a. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. J Public Health. 2011;33(2):292-301.

56. de Waal J, Tuerlings J, de Boer K, Smal JC, van Waarde JA. Herkenning van psychiatrisch kwetsbare zwangeren. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A2344.

57. O'Connor A, Shand AW, Schneuer FJ, Nassar N, Austin MP. Assessing the relationship between psychosocial risk and pregnancy outcomes using the perinatal integrated psychosocial assessment (PIPA) tool. Birth. 2022;49(4):648-60.

58. Coker AL, Garcia LS, Williams CM, Crawford TN, Clear ER, McFarlane J, e.a. Universal Psychosocial Screening and Adverse Pregnancy Outcomes in an Academic Obstetric Clinic. Obstet Gynecol. 2012;119(6):1180-9.

59. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 28 februari 2013;(2):CD001134.

60. Feijen-de Jong E, Baarveld F, Jansen D, Ursum J, Reijneveld S, Schellevis F. Ook zwangeren gaan naar de huisarts. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 3 november 2015 [geciteerd 11 november 2022]; Beschikbaar op: https://www.henw.org/artikelen/ook-zwangeren-gaan-naar-de-huisarts

61. BiB Infodag 'Sharing Good Practices'. [Internet]. 2023. Beschikbaar op: https://borninbelgiumpro.be/en/eventbrite-event/born-in-belgium-professinals-sharing-good-practices/

62. Durkan M, Field F, Lamb N, Loughton T. A Cross-Party Manifesto: The 1001 Critical Days. The Importance of the Conception to Age Two Period. 2015.

63. RIZIV. Programma geïntegreerde zorg: 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen' [Internet]. [geciteerd 19 oktober 2024]. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg/programma-geintegreerde-zorg-zorg-en-ondersteuning-voor-zwangere-vrouwen-hun-kinderen-en-hun-gezin-tijdens-de-eerste-1000-dagen#wat-houdt-het-programma-in

64. Amuli K, Decabooter K, Talrich F, Renders A, Beeckman K. Born in Brussels screening tool: the development of a screening tool measuring antenatal psychosocial vulnerability. BMC Public Health. 2021;21(1):1522.

65. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. J Affect Disord. 1 december 2016;206:189-203.

66. Edward K leigh, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. Am J Mens Health. 1 januari 2015;9(1):26-34.

67. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Januari 2014;28(1):13-23.

68. Webb R, Uddin N, Constantinou G, Ford E, Easter A, Shakespeare J, e.a. Meta-review of the barriers and facilitators to women accessing perinatal mental healthcare. BMJ Open. 20 juli 2023;13(7):e066703.

69. Hendrix MJC, Daemers DOA, Osterhaus JMA, Quadvlieg L, van den Hof-Boering M, de Jong EIF, e.a. The extent of implementation and perceptions of maternity and social care professionals about two interprofessional programs for care for pregnant women: a mixed methods study. BMC Pregnancy Childbirth. 12 augustus 2024;24(1):528.

70. Chiavarini M, Lanari D, Minelli L, Pieroni L, Salmasi L. Immigrant mothers and access to prenatal care: evidence from a regional population study in Italy. BMJ Open. 1 februari 2016;6(2):e008802.

71. Sow M, Schoenborn C, Spiegelaere MD, Racape J. Influence of time since naturalisation on socioeconomic status and low birth weight among immigrants in Belgium. A population-based study. PLOS ONE. 15 augustus 2019;14(8):e0220856.

72. Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI. Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: The roles of duration of residence and ethnicity. Soc Sci Med. 1 mei 2012;74(10):1610-21.

73. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008 [geciteerd 4 mei 2022];(4). Beschikbaar op: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005124.pub2/full

Bijlagen

Bijlage 1: goedkeuring ethisch comité

Jana Decuypere:

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Stefan Heytens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Jana DECUYPERE	10/02/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0027	nvt	B6702023000094

Betreft:
Psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen met een digitale tool in de huisartsenpraktijk. – Scriptie Jana DECUYPERE

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 10/02/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Hanne Lagrou:

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Stefan Heytens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Hanne Lagrou	10/02/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0012	nvt	B6702023000044

Betreft:
Psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen met een digitale tool in de huisartsenpraktijk - scriptie: Hanne Lagrou

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 10/02/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: informed consent form artsen

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen met een digitale tool in de huisartsenpraktijk.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/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" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

In het kader van de master-na-masteropleiding Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent wordt een onderzoek uitgevoerd naar het psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Er wordt een nieuw digitaal platform, de Born in Belgium Professionals Tool, geëvalueerd.

Psychosociale risicofactoren zijn zeer prevalent tijdens de zwangerschap en de postpartumperiode. In 2021 werd in Vlaanderen 13% van de kinderen in kansarmoede geboren (1). De prevalentiecijfers van intrafamiliaal geweld bij zwangeren in Vlaanderen variëren tussen 3% en 11% (2,3). Psychische problemen (zoals perinatale depressie, maar ook angst en meer ernstige ziektebeelden als psychose) komen voor bij 10-20% van de zwangere vrouwen én bij 5-10% van hun partners (4,5). Driekwart van de zwangeren die aan de DSM-5 criteria voor angst- en/of depressieve stoornissen voldoen, worden niet geïdentificeerd en slechts één op de tien krijgt de hulp die ze nodig heeft (6). Effecten van psychische problemen werden aangetoond zowel op zowel op biologisch (bv. lager geboortegewicht), psychologisch (bv. minder veilige hechting) als op sociaal vlak (bv. meer partnerproblemen), maar ook grote maatschappelijke en financiële effecten werden beschreven (7).

