

SYNTHESE

DOORVERWIJZING BIJ HET OPVOLGEN VAN ZWANGERSCHAPPEN MET LAAG RISICO



SYNTHESE

DOORVERWIJZING BIJ HET OPVOLGEN VAN ZWANGERSCHAPPEN MET LAAG RISICO

ELENA COSTA, WENDY CHRISTIAENS, RENATE ZEEVAERT, NADIA BENAHMED



■ VOORWOORD

Vele eeuwen lang was de opvolging van zwangerschappen in handen van “vroede” of wijze vrouwen, die aan huis zorgden voor de begeleiding van toekomstige moeders, en die hun kennis en kunde doorgaven van generatie op generatie. In de 19^{de} eeuw begonnen artsen meer en meer bevallingen uit te voeren in het ziekenhuis, gedreven door groeiende medische kennis over hygiëne, aanpak van verloskundige complicaties, en uitvoeren van keizersneden.

Ook vandaag de dag spelen beide beroepsgroepen een centrale rol tijdens het prenatale zorgtraject. Maar om aan alle zwangere vrouwen een optimale begeleiding te bieden die afgestemd is op hun individuele noden, zodat hen de best mogelijke gezondheid en veiligheid verzekerd wordt, is een naadloze overgang nodig van de ene zorgverlener naar de andere. Vandaar de nood aan regels die aangeven in welke klinische situaties doorverwijzing van basiszorg naar gespecialiseerde zorg noodzakelijk is.

In deze studie boog een panel van experts zich over de ontwikkeling van een set van doorverwijsregels tijdens prenatale opvolging van een laagrisico-zwangerschap. Wetenschappelijke evidentie over invloed van doorverwijspatronen is schaars, en dus vertrokken ze daarbij van bestaande doorverwijsinstrumenten. In het panel zetelden gynaecologen-verloskundigen en vroedvrouwen. Huisartsen werden eveneens betrokken, aangezien zij ook eerstelijnsopvolging van zwangerschappen verzekeren, zij het in beperkte mate.

De discussies waren niet altijd gemakkelijk. De historische context van hiërarchie, verdeling van bevoegdheden en gescheiden opleidingstrajecten tekent nog altijd de relaties tussen deze beroepsgroepen, wat trouwens ook benadrukt wordt in de internationale literatuur en in een survey uitgevoerd in België in het kader van dit onderzoek. Ook systemische elementen, zoals de financieringsmodaliteiten, beïnvloeden de bereidheid om te komen tot heldere afspraken voor doorverwijzing in functie van de noden van elke zwangere vrouw.

Ondanks vele divergente standpunten kon toch overeenstemming bereikt worden over heel wat klinische situaties waarvoor mogelijks een doorverwijzing nodig is. Dit rapport is dan ook een uitnodiging aan de zorgverleners om hiermee in lokale interdisciplinaire netwerken aan de slag te gaan. Wij hopen dat het tegelijkertijd een aanzet kan zijn om verder te werken aan een gemeenschappelijke interdisciplinaire visie op rollen, verantwoordelijkheden, en samenwerking, om zo de toegang te verbeteren tot een universele en geïntegreerde zorg voor zwangere vrouwen.

Christophe JANSSENS
Adjunct algemeen directeur *a.i.*

Marijke EYSEN
Algemeen directeur *a.i.*



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE	2
1.	INLEIDING	4
1.1.	CONTEXT	4
1.2.	OVERZICHT VAN DE ORGANISATIE VAN PRENATALE ZORG IN BELGIË	4
1.3.	OVERZICHT VAN HET WETTELIJK KADER VOOR ZWANGERSCHAPSOPVOLGING	6
1.4.	ONDERZOEKSVRAGEN	7
1.5.	METHODEN	8
2.	INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING BIJ PRENATALE OPVOLGING	9
2.1.	DE BASIS VAN DE INTERPROFESSIONELE VERHOUDINGEN ZOALS BESCHREVEN IN DE LITERATUUR	9
2.2.	ONDERZOEK NAAR DE SAMENWERKING TUSSEN GYNAECOLOGEN EN VROEDVROUWEN IN BELGIË	11
2.3.	MOGELIJKE PISTES IN HET VERBETEREN VAN DE INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING BIJ DE PRENATALE OPVOLGING	13
2.3.1.	Communicatie en delen van informatie	13
2.3.2.	Delen van ervaringen	13
2.3.3.	Partnerschap	13
2.3.4.	Duidelijk gedefinieerde rollen en verantwoordelijkheden	13
2.3.5.	Organisatie van de prenatale opvolging	14
2.3.6.	Financiële aspecten	14
2.3.7.	Opleiding	14
2.3.8.	Regulering van het beroep van vroedvrouw	14
3.	NAAR EEN BELGISCH DOORVERWIJZINSTRUMENT	14



3.1.	RISICOFACTOREN GEÏDENTIFICEERD IN DE LITERATUUR	15
3.2.	UITWERKING VAN EEN BELGISCH DOORVERWIJSINSTRUMENT	15
3.2.1.	Waarom een Delphi-studie?.....	16
3.2.2.	Doelstellingen en resultaten van het Delphi-panel	16
4.	CONCLUSIE	19
4.1.	NAAR EEN DOORVERWIJZING OP MAAT, AANGEPAST AAN DE LOKALE REALITEIT?.....	19
4.2.	ENKELE CONCRETE VOORWAARDEN	19
■	AANBEVELINGEN	21



1. INLEIDING

1.1. Context

In een voorgaand rapport met als titel "Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laagrisicozwangerschappen"^a stelt het KCE een algemeen principe voor: "De ideale prenatale opvolging is universeel en geïntegreerd, om alle zwangere vrouwen in heel België een optimale gezondheid en veiligheid te kunnen verzekeren. De draagwijdte en de intensiteit van de prenatale begeleiding moeten afgestemd zijn op ieders behoeften. Ze zou een naadloze overgang moeten garanderen vanaf de preconceptieperiode tot de periode post partum, van de ene gezondheidsprofessional tot de andere, en van basiszorg tot gespecialiseerde zorg." Een van de aanbevelingen in dit verband was "een lijst opstellen met **verloskundige alarmsignalen** die wijzen op de noodzaak om een zwangere vrouw door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg om veilige overgangen tussen professionals en zorgniveaus te verzekeren, met respect voor het subsidiariteitsbeginsel."