Voor de huisarts met een langdurige vertrouwensrelatie, regelmatige zorgcontacten en een centrale zorgrol, is het zwangerschapsconsult de uitgelezen gelegenheid om ook psychosociale aspecten te bespreken. Tijdgebrek, onvoldoende kennis, beperkte doorverwijsmogelijkheden en taboe zijn gekende drempels om dat niet te doen (7-11).

De Born in Belgium Professionals (BiB) tool is een digitaal platform dat recent werd ontwikkeld in opdracht van het RIZIV. Het integreert een screeningstool en klinische zorgpaden in het elektronisch medisch dossier van alle zorgverleners rond de zwangere. De doelstellingen van deze tool zijn het verbeteren van (1) de

psychosociale perinatale zorg door systematische screening en zorg-op-maat en (2) de lokale multidisciplinaire samenwerking en de zorgcontinuïteit.

In deze masterproef willen we via kwalitatief onderzoek nagaan wat de verwachtingen en ervaringen zijn van huisartsen en zwangere vrouwen en hun partner zijn met het gebruik van de BiB tool voor het bespreken van psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Dit zullen we doen aan de hand van semi-gestructureerde interviews.

Inclusiecriteria voor de artsen zijn taalvaardigheid (Nederlands, Engels of Frans), geografie (Vlaanderen en Brussel), het opnemen van zwangerschapsbegeleidingen in de huisartspraktijk, bereidheid tot consequent gebruik van de BiB tool gedurende minimaal 5 maanden, bereidheid tot deelname aan het interview en het geven van geïnformeerde toestemming voor het gebruik van hun antwoorden in deze studie. We zullen niet selecteren op geslacht of praktijkorganisatie. Om een gevarieerde studiepopulatie te bekomen includeren we zowel erkende actieve huisartsen als huisartsen-in-opleiding en includeren we artsen die actief zijn in een solopraktijk, maar ook artsen die werken in een groepspraktijk of in multidisciplinaire centra zoals wijkgezondheidscentra.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan een (online) interview om te peilen naar uw ervaringen hierrond. Dit zal ongeveer een half uur van uw tijd in beslag nemen. Ook vragen wij u een tweetal vrouwen en hun partner uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. Aan de hand van een interview dat plaatsvindt zo snel mogelijk na uw contact met de vrouw, bevragen we hoe zij en haar partner dit hebben ervaren, zonder in te gaan op persoonlijke psychosociale risicofactoren.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Heytens. Studenten van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

Bronnen

1. Opgroeien Vlaamse Overheid. Gezinsinkomen en (kans)armoede [Internet]. [geciteerd 29 september 2022]. Beschikbaar op: https://www.opgroeien.be/cijfers-en-publicaties/gezinsinkomen-en-kansarmoede#Evolutie
2. Roelens K, Verstraelen H, Temmerman M. Intimate Partner Violence. The gynaecologist's perspective. Facts Views Vis ObGyn. 2009;1(2):88–98.
3. Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthcare providers. J Womens Health 2002. 2008;17(4):557–67.
4. Russell K. Maternal Mental Health - Women's Voices. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2017.
5. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. Psychiatry Res. 2017;252:325–32.
6. Kingston D, Austin MP, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W, e.a. Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. J Affect Disord. 2015;186:350–7.
7. Nuyts T, Crombag N, Verbeke E, Hermans S, Luyten J, Bogaerts A. Veerkracht tijdens en tot 2 jaar na de zwangerschap. Nieuwe uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg tijdens de eerste 1000 dagen van

het leven. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2021. Report No.: 53.
8. Smith MS, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. BMJ Open. 2019;9(1):e024803.
9. Peeters H. Eindrapport pilootproject perinatale geestelijke gezondheid - provincie Antwerpen. 2018.
10. Noonan M, Doody O, O'Regan A, Jomeen J, Galvin R. Irish general practitioners' view of perinatal mental health in general practice: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2018;19(1):196.
11. Nakku JEM, Okello ES, Kizza D, Honikman S, Ssebunnya J, Ndyanabangi S, e.a. Perinatal mental health care in a rural African district, Uganda: a qualitative study of barriers, facilitators and needs. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):295.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen 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. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot meer inzicht in de detectie, de behandeling en de multidisciplinaire opvolging van zwangeren/postpartum vrouwen met psychosociale kwetsbaarheden en hun gezin.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Ook over uw andere rechten (zijnde het recht om uw gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, om uw toestemming in te trekken en om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van de UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm) of op de project specifieke website (indien deze bestaat link toe te voegen door onderzoeker).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens gebeurt op basis van uw toestemming, zoals vermeld in artikel 6, paragraaf 1 (a) en is noodzakelijk met het

oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Heytens (UZ Gent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever 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, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Jana Decuypere & Hanne Lagrou

E-mailadres: jana.decuypere@scarlet.be & lagrouhanne@gmail.com

Telefoonnummer:+32487496039 & +32473576758

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er 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 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 enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem in tot deelname aan de studie.	
2) Ik stem ermee in dat mijn e-mail adres wordt gebruikt voor deelname aan het (online) interview. 3) Ik stem ermee in om mijn patiënten vrijblijvend te informeren over deelname aan deze studie aan de hand van eveneens een (online) interview.	
4) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor huidig wetenschappelijk onderzoek.	
5) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoekers	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 3: informed consent form vrouwen

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen met een digitale tool in de huisartsenpraktijk.

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker(s). 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” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

De zwangerschap, de bevalling en het jaar erna is een grote levensgebeurtenis die grote uitdagingen met zich meebrengt op verschillende vlakken. Niet iedereen kan evenveel van deze bijzondere levensperiode genieten. Sommige mensen ervaren bijvoorbeeld een moeilijke thuissituatie, financiële problemen, angstige of depressieve gevoelens. Tot één op de vijf zwangere vrouwen ervaart psychische problemen. Helaas blijven deze vaak onder de radar door het taboe dat hierrond hangt en (helaas) ook door een tekort aan tijd en middelen van zorgverleners.

In het kader van de master-na-masteropleiding Huisartsgeneeskunde wordt een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van de Born in Belgium Professionals (BiB) tool door huisartsen. Dit recent ontwikkeld digitaal platform ondersteunt professionele zorgverleners in de samenwerking rond zwangere vrouwen die moeilijkheden ervaren tijdens, voor of na de zwangerschap met betrekking tot familiale situatie, financiële problemen, depressieve of angstige gevoelens en andere zogenaamde ‘psychosociale risicofactoren’. Het doel van de tool is om sneller hulpvragen te ontdekken en in functie van de noden hulp op maat te bieden.

In deze masterproef willen we nagaan wat de verwachtingen en ervaringen zijn van huisartsen en zwangere of net bevallen vrouwen inclusief hun partner met het gebruik van de BiB tool. Deze inzichten kunnen belangrijke info opleveren om de tool verder te verbeteren. We onderzoeken hoe het gesprek met de huisarts wordt ervaren, zonder in te gaan op mogelijke persoonlijke problemen op het moment van interview. Dit zal plaatsvinden op een moment en plaats door u gekozen (dit kan ook online) en zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen. Het staat u volledig vrij om al dan niet uw partner mee te betrekken in het gesprek. Uw partner dient dan ook zijn/haar geïnformeerde toestemming te geven.

Elke zwangere vrouw in Vlaanderen of Brussel bij wie de huisarts de BiB tool heeft gebruikt. Het staat u volledig vrij om al dan niet uw partner mee te betrekken in het gesprek.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Heytens Studenten van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten in de psychosociale ondersteuning van zwangere en bevallen vrouwen en hun gezin.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Ook over uw andere rechten (zijnde het recht om uw gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, om uw toestemming in te trekken en om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens gebeurt op basis van uw toestemming, zoals vermeld in artikel 6, paragraaf 1 (a) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via een online interview met de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u de link naar de online meeting wenst te ontvangen.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Heytens (UZ Gent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever 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, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoekers.

Naam: Jana Decuypere & Hanne Lagrou

E-mailadres: jana.decuypere@scarlet.be & lagrouhanne@gmail.com

Telefoonnummer: +32487496039 & +32473576758

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er 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 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 enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik begrijp dat mijn huisarts op de hoogte is van mijn deelname aan deze studie.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem in tot deelname aan de studie.	
2) Ik stem ermee in dat mijn e-mailadres gebruikt wordt voor deelname aan het (online) interview.	
3) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor huidig wetenschappelijk onderzoek.	
4) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoekers	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 4: informatiebrief huisartsen

Gent, 10 april 2023

Uitnodiging tot deelname aan een onderzoek naar psychosociaal welzijn bij zwangeren in de huisartspraktijk

Beste huisarts,

Wij zijn Jana Decuypere en Hanne Lagrou, beiden huisarts-in-opleiding aan de UGent. In het kader van onze masterproef voeren we onderzoek naar de rol van de huisarts bij de inschatting en de eventuele doorverwijzing van vrouwen met psychosociale moeilijkheden tijdens en rond de zwangerschap.

Psychosociale *risicofactoren* zijn zeer prevalent tijdens de zwangerschap en de postpartumperiode. In 2021 werd in Vlaanderen 13% van de kinderen in kansarmoede geboren. De prevalentiecijfers van intrafamiliaal geweld bij zwangeren in Vlaanderen variëren tussen 3% en 11%. Psychische *problemen* (zoals perinatale depressie, maar ook angst en meer ernstige ziektebeelden als psychose) komen voor bij 10-20% van de zwangere vrouwen én bij 5-10% van hun partners. Driekwart van de zwangeren die aan de DSM-5 criteria voor angst- en/of depressieve stoornissen voldoen, worden niet geïdentificeerd en slechts één op de tien krijgt de hulp die ze nodig heeft. Effecten van psychische problemen werden aangetoond zowel op zowel op biologisch (bv. lager geboortegewicht), psychologisch (bv. minder veilige hechting) als op sociaal vlak (bv. meer partnerproblemen), maar ook grote maatschappelijke en financiële effecten werden beschreven.