Deze studie vloeit voort uit die aanbeveling. Ze heeft tot doel een **doorverwijsinstrument** te ontwikkelen dat een "veilige en naadloze overgang" garandeert tussen zorgverleners die de prenatale opvolging verzekeren (zie 1.4).

^a KCE-rapport 326 ["Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laagrisicozwangerschappen" \(2019\)](#) Benahmed Nadia, Lefèvre Mélanie, Christiaens Wendy, Devos Carl, Stordeur Sabine. Health Services Research (HSR) Brussel 2019.

^b In dit rapport spreken we over de "zwangere vrouw", maar het spreekt voor zich dat haar partner hier ook bij betrokken is, als de zwangere vrouw daar tenminste voor kiest. Bovendien kunt u "zwangere vrouw" hier ook lezen als "zwanger persoon", ongeacht diens genderidentiteit.

1.2. Overzicht van de organisatie van prenatale zorg in België

Een zwangere vrouw kan in België kiezen^b om alleen door een gynaecoloog-verloskundige^c opgevolgd te worden of ze kan kiezen voor een gecombineerde opvolging door een gynaecoloog en een vroedvrouw (en/of een huisarts).

- Gynaecologen volgen zwangerschappen op in het ziekenhuis, in een privépraktijk, of, maar dat gebeurt zelden, tijdens een raadpleging bij ONE.^d Alleen bij hen worden echografieën vergoed.
- Vroedvrouwen volgen zwangerschappen op in het ziekenhuis, tijdens een raadpleging bij ONE, of in een privépraktijk (alleen of in groep). Er bestaan ook groepspraktijken waar gynaecologen en vroedvrouwen samenwerken.
- Ook de huisarts kan bij de prenatale opvolging betrokken zijn (in privépraktijk, groepspraktijk of bij ONE) maar dit is eerder zeldzaam en gebeurt voornamelijk in Vlaanderen.

De laatste cijfers over prenatale opvolging die we voor België ter beschikking hebben, zijn die van 2016. In 2016 bezochten zwangere vrouwen tijdens hun zwangerschapsopvolging gemiddeld tien keer een gynaecoloog. Het aantal consultaties bij een vroedvrouw lag beduidend lager (Figuur 1). Dit aantal is wel verdubbeld tussen 2010 en 2016 (Figuur 2). Sindsdien heeft een studie van de Christelijke Mutualiteit^e aangetoond

^c In België omvat de specialisatie zowel gynaecologie als verloskunde. De artsen-specialisten zijn dus gynaecoloog-verloskundige. Om de leesbaarheid van de tekst te verbeteren, houden we het in deze tekst bij de term "gynaecologen".

^d Office de la Naissance et de l'Enfance, in de Federatie Wallonië-Brussel. Opgroeien (Kind&Gezin), de Vlaamse tegenhanger van ONE, en Kaleido, de Duitstalige tegenhanger, bieden geen prenatale opvolging aan.

^e https://www.mc.be/media/SOINS%20DE%20SANTE_tcm49-69774.pdf-69774

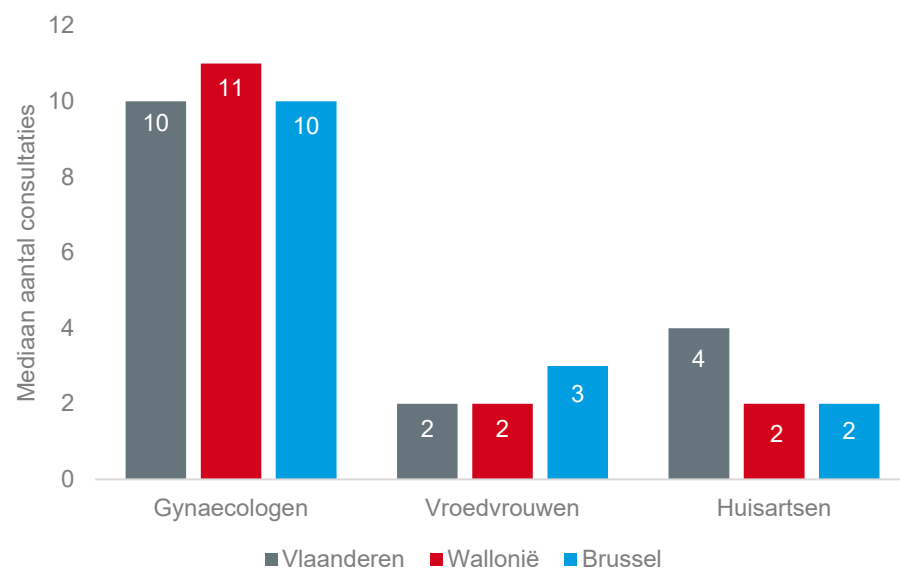


dat deze stijging zich minstens tot 2019 (einde van de studie) heeft voortgezet.

Hierbij moeten we opmerken dat de zwangerschapsopvolgingen door een huisarts moeilijk te kwantificeren zijn, omdat de nomenclatuur niet toelaat

om prenatale zorg van andere medische handelingen te onderscheiden. Het is dus onmogelijk te weten of een zwangere vrouw haar huisarts bezoekt omwille van haar zwangerschap of om andere redenen.