Voor de huisarts met een langdurige vertrouwensrelatie, regelmatige zorgcontacten en een centrale zorgrol, is het zwangerschapsconsult de uitgelezen gelegenheid om ook psychosociale aspecten te bespreken. Tijdgebrek, onvoldoende kennis, beperkte doorverwijsmogelijkheden en taboe zijn gekende drempels om dat niet te doen.

De *Born in Belgium Professionals (BiB) tool* is een digitaal platform dat recent werd ontwikkeld in opdracht van het RIZIV. Het integreert een screeningstool en klinische zorgpaden in het elektronisch medisch dossier van alle zorgverleners rond de zwangere. De doelstellingen van deze tool zijn het verbeteren van (1) de psychosociale perinatale zorg door systematische screening en zorg-op-maat en (2) de lokale multidisciplinaire samenwerking en de zorgcontinuïteit.

Doel van dit onderzoek
In deze masterproef willen we via kwalitatief onderzoek (interviews) nagaan wat de verwachtingen en ervaringen zijn van huisartsen en zwangere vrouwen en hun partner zijn met het gebruik van de BiB tool voor het bespreken van psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Deze inzichten kunnen belangrijke info opleveren voor de toekomstige implementeerbaarheid van de tool en kunnen aangeven waar er mogelijks nog aanpassingen moeten gebeuren.

Wie is kandidaat voor deelname aan dit onderzoek?
Elke gemotiveerde Vlaamse of Brusselse huisarts die zwangerschapsbegeleidingen doet en die de BiB tool gebruikt of interesse heeft om die te gebruiken in zijn/haar praktijk.

Wat wordt er van u verwacht?
Wanneer u beslist om deel te nemen aan dit onderzoek, contacteren we u voor een opstartgesprek van een 15-tal minuten waarin we indien nodig het gebruik van de BiB tool demonstreren. U bent bereid de tool vanaf dan minimaal vijf maanden te gebruiken bij elke zwangerschapsopvolging die u doet. Daarna willen we uw ervaringen met de tool evalueren aan de hand van een interview. Dit zal plaatsvinden op een moment en plaats door u gekozen (dit kan ook online) en zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen.
Ook vragen we u een tweetal vrouwen en hun partner uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. Aan de hand van een interview dat plaatsvindt zo snel mogelijk na uw contact met de vrouw, bevragen we hoe zij en haar partner dit hebben ervaren, zonder in te gaan op persoonlijke psychosociale risicofactoren.

Gent, 10 april 2023

Privacy
Het interview wordt opgenomen, maar deze geluidsopname wordt enkel gebruikt in functie van de analyse van de gegevens. Deze gegevens worden bewaard op de beveiligde server van UGent. Er zal bij het rapporteren van de resultaten op geen enkel moment verwezen worden naar uw naam, persoonsgegevens of organisatie.

Vrijwillige deelname
Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. U kunt zich op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Vergoeding
U ontvangt geen financiële vergoeding voor deelname aan dit onderzoek. De interviews gebeuren op vrijwillige basis. U draagt op deze manier wel bij aan het vergroten van de inzichten in de psychosociale ondersteuning van zwangere en bevallen vrouwen en hun gezin.

Ethische richtlijnen
Deze studie werd vooraf goedgekeurd door het onafhankelijke ethisch comité van het UZ Gent en de UGent.

U hebt nog verdere vragen of u wenst deel te nemen aan het onderzoek?
Meer informatie over de BiB tool vindt u in bijlage. Met plezier beantwoorden we verdere vragen via e-mail, telefonisch of persoonlijk. Als u zou beslissen om deel te nemen, maken we graag een afspraak.

Alvast hartelijk dank voor uw interesse!

Met vriendelijke groeten,
Jana en Hanne

Prof Dr. Heytens, promotor
Dr. Veerle Piessens, co-promotor

Titel: 'Psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen met een digitale tool in de huisartsenpraktijk.'

Contactgegevens onderzoekers
Jana Decuypere
Huisarts-in-opleiding UGent (Huisartsenpraktijk De Rode Poort in Sint-Michiels)
e-mail: jana.decuypere@scarlet.be
tel: +32487496039

Hanne Lagrou
Huisarts-in-opleiding UGent (WGC De Sleep in Gent)
e-mail: lagrouhanne@gmail.com
tel: +32473576758

Bijlage 5: informatiebrief vrouwen

Gent, 11/04/2023

Uitnodiging tot deelname aan een onderzoek naar psychosociaal welzijn bij zwangeren in de huisartspraktijk

Beste mevrouw, heer,

Wij zijn Jana Decuypere en Hanne Lagrou, beiden huisarts-in-opleiding aan de UGent. In het kader van onze masterproef voeren we onderzoek naar de rol van de huisarts bij het psychosociaal welzijn tijdens en rond de zwangerschap.

De zwangerschap, de bevalling en het jaar erna is een grote levensgebeurtenis die grote uitdagingen met zich meebrengt op verschillende vlakken. Niet iedereen kan evenveel van deze bijzondere levensperiode genieten. Sommige mensen ervaren bijvoorbeeld een moeilijke thuissituatie, financiële problemen, angstige of depressieve gevoelens. Tot één op de vijf zwangere vrouwen ervaart psychische problemen. Helaas blijven deze vaak onder de radar door het taboe dat hierrond hangt en (helaas) ook door een tekort aan tijd en middelen van zorgverleners.

De Born in Belgium Professionals (BiB) tool is een recent ontwikkeld digitaal platform dat professionele zorgverleners ondersteunt in de samenwerking rond zwangere vrouwen die moeilijkheden ervaren tijdens, voor of na de zwangerschap met betrekking tot hun familiale situatie, financiële problemen, depressieve of angstige gevoelens en andere zogenaamde 'psychosociale risicofactoren'. Het doel van de tool is om sneller hulpvragen te ontdekken en in functie van de noden hulp op maat te bieden.

Doel van dit onderzoek
In deze masterproef willen we nagaan wat de verwachtingen en ervaringen zijn van huisartsen en zwangere of net bevallen vrouwen inclusief hun partner met het gebruik van de BiB tool. Deze inzichten kunnen belangrijke info opleveren om de tool verder te verbeteren. We onderzoeken hoe het gesprek met de huisarts wordt ervaren, zonder in te gaan op mogelijke persoonlijke problemen op het moment van het interview.

Wie is kandidaat voor deelname aan dit onderzoek?
Elke zwangere vrouw in Vlaanderen of Brussel bij wie de huisarts de BiB tool heeft gebruikt. Het staat u volledig vrij om al dan niet uw partner mee te betrekken in het gesprek.

Wat wordt er van u verwacht?
Wanneer u beslist om deel te nemen aan dit onderzoek, bent u bereid uw ervaringen te delen na een gesprek met uw huisarts wanneer die de BiB tool toepaste. Nadat uw huisarts met u deze tool doorlopen heeft, nodigt hij/zij u uit om deel te nemen aan ons onderzoek. U ontvangt naast dit informatieformulier ook een informatiebundel over de BiB tool en een document ('geïnformeerde toestemming') waarin uw toestemming voor deelname aan de studie wordt bevestigd. Enkel met uw goedkeuring contacteren wij u per mail of telefonisch voor een interview. Dit zal plaatsvinden op een moment en plaats door u gekozen (dit kan ook online) en zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen.

Privacy
Het interview wordt opgenomen, maar deze geluidsopname wordt enkel gebruikt in functie van de verwerking van de gegevens. Deze gegevens worden bewaard op de beveiligde server van UGent. Er zal bij het bekendmaken van de resultaten op geen enkel moment verwezen worden naar uw naam of persoonsgegevens.

Vrijwillige deelname
Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. U kan op elk moment uw deelname aan het onderzoek stopzetten zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Vergoeding
U ontvangt geen financiële vergoeding voor deelname aan dit onderzoek. De interviews gebeuren op vrijwillige basis. U draagt op deze manier wel bij aan het vergroten van de inzichten in de psychosociale ondersteuning van zwangere en bevallen vrouwen en hun gezin.

Ethische richtlijnen
Deze studie werd vooraf goedgekeurd door het onafhankelijke ethisch comité van het UZ Gent en de UGent.

U wenst deel te nemen aan het onderzoek of hebt nog verdere vragen?
Meer informatie over de BiB tool vindt u in het bijgevoegde document. Met plezier beantwoorden we verdere vragen via e-mail, telefonisch of persoonlijk. Als u zou beslissen om deel te nemen, maken we graag een afspraak.

Alvast hartelijk dank voor uw interesse!

Met vriendelijke groeten,
Jana en Hanne

Prof Dr. Heytens, promotor
Dr. Veerle Piessens, co-promotor

Titel: 'Psychosociaal welzijn in de perinatale periode. Kwalitatief onderzoek bij huisartsen en zwangere vrouwen naar de ervaringen met een digitale tool in de huisartsenpraktijk.'

Contactgegevens onderzoekers
Jana Decuypere
Huisarts-in-opleiding UGent (Huisartsenpraktijk De Rode Poort in Sint-Michiels)
e-mail: jana.decuypere@scarlet.be
tel: +32487496039

Hanne Lagrou
Huisarts-in-opleiding UGent (WGC De Sleep in Gent)
e-mail: lagrouhanne@gmail.com
tel: +32473576758

Bijlage 6: interview guide huisartsen

- *ICF OK?*
- *Alle antwoorden zijn anoniem, wat hier gezegd wordt, wordt enkel gekaderd binnen ons onderzoek*
- *We nemen ons gesprek op, om dit nadien te kunnen uitschrijven en analyseren.*

1. **Personalia**
   - Hoelang werkt u al als HAIO/huisarts?
   - In welk soort praktijk werkt u (groeps- vs. solopraktijk, landelijk vs. stedelijk, gemengde dan wel blanke/multiculturele populatie)?