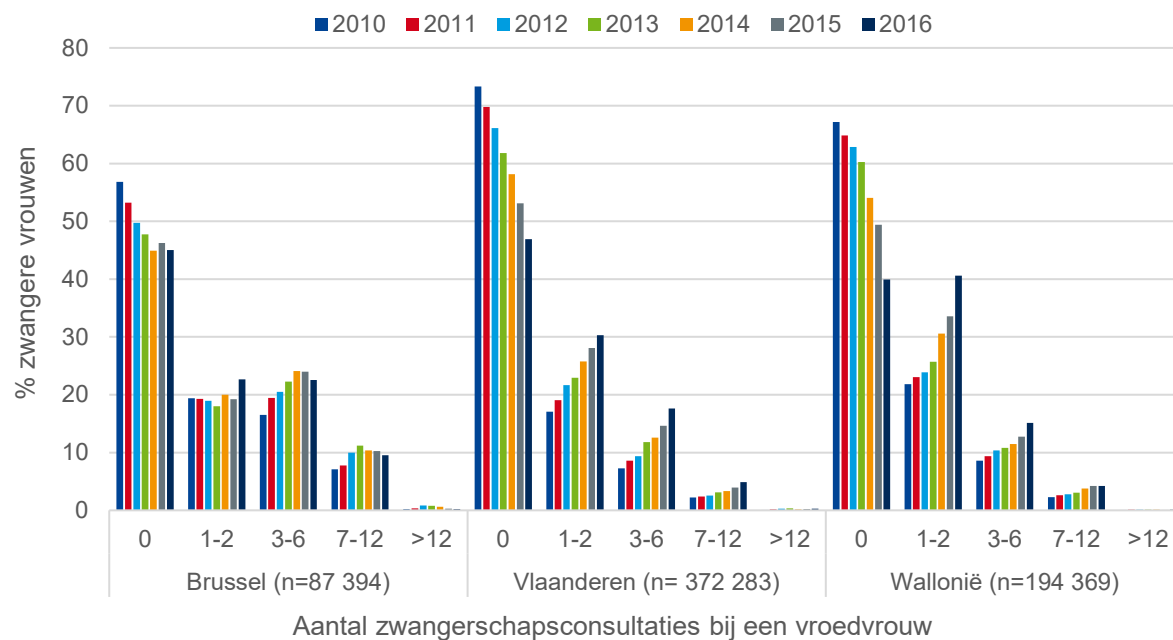
Figuur 1 – Mediaan van het aantal opvolgingsconsultaties voor laagrisicozwangerschappen per zorgverlener (2016)



Bron: KCE-rapport 326



Figuur 2– Evolutie van het aantal consultaties voor zwangerschapsopvolging door vroedvrouwen, per regio (2010-2016)



Bron: KCE-rapport 326

Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de organisatie van prenatale zorg in België verwijzen we naar [KCE-rapport 326](#) dat hierboven reeds werd aangehaald (hoofdstuk 2 van de synthese in het Nederlands, en hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport in het Engels).



1.3. Overzicht van het wettelijk kader voor zwangerschapsopvolging

In tegenstelling tot andere landen is de keuze voor een bepaalde zorgverlener in België niet aan controles of verplichtingen onderworpen. Een zwangere vrouw kan rechtstreeks een arts-specialist (gynaecoloog-verloskundige) raadplegen zonder hiervoor een verwijfsbrief nodig te hebben van een zorgverlener uit de eerste lijn. Ze heeft ook het recht om op eender welk moment tijdens haar zwangerschap een andere zorgverlener te kiezen.

Wat de zorgverleners betreft, bepaalt de wet wel welke handelingen door vroedvrouwen mogen of moeten gesteld worden (waaronder sommige autonoom en sommige onder toezicht van een arts). Daarentegen bepaalt de wet niet welke handelingen door artsen gesteld moeten worden. Daarmee is ze in overeenstemming met de principes van de diagnostische en therapeutische vrijheid van artsen.

De autonome handelingen die door vroedvrouwen gesteld mogen worden zijn door de wet als volgt vastgelegd^f:

- a) de diagnose van de zwangerschap
- b) toezicht op, zorg en advies aan de vrouw tijdens de zwangerschap, de bevalling en de periode na de bevalling;
- c) het opvolgen van normale zwangerschappen, het verrichten van normale bevallingen en het verlenen van de eerste zorg aan pasgeborenen en gezonde zuigelingen;
- d) preventieve maatregelen, het opsporen van risico's bij moeder en kind;
- e) in dringende gevallen het verrichten van de noodzakelijke handelingen in afwachting van deskundige medische hulp;

- f) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de vrouw, de familie en de maatschappij;
- g) prenatale opvoeding en voorbereiding op het ouderschap;
- h) het opstellen van de nodige schriftelijke verslagen.

Bij een zwangerschapsopvolging dienen vroedvrouwen, na een minutieuze en volledige anamnese, alle zwangere vrouwen aan te raden een medisch onderzoek te ondergaan tijdens het eerste en het derde trimester van de zwangerschap.

Sinds 2006 hebben vroedvrouwen de bevoegdheid om een beperkt aantal geneesmiddelen voor te schrijven, met name deze die gericht zijn op de behandeling van de belangrijkste goedaardige zwangerschapskwalen^g.

1.4. Onderzoeksvragen

Het prenatale zorgpad zoals dat in 2019 door het KCE werd voorgesteld ([KCE-rapport 326](#), reeds geciteerd) moet kunnen bogen op een duidelijk doorverwijzingssysteem tussen zorgverleners om een veilige overgang tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg te verzekeren volgens het subsidiariteitsbeginsel. Zo'n systeem heeft als basis vaak een valide doorverwijsinstrument dat door alle partijen wordt overeengekomen.

Veel Belgische vroedvrouwen maken al gebruik van doorverwijsinstrumenten, en dan met name de Nederlandse "verloskundige indicatielijst". Deze lijst is echter afgestemd op de Nederlandse context die sterk verschilt van de Belgische; dit vormt een belangrijke hinderpaal bij het gebruik van deze lijst in ons land. Bovendien zijn de Belgische zorgverleners het niet unaniem eens over deze lijst. Daarom zijn de vroedvrouwen vragende partij voor een **doorverwijsinstrument dat aangepast is aan de Belgische context, en dat, voor zover mogelijk, door een meerderheid van de prenatale zorgverleners gesteund wordt.**

^f [Wet van 10 Mei 2015](#) Art. 62.

^g Voor vroedvrouwen met een beroepstitel vóór 1 oktober 2014 is een extra opleiding noodzakelijk alvorens de bevoegdheid te krijgen om medicatie voor te schrijven



In dit onderzoek kijken we welke doorverwijsinstrumenten in België en in andere landen gebruikt worden en kijken we wat de obstakels en de faciliterende factoren zijn bij het in gebruik nemen van zo'n richtlijn in België.