2. **Gebruik van de BiB tool**
   - Gebruik van registratiedocument? → overlopen
   - Hoeveel zwangere vrouwen heeft u gevolgd in de voorbije 5 maanden (ongeveer)?
   - Bij hoeveel daarvan waren er één of meerdere psychosociale risicofactoren aanwezig?
   - Heeft u de tool in de afgelopen vijf maanden gebruikt?
     - Indien niet: waarom niet?
     - Indien wel: hoe vaak? Bij elke zwangerschapsopvolging? Wanneer wel/wanneer niet?
   - Hoe vond u het werken met de tool over het algemeen? Wat ging er goed, wat ging er minder goed?
   - Kunt u wat meer vertellen over hoe u de BiB tool in uw praktijk toepast?
     - Op welk moment van de zwangerschapsopvolging past u de tool toe?
     - Hoe kadert u dit voor de patiënt?
     - Welke specifieke functies hebt u al dan niet gebruikt? (Vragenlijst, zorgpaden, sociale kaart)
       - de niet-gebruikte functies, waarom niet?
       - de wel-gebruikte functies, waarom wel?
   - Hoe lukte het om de tool toe te passen in een andere taal dan uw/de vrouw haar moedertaal?
   - Hoe reageerde de zwangere (en haar partner) volgens u hierop?
   - Heeft u het gevoel dat de bespreking van het thema van psychosociaal welzijn in de zwangerschap door de tool vereenvoudigd wordt?
   - Heeft u het gevoel dat de tool u tijdswinst oplevert of integendeel nog extra tijd vergt?

3. Heeft het gebruik van de BiB tool **iets in werking gezet?**
   - Heeft u het gevoel dat <u>uw patiënt</u> hiermee geholpen was? (Heeft de patiënt er iets aan gehad?)
     - Zo ja, op welke manier?
     - Zo neen, waarom niet?
   - Hebt <u>u</u> het gevoel hiermee geholpen te zijn?
     - Hebt u vlotter kunnen screenen?

        - Hebt u vlotter kunnen doorverwijzen bij vermoeden van problemen?)
        - Hebt u het gevoel dat u dankzij de tool meer kennis hebt over deze problematiek?
    - Hoe verliep de doorverwijzing/interdisciplinaire samenwerking in de tool? (bv. vroedvrouw, gynaecoloog, K&G, psycholoog, sociaal werk) Was dit anders dan voor het gebruik van de tool?

4. **Wat zou u nog kunnen helpen** om het psychosociaal welzijn bij zwangeren te verbeteren? Wat zou kunnen leiden tot een meer kwalitatieve zorg?

5. **Algemene waardering:** Zou u de tool aan collega's aanraden?
    - Aan huisartsen?
    - Aan vroedvrouwen, verpleging, psychiaters, psychologen, andere?

6. Wenst **u nog iets toe te voegen?**

Bijlage 7: interview guide vrouwen

1. **Voorstellen, opwarmen**
    - *Wie is wie, iets van jezelf vertellen (bv. Jana en de kinderen)*
    - *Link met verwijzend huisarts aangeven: wij zijn hier nu omdat Dr. X jouw naam aan ons doorgaf – connectie vertellen (bv. we hebben samen gestudeerd)*
    - Is dit uw eerste/tweede/x-de zwangerschap?
    - Wie volgt u op voor uw zwangerschap (gynaecoloog, vroedvrouw, huisarts)?

= veilige situatie creëren

2. **ICF ondertekenen**
    - *Wij zijn verplicht om toestemming te krijgen van alle deelnemers dat je vrijwillig deelneemt.*
    - *Alle antwoorden zijn anoniem, wat hier gezegd wordt, wordt ook niet aan jouw huisarts gezegd.*
    - *We nemen ons gesprek op, om dit nadien te kunnen uitschrijven en analyseren.*

3. **BiB tool algemene ervaring**

Tijdens de periode van de zwangerschap en het jaar nadien gaat er veel aandacht naar de lichamelijke opvolging. In onze masterproef willen we focussen op de psychosociale opvolging. Daarmee bedoelen we de familiale situatie, de financiële situatie en het mentaal welzijn. Laat ons eens teruggaan naar de vorige consultatie bij jouw huisarts. Die heeft daar toen een heel aantal vragen over gesteld. Kan je je dat herinneren?

- Hoe heb je dit ervaren?
- Wat vond je ervan dat uw huisarts je die vragen stelde?
- Hoe was het voor jou dat de huisarts al deze verschillende en misschien soms moeilijke thema's besprak?
  (Sommige mensen vinden dit gênant, ervaren schaamte, vinden het moeilijk om hier eerlijk op te antwoorden. Hoe was dat voor jou?)
- Had je verwacht dat je huisarts hier vragen zou over stellen?
- Vind je dit belangrijk om met je huisarts te bespreken?
- (Indien de partner niet aanwezig is op het interview) Hoe was het voor uw partner dat de huisarts deze thema's besprak?

4. **Peripartaal psychosociaal welzijn**
    - Hoe sta jij tegenover het bespreken van psychosociaal welzijn in de zwangerschap?
    - We weten dat veel vrouwen het niet gemakkelijk vinden om dit te bespreken. Hoe is dat voor jou?
    - Zou u moeilijkheden in verband met uw thuissituatie of uw psychisch welbevinden bespreken met uw huisarts zonder de BiB tool?
    - Kwam het thema van psychosociaal welzijn bij andere hulpverleners (gynaecoloog, vroedvrouw, K&G) tijdens de zwangerschap aan bod?

- Ondervind je problemen om dit te bespreken met uw partner/familie/vrienden?
- Ondervind je problemen om dit te bespreken met uw huisarts/gynaecoloog/vroedvrouw/K&G?
- Indien wel, waarom? Welke problemen ondervind je daarbij? Herkent u één van de volgende barrières: schaamte, maatschappelijk taboe, gevoel dat uw hulpverlener te weinig tijd heeft, gevoel dat uw hulpverlener te weinig kennis heeft?
- Met wie zou u deze problemen het liefst bespreken?

5. **Vervolg van de BiB tool**
    - Hoe is de verdere opvolging gebeurd?
        - Zijn jullie later nog op bepaalde thema's teruggekomen?
        - Heb je hier zelf nog met andere mensen over gesproken?
        - Heb je er daarna nog over nagedacht of had je er daarna nog vragen over?
    - Werd je, naar aanleiding van die vragen, voor bepaalde zaken doorverwezen naar andere hulpverleners? Zo ja, naar wie?
    - Wat vindt u ervan dat uw gegevens met andere hulpverleners gedeeld kunnen worden?
    - Denk je over deze thema's anders na na het gesprek?

6. **Personalia (varia)**
    - Origine: is Nederlands je moedertaal? Vanwaar kom je oorspronkelijk? Hoe lang ben je in België?
    - Opleidngsniveau: tot welke leeftijd ben je naar school geweest? Heb je een diploma gehaald?

7. **Wenst u hier nog iets aan toe te voegen?**

Beste huisarts,

Dit document is er om u te helpen uw tussentijdse ervaringen met het gebruik van de BiB tool te registreren.. Dit is enkel bedoeld als geheugensteun voor uzelf tot aan het interview. Veel succes, en nogmaals bedankt voor uw hulp hierbij!