De onderzoeksvragen zijn:

Hoofdonderzoeksvragen

1. **Met welke klinische situaties moet er rekening gehouden worden in een doorverwijsinstrument voor prenatale opvolging in eerste lijn?**
2. **Welke doorverwijsactie past bij elke klinische situatie in het Belgische doorverwijsinstrument voor prenatale opvolging in eerste lijn?**

Vorbereidende onderzoeksvragen:

1. **Wat zijn de obstakels en de faciliterende factoren in de samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen?**
2. **Welke richtlijnen gebruikt men in het buitenland voor het onderzoeken en beoordelen van risico's tijdens de prenatale opvolging in eerste lijn?**
3. **Welke richtlijnen worden in België gebruikt voor het onderzoeken en beoordelen van risico's tijdens de prenatale opvolging in eerste lijn?**

Dit rapport vervolledigt een reeks rapporten van het KCE over zwangerschap. In deze reeks zijn twee rapporten gewijd aan prenatale zorg: een gids voor de klinische praktijk over de onderzoeken en de screenings die bij een laagrisicozwangerschap worden aanbevolen (KCE-rapport 248) en een rapport dat een prenataal zorgpad voorstelt (KCE-rapport 326, reeds geciteerd).

1.5. Methoden

De obstakels en faciliterende factoren in de interprofessionele samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen (vraag 3), en de beoordeling van risico's en de doorverwijsinstrumenten in het buitenland (vraag 4) werden geïdentificeerd door middel van een **literatuurstudie**.

De huidige risicobeoordelings- en doorverwijzingspraktijken bij de prenatale opvolging in België (vraag 5) werden onderzocht aan de hand van een **online enquête** die bij ongeveer 800 gynaecologen en vroedvrouwen werd afgenomen.

Tot slot hebben we, gezien er geen relevante wetenschappelijke evidentie bestaat met betrekking tot doorverwijsopties bij prenatale opvolging in eerste lijn, gekozen voor een **Delphi-studie** om op die manier een consensus te vinden over een doorverwijsinstrument dat aan de Belgische context is aangepast (vragen 1 en 2).



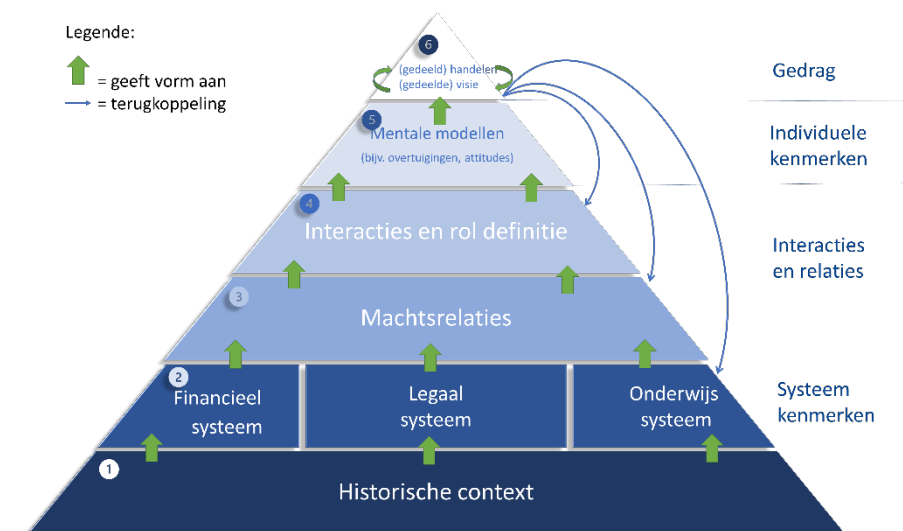
2. INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING BIJ PRENATALE OPVOLGING

2.1. De basis van de interprofessionele verhoudingen zoals beschreven in de literatuur

Om veilige, efficiënte, gepaste, gelijkwaardige en patiëntgerichte prenatale zorg te verzekeren is een vlotte samenwerking tussen de verschillende aanbieders van deze zorg, en dan met name gynaecologen en vroedvrouwen, noodzakelijk. In België loopt de relatie tussen deze twee beroepen echter niet altijd van een leien dakje. **Voorafgaand aan het opstellen van een doorverwijsinstrument dat de steun heeft van beide partijen, hebben we in de internationale literatuur gezocht naar de obstakels en faciliterende factoren bij de samenwerking tussen deze beroepen.** Omdat het hier vaak over kwalitatieve studies gaat, hebben wij gekozen voor een narratieve review.

Over het algemeen kunnen de obstakels en faciliterende factoren bij interprofessionele samenwerking in 6 niveaus worden ingedeeld. Deze niveaus interageren met elkaar en kunnen worden weergegeven in een piramidemodel (Figuur 3). De concepten die aan de basis liggen van de piramide beïnvloeden de hoger liggende concepten, en leiden uiteindelijk tot een bepaald gedrag, hier interprofessionele samenwerking, aan de top. Deze interprofessionele samenwerking kan op haar beurt, via een feedback loop, interacties, machtsverhoudingen en systeemkenmerken beïnvloeden

Figuur 3 – Conceptueel kader van de obstakels en faciliterende factoren bij interprofessionele samenwerking



Aan de basis van de piramide situeert zich de **historische context** (niveau 1) die alle andere niveaus beïnvloedt. Over het algemeen wordt het historisch zorgmodel gekenmerkt door hiërarchische relaties tussen artsen en andere zorgverleners, wat geleid heeft tot antagonistische modellen voor werkwijzen, beslissingen, rollen en verantwoordelijkheden. Deze hebben op hun beurt geleid tot een aantal obstakels voor een goede samenwerking zoals een verschillende zorgfilosofie, concurrentie, maar ook een gebrek aan interprofessionele communicatie en ondersteuning. In het geval van prenatale zorg werd dit **siloeffect** nog verder versterkt door het feit dat gynaecologen en vroedvrouwen zich in verschillende beroepsorganisaties verenigen die zich inspannen om de autonomie van het beroep te bewaren, ook al werken zij met dezelfde patiënten en hebben zij dezelfde doelstellingen.



Bevallingen vonden vroeger thuis plaats en werden begeleid door (vroed)vrouwen die op empirische wijze werden opgeleid door de vrouwen die hen voorgingen. Toen bevallingen in het ziekenhuis begonnen plaats te vinden, daalde de moedersterfte spectaculair, en dit dankzij betere steriele omstandigheden, de strijd tegen bloedingen, het veilig uitvoeren van keizersneden, enz. Geleidelijk aan zorgden de groeiende technologische mogelijkheden voor een steeds sterkere medicalisering van bevallingen en leidden ze zelfs tot een aantal interventies waarvan de voordelen niet altijd aangetoond zijn. Vanaf dat moment ontstond er een **belangrijke filosofische kloof** tussen artsen en vroedvrouwen (maar soms ook binnen deze beroepsgroepen), namelijk de **controverse rond interventionisme en non-interventionisme**.

De historische spanningen tussen de twee beroepen hebben de werking van het huidige systeem (niveau 2) bepaald, dat wordt gekenmerkt door de verdeling van **verantwoordelijkheden, financiële middelen en kennis** (afspiegeling van het onderwijssysteem). Deze kenmerken beïnvloeden op hun beurt de bestaande **machtsverhoudingen** die de kern vormen van de hele dynamiek (niveau 3).

Angst voor rechtszaken is een overkoepelende factor bij elke keuze die tijdens de perinatale zorg gemaakt wordt. Gynaecologen hebben vaak de indruk dat zij alle verantwoordelijkheid dragen, en dan vooral in geval van een te late overdracht. Deze **asymmetrische verantwoordelijkheid** wordt vaak beschreven als een fundamenteel verschil tussen de beroepsgroepen. Gedeelde verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid is een essentiële voorwaarde voor succesvolle interprofessionele samenwerking.

De literatuur noemt ook de verdeling van **financiële middelen** - en in het bijzonder de betaling per prestatie - als een ander belangrijk obstakel voor samenwerking, omdat dit tot concurrentie kan leiden. De ongelijke vergoeding voor artsen en vroedvrouwen voor eenzelfde handeling kan werkt conflicten in de hand. De verschillende financieringssystemen kunnen het ook moeilijk maken om een gedeelde salarispool aan te leggen.

Omgekeerd is een gepast financieringssysteem wel een faciliterende factor voor een goede interprofessionele samenwerking.

Ook de manier waarop kennis binnen het **onderwijs** wordt doorgegeven van een generatie naar de volgende is een probleem. De beroepsgroepen worden apart opgeleid, zonder dat zij enige samenwerking ervaren. Dit socialiseert studenten in de professionele waarden van hun eigen beroepsgroep. Lessen die zowel door geneeskunde- als door vroedkundestudenten gevolgd worden kunnen een nieuwe generatie zorgverleners voortbrengen die wel geleerd heeft om samen te werken. Dat gebeurt nu bijvoorbeeld al aan Drexel University (Pennsylvania, VS).

Op niveau 3 van de piramide bepalen de sterk hiërarchische **machtsverhoudingen** die uit de huidige organisatie van prenatale zorg voortvloeien de **interactiemodi** en de **rollen** van beide beroepen (niveau 4). **Wederkerige relaties** (met gedeelde verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, zoals reeds vermeld) bevorderen het vertrouwen en zijn essentieel voor een succesvolle interprofessionele samenwerking. Duidelijk gedefinieerde rollen zorgen ervoor dat de **grenzen voor elke beroepsgroep kunnen worden vastgelegd**. Onduidelijkheid wordt nu vermeld als obstakel bij het optimaliseren van de samenwerking. **Klinische praktijkrichtlijnen**, protocollen, zorgpaden of andere procedures of praktijkakkoorden kunnen deze grenzen ook helpen afbakenen en de zorg formaliseren.

Interactiemodi bepalen op hun beurt **mentale representaties** (niveau 5), dit wil zeggen "de beelden, hypothesen en verhalen die we in ons hoofd zien over onszelf, anderen, instellingen en alle andere aspecten van de wereld. Dit is de lens waardoor we kijken en dat ons beeld subtiel vervormt. Deze representaties bepalen wat we zien."^h Zo gebeurt het dat een **gebrek aan begrip** voor de waarden, competenties, en grenzen van het beroep kan leiden tot misverstanden, verdenkingen en vooroordelen die percepties vervormen en de samenwerking ondermijnen. Daar staat tegenover dat **wederzijds respect en vertrouwen in de vaardigheid en**

^h Peter MS. The Fifth discipline fieldbook : strategies and tools for building a learning organization. New York: Currency, Doubleday, [1994]



betrouwbaarheid van de ander de basis vormt voor een echt **partnerschap** waarbij beide partners op elkaar kunnen rekenen en hun onderlinge afhankelijkheid accepteren.

Tot slot bepalen onze mentale representaties ons **gedrag** (bovenaan de piramide, niveau 6), in dit geval dus de interprofessionele samenwerking waarbij een gedeelde visie leidt tot gedeelde actie en/of waarbij gedeelde actie de gedeelde visie versterkt.

2.2. Onderzoek naar de samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen in België

Om de huidige samenwerking en de huidige doorverwijzingspraktijken tussen gynaecologen en vroedvrouwen te evalueren voerden we een online enquête uit. Het was helaas niet mogelijk om diepte-interviews uit te voeren omdat deze fase van de studie plaatsvond tijdens de COVID-pandemie.

Van de 1142 enquêtes die door gynaecologen en vroedvrouwen werden ingevuld waren er 784 geldige antwoorden. Deze werden geanalyseerd. De steekproef bestond voor 68% uit gynaecologen (n=530) en voor 32% uit vroedvrouwen (n=254). Driekwart van de deelnemers was Nederlandstalig (n=587). 25% was Franstalig (n=197). We konden de representativiteit van deze steekproef niet nagaan.

De vragenlijst was opgedeeld in vier delen:

- de organisatie van prenatale zorg en de oriëntering van zwangere vrouwen naar opvolging door een gynaecoloog, door een vroedvrouw, of een combinatie;
- het onderzoek naar risico's tijdens de prenatale opvolging en het gebruik van instrumenten om klinische en psychosociale risico's te detecteren;
- de houding ten overstaan van het gebruik van doorverwijs- en/of communicatie-instrumenten;
- de interprofessionele samenwerking tijdens de prenatale opvolging en de samenstelling van het professionele netwerk van beide beroepsgroepen.

De methodologie van deze enquête en de rekrutering van de deelnemers worden net als de uitgebreide resultatenanalyse in detail beschreven in hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport. Hier geven we slechts een beknopte samenvatting weer.

Organisatie van de prenatale opvolging bij laagrisicozwangerschappen

- De helft van de gynaecologen en ongeveer 70% van de vroedvrouwen die deelnamen aan de enquête sprak zich uit voor een **afwisseling van consultaties** bij de gynaecoloog en de vroedvrouw.
- De helft van de vroedvrouwen sprak zich eveneens uit voor een **opvolging die bijna exclusief door een vroedvrouw gebeurt** met alleen de drie echo's bij een gynaecoloog. Het aantal gynaecologen dat voor deze optie koos lag veel lager (28% bij de Franstaligen en 9% bij de Nederlandstaligen).
- Ongeveer 40% van de gynaecologen sprak zich uit voor een **opvolging exclusief door een gynaecoloog**, een optie die door vroedvrouwen zelden werd voorgesteld (5% bij de Franstaligen en 9% bij de Nederlandstaligen).
- Opvolging door een huisarts werd voornamelijk door Nederlandstaligen voorgesteld. Een alternerende opvolging met een huisarts werd voorgesteld door respectievelijk 64 en 16% van de Nederlandstalige gynaecologen en vroedvrouwen, tegenover 9 en 0% van de Franstalige gynaecologen en vroedvrouwen.
- Ongeveer één op de tien deelnemers was van mening **dat het koppel zelf mag beslissen over de prenatale opvolging**. Deze insteek kwam vaker voor bij Nederlandstaligen (9% van de gynaecologen en 14% van de vroedvrouwen) dan bij de Franstaligen (3% van de gynaecologen en 2% van de vroedvrouwen).



Gebruik van risicobeoordelingsinstrumenten

- 34% van de gynaecologen en 54% van de vroedvrouwen gebruikt **klinische risicobeoordelingsinstrumenten** terwijl 51% van de gynaecologen en 52% van de vroedvrouwen een instrument gebruikt **voor het beoordelen van het psychosociaal risico**.

Houding ten overstaande van het gebruik van een doorverwijsinstrument

- Alle bevraagde vroedvrouwen verklaarden dat zij een **doorverwijsinstrument** zouden gebruiken als ze dit ter beschikking hadden. Daarentegen zouden minder dan de helft van de gynaecologen (42%) bereid zijn om zo'n instrument te gebruiken. Het aantal lag hoger bij de Franstaligen (56%) dan bij de Nederlandstaligen (38%).
- De vaakst vermelde redenen **voor de invoering van een doorverwijsinstrument** in België zijn een standaardisering van de praktijk, duidelijkere rollen voor alle beroepsbeoefenaars, de objectiviteit van een *evidence-based* oordeel, de veiligheid van doorverwijzingen en het bevorderen van de interprofessionele samenwerking.
- De belangrijkste argumenten **tegen de invoering van een doorverwijsinstrument** waren de asymmetrische medicolegale verantwoordelijkheid, de gebrekkige opleiding van vroedvrouwen in het beoordelen van risico's, het feit dat een instrument een klinisch oordeel niet kan vervangen, de illusie van geruststelling of zekerheid die zo'n instrument biedt en de noodzaak om het steeds up-to-date te houden.
- Belgische zorgverleners gebruiken wel doorverwijsinstrumenten, maar dit zijn vaak instrumenten die binnen hun eigen ziekenhuis ontwikkeld zijn, naast de indicatielijst uit KCE-rapport 248 en de eerste editie van de prenatale gids van ONE.

Professionele netwerken

- De samenstelling van het **professionele netwerk** is heterogeen met voornamelijk - naast andere gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen - andere artsen-specialisten, beroepsbeoefenaars in de geestelijke gezondheidszorg, sociaal werkers, personeelsleden van organisaties voor gezinsondersteuningⁱ, kinesitherapeuten of osteopaten.
- Vroedvrouwen vinden over het algemeen dat hun **professioneel netwerk** niet volstaat en niet volledig is, vooral wat de geestelijke gezondheid betreft.

Interprofessionele samenwerking

- Negen op de tien gynaecologen zeggen **tevreden te zijn over hun samenwerking** met vroedvrouwen, maar slechts zeven op de tien vroedvrouwen zeggen hetzelfde over hun samenwerking met gynaecologen.
- Zowel de gynaecologen als de vroedvrouwen stellen dat **wederzijds vertrouwen** onmisbaar is voor een succesvolle samenwerking. Dat betekent dat men een visie moet delen over de prenatale opvolging in de praktijk, dat er een duidelijk akkoord moet zijn over de taakverdeling en dat er een goede communicatie tussen zorgverleners moet bestaan.
- De belangrijkste **obstakels voor samenwerking** zijn de overconsumptie van prenatale zorg, de perverse effecten van bepaalde financieringsmodellen en gedragingen die het werk en de competenties van de ander niet respecteren zoals bijvoorbeeld de vijandige houding van sommige vroedvrouwen ten aanzien van medicalisering of niet-collegiaal gedrag van sommige gynaecologen ten opzichte van vroedvrouwen.

ⁱ Office de la Naissance et de l'Enfance, in de Federatie Wallonië-Brussel, Opgroeien (Kind&Gezin) in de Vlaamse Gemeenschap en Kaleido in de Duitstalige gemeenschap.



- Bovendien maken sommige gynaecologen zich zorgen over een gebrek aan medische kennis en ervaring bij vroedvrouwen, wat tot gevaarlijke situaties kan leiden.
- De respondenten stellen drie oplossingen voor om de samenwerking te verbeteren: partnerschappen aangaan, de communicatie verbeteren en informatie delen.

2.3. Mogelijke pistes in het verbeteren van de interprofessionele samenwerking bij de prenatale opvolging

Een belangrijk luik van de hierboven vermelde enquête was gewijd aan interprofessionele relaties. De resultaten van dit luik – en dan met name de antwoorden op de open vragen – worden in het wetenschappelijk rapport (zie paragraaf 3.2.3.4) in detail geanalyseerd. De antwoorden bevestigen de resultaten van de literatuurstudie in grote lijnen. In deze synthese geven we slechts een samenvatting van de voorgestelde oplossingen, voor zover deze kunnen helpen om bepaalde aanbevelingen te formuleren.

Uit onze analyse blijkt dat gynaecologen en vroedvrouwen een gelijkaardige visie hebben over hoe de samenwerking te verbeteren, maar dat er nuances zijn in hoe zij die uitdrukken. Op bepaalde vlakken zijn er wel tegenstellingen.

2.3.1. Communicatie en delen van informatie

Zowel de gynaecologen als de vroedvrouwen die aan onze enquête deelnamen willen de interprofessionele communicatie en informatieoverdracht verbeteren. De vaakst genoemde oplossing is de invoering van een gedeeld patiëntendossier, die zou zorgen voor een betere informatieoverdracht wanneer een zwangere vrouw aan de andere

beroepsgroep wordt overgedragen. Ook werd er voorgesteld om opener, informeler en neutraler (dus oordeelvrij) te communiceren.

2.3.2. Delen van ervaringen

Samen werken en ervaringen delen leidt tot een betere interprofessionele samenwerking, of dit nu gebeurt in interprofessionele teams, gemeenschappelijke consultaties (idealerweise gevolgd door een gemeenschappelijke debriefing), interdisciplinaire vergaderingen, zorgpaden, protocollen, risicobeoordelingsinstrumenten of gemeenschappelijke richtlijnen voor de klinische praktijk. De horizontale aard van deze samenwerkingen is volgens de vroedvrouwen een troef.

2.3.3. Partnerschap

Een volgende stap die door veel respondenten werd gesuggereerd is de samenwerking te concretiseren in een partnerschap. "Het begrip partnerschap betekent dat twee of meer partijen samenwerken in een collegiale, authentieke en constructieve relatie." Zowel voor gynaecologen als voor vroedvrouwen betekent dit wederzijds respect, het afwerpen van vooroordelen en polarisatie, meer collegialiteit en elkaar niet langer zien als concurrentie. De vroedvrouwen vragen expliciet om meer erkenning, meer respect en meer vertrouwen in hun competenties; zij zouden graag meer open gesprekken willen hebben met gynaecologen over specifieke casussen. Op organisatorisch vlak vragen zij ook een groter engagement van de ziekenhuisdirectie.

^j D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. 2005;19 Suppl 1:116-31



2.3.4. Duidelijk gedefinieerde rollen en verantwoordelijkheden

Een verduidelijking van de verantwoordelijkheden en de rol van beide beroepsgroepen is een essentiële voorwaarde, daar is iedereen het over eens, al verschillen de standpunten ook licht. De gynaecologen vragen een duidelijkere definitie van een laagrisicozwangerschap, duidelijker gedefinieerde doorverwijzingscriteria en duidelijker gedefinieerde rollen voor elke beroepsgroep. Sommige gynaecologen vragen ook dat vroedvrouwen een grotere medicolegale verantwoordelijkheid dragen met eenzelfde verzekering voor beide beroepsgroepen, terwijl andere willen dat gynaecologen als enigen risico's mogen beoordelen en prenatale zorg coördineren. De vroedvrouwen zouden op hun beurt graag de volledige verantwoordelijkheid krijgen voor alle opvolgingen van laagrisicozwangerschappen. Zij vragen ook de bevoegdheid om meer geneesmiddelen voor te kunnen schrijven.

2.3.5. Organisatie van de prenatale opvolging

De vroedvrouwen zijn van mening dat een gecombineerde opvolging de zorgstandaard moet worden, en zelfs dat er bij alle prenatale opvolgingen een vroedvrouw betrokken moet zijn, ook bij hoogrisicozwangerschappen. Zij stellen een duidelijkere organisatie van prenatale zorg voor waarbij zelfstandige vroedvrouwen indien nodig in elk ziekenhuis rechtstreeks contact kunnen nemen met een gynaecoloog. Zij vragen ook een betere standaardisering in de protocollen en minder interventionisme bij de gynaecologen. Zij stellen ook voor dat een consultatie bij de gynaecoloog langer duurt, zodat er meer tijd is om te luisteren en ze willen meer openheid van ziekenhuizen naar zelfstandige vroedvrouwen toe. Tot slot stellen zij voor dat elk ziekenhuis een coördinerende vroedvrouw of liaisonvroedvrouw heeft.

2.3.6. Financiële aspecten

Bij beide beroepsgroepen zijn er respondenten die voorstellen om de financiering per prestatie af te schaffen en een financieel kader te scheppen dat zowel voor gynaecologen als voor vroedvrouwen voordelig is, met een herziening van de financiering van prenatale opvolging (voor alle zwangerschappen, ongeacht het risico). De gynaecologen vragen ook

eenzelfde remgeld voor gynaecologen en vroedvrouwen en vragen een vergoeding voor hun supervisie over vroedvrouwen. Ze vragen bovendien een hogere vergoeding voor technische handelingen. De vroedvrouwen vragen eveneens een hogere vergoeding, maar zonder dat dit een inkomstenverlies betekent voor de gynaecologen. Zij eisen dat degene die de zorg daadwerkelijk verleent, wordt betaald en dat de inconsistenties in de nomenclatuur worden opgehelderd.

2.3.7. Opleiding

De gynaecologen, maar ook sommige vroedvrouwen, vinden dat de opleiding van vroedvrouwen beter moet, en dan vooral wat betreft *evidence-based* praktijken en de identificatie van pathologische situaties. Iedereen is voorstander van een gemeenschappelijke opleiding. De gynaecologen zijn van mening dat vroedvrouwen verplicht ervaring zouden moeten opdoen in een ziekenhuis vooraleer zij als zelfstandige mogen werken. De vroedvrouwen zijn op hun beurt van mening dat gynaecologen beter gesensibiliseerd moeten worden over "respect voor de fysiologie" (minder interventies, verloskundige maneuvers, keizersneden, enz.) en dat zij meer moeten openstaan voor een afwisselende opvolging.

2.3.8. Regulering van het beroep van vroedvrouw

De gynaecologen die aan de enquête deelnamen zijn van mening dat de modaliteiten van de prenatale opvolging die door vroedvrouwen wordt aangeboden moeten worden geharmoniseerd en dat men erover moet waken dat de continuïteit van de opvolging door dezelfde vroedvrouw wordt gegarandeerd. Sommige zijn van mening dat er minder vroedvrouwen moeten worden opgeleid, dat zij verplicht moeten worden om minstens deeltijds in een ziekenhuis te werken en dat alleen werken verboden zou moeten worden. Er werd ook voorgesteld om een "Nationale orde van vroedvrouwen" op te richten en een minimaal activiteitsniveau vast te leggen.



3. NAAR EEN BELGISCH DOORVERWIJSINSTRUMENT

Instrumenten voor het onderzoeken en beoordelen van risico's kunnen een klinisch oordeel ondersteunen, maar niet vervangen. Op internationaal niveau worden deze instrumenten gebruikt om de zwangere vrouw te oriënteren naar de meest geschikte klinische benadering voor haar prenatale opvolging, of om de beste plaats te kiezen voor de bevalling.

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen drie soorten instrumenten voor het onderzoeken en beoordelen van prenatale risico's:

- Informele beoordeling op basis van de klinische ervaring van de zorgverlener;
- Beoordeling op basis van de aan- of afwezigheid van specifieke risicofactoren. Dit is de vaakst gebruikte strategie in de nationale en regionale richtlijnen;
- Beoordeling in functie van een weging van de individuele risicofactoren in functie van de potentiële impact van die factor op moeder en kind. Instrumenten die de derde strategie gebruiken, worden doorgaans *scoring systems* genoemd. Hieronder vallen ook instrumenten op basis van artificiële intelligentie (AI) die in bepaalde applicaties gebruikt worden. Deze nieuwe vorm van risicobeoordeling is nog niet geïmplementeerd in de dagelijkse klinische praktijk, maar er zijn een aantal applicaties in testfase.

3.1. Risicofactoren geïdentificeerd in de literatuur

Als eerste stap in het uitwerken van een Belgisch doorverwijsinstrument, het doel van deze studie, werd een literatuurstudie gedaan om een lijst op te stellen met klinische risicosituaties. Deze lijst vormde de basis van ons werk. De methodologie van deze literatuurstudie wordt in detail beschreven in hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport.

We hebben een lijst opgesteld met 153 klinische risicosituaties die in 8 categorieën werden opgedeeld:

- Algemene gegevens (leeftijd, BMI, ...)
- Levensstijl (roken, alcohol, ...)
- Persoonlijke medische voorgeschiedenis (diabetes, hypertensie, ...)
- Gynaecologische voorgeschiedenis (endometriose, buitenbaarmoederlijke zwangerschap in het verleden, genitale verminking, ...)
- Psychosociale factoren (partnergeweld, handicap, postpartum depressie in het verleden, ...)
- Chirurgische voorgeschiedenis (hartoperaties, bariatrische chirurgie, ...)
- Verloskundige voorgeschiedenis (miskraam, zwangerschapsvergiftiging, vroegtijdige ontsluiting in het verleden, ...)
- Huidige zwangerschap (meerlingzwangerschap, langdurig bloedverlies, SOA, ...)

De volledige lijst van situaties vindt u als bijlage bij het wetenschappelijk rapport.



3.2. Uitwerking van een Belgisch doorverwijsinstrument

Het doel van deze stap was het opstellen van een breed gesteund doorverwijsinstrument dat Belgische eerstelijns zorgverleners (vroedvrouwen en huisartsen) die betrokken zijn bij de prenatale opvolging kan ondersteunen over wanneer en hoe zij een zwangere vrouw moeten oriënteren naar gespecialiseerde zorg (gynaecoloog) op basis van de lijst met klinische situaties die we op basis van de literatuur geselecteerd hebben.

3.2.1. Waarom een Delphi-studie?

Hiervoor hebben we een Delphi-studie uitgevoerd. Dit wordt algemeen gezien als een doeltreffende methode om een consensus te bereiken tussen experts over kwesties waarover nog maar weinig of geen wetenschappelijke evidentie voorhanden is en waarbij klinische ervaring een rol speelt. Het is een iteratief proces waarbij de deelnemers in opeenvolgende stemrondes voorstellen voorgelegd krijgen om te wijzigen, waarbij elke ronde voortbouwt op de anonieme resultaten van de vorige ronde.

We hebben voor deze methode gekozen omdat we een consensus wilden bereiken tussen vertegenwoordigers van verschillende beroepsgroepen met historisch onevenwichtige machtsverhoudingen en meningsverschillen die al lang bestonden voor de aanvang van dit project. Het is wetenschappelijk aanvaard dat de Delphi-methode collectieve intelligentie faciliteert, d.w.z. het gecombineerde vermogen van een groep experts om gezamenlijk betere resultaten te produceren dan de resultaten die door elke expert afzonderlijk zouden worden geproduceerd.

Wij hebben deze methode toegepast bij een panel van 30 verleners van prenatale zorg (10 gynaecologen, 10 vroedvrouwen en 10 huisartsen). In elke categorie zaten 5 Franstaligen en 5 Nederlandstaligen. Het verloop en de resultaten van de verschillende stappen worden in detail beschreven in hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport.

3.2.2. Doelstellingen en resultaten van het Delphi-panel

Het panel werd gevraagd om zich uit te spreken over:

- **de definitie van de verschillende doorverwijsopties;**
- **de relevantie van elk van de 153 klinische situaties op de lijst** (moet de situatie opgenomen worden in het instrument? Moet ze