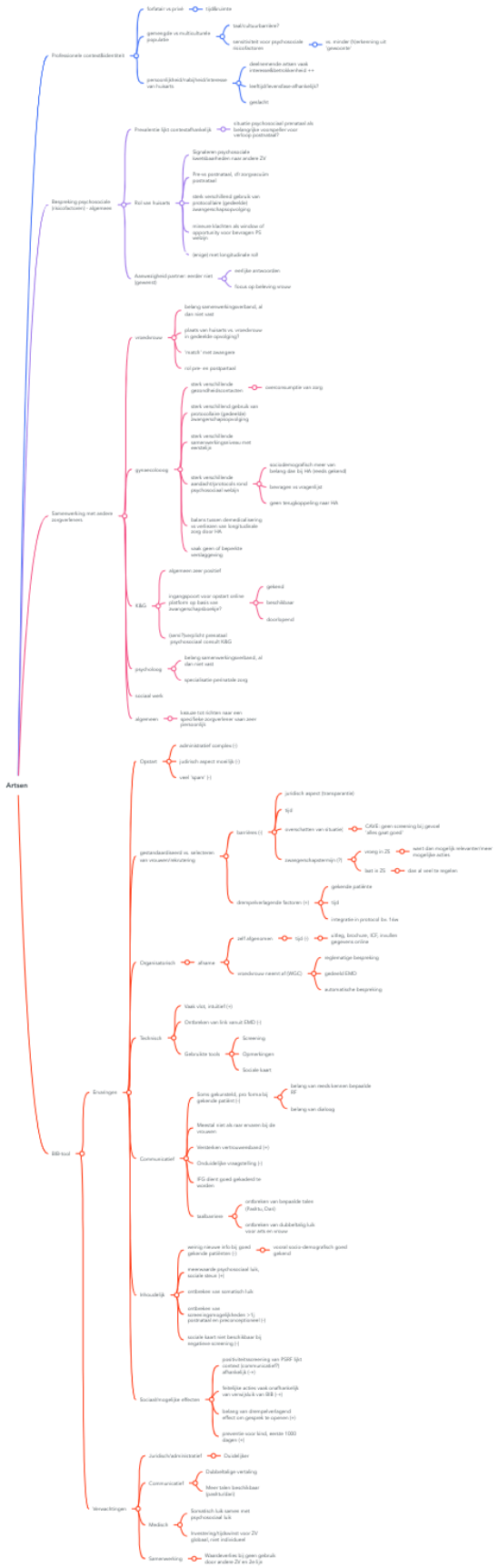
Jana & Hanne

<u>Per contact met zwangere/bevallen vrouw (en partner)</u>

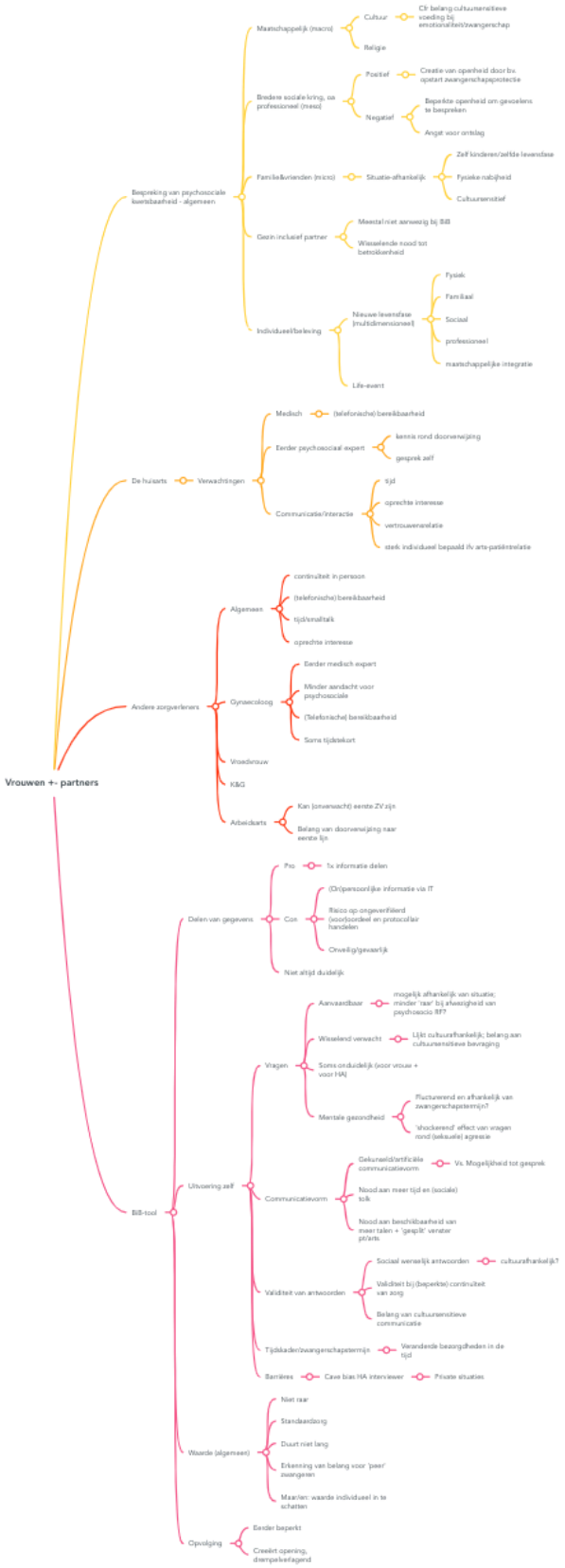
Datum: … … / … … / … … … … Gegevens vrouw en partner: - leeftijd: …… j - taal: ……	BiB tool gebruikt? ☐ Ja ☐ Nee Waarom niet? ☐ Tijdsgebrek ☐ Taalbarrière ☐ Culturele barrière ☐ Emotionele barrière ☐ Praktische problemen ☐ Andere?	Wat ging goed?	Wat ging minder goed?	Uitgenodigd voor interview? ☐ Ja ☐ Nee Waarom wel/niet?

Technische onduidelijkheden of andere vragen? Twijfel niet om ons te contacteren!
jana.decuypere@scarlet.be, +32487496093
lagrouhanne@gmail.com, +32473576758

Bijlage 9: denkboom QUAGOL methode huisartsen



Bijlage 10: denkboom QUAGOL methode vrouwen



Bijlage 11: NVivo codes huisartsen

administratief
awareness voor psychosociale risicofactoren
BiB adviezen voor verdere ontwikkeling
BiB barrières voor gebruik
BiB drempelverlagende factoren voor gebruik
BiB gelinkte acties
BiB nadelen
BiB toepassing door huisarts
BiB toepassing door vroedvrouw
BiB voordelen
communicatief
EMD
gynaecoloog
inhoudelijk
interprofessionele samenwerking
juridisch
K&G
organisatorisch
partner
patiëntenpopulatie
politiek
privacy
professionele context
psychiater
psycholoog
rol van de huisarts
sociaal netwerk
sociaal werk
sociale kaart
taalbarrière
tijd
timing
validiteit (van antwoorden)
vertrouwensrelatie
vroedvrouw
zwangerschapsopvolging

Bijlage 12: NVivo codes vrouwen

Psychosociale risicofactoren (RF) algemeen
Bespreekbaarheid perinataal welzijn (PW) met omgeving
    Partner
Bespreekbaarheid perinataal welzijn (PW) maatschappelijk
    Werkgever
Persoonlijke ervaringen

Zorgverlening/ondersteuning algemeen
Huisarts
Medisch expert
Vertrouwenspersoon
Gynaecoloog
Vroedvrouw
Arbeidsarts
Psycholoog
Andere zorgverleners
    Psychiater
    sociaal werk

BIB algemeen/waarde
BIB voordelen
BIB nadelen
BIB opvolging
Privacy
Communicatief
Inhoudelijk/vragen
Technisch
Validiteit (van antwoorden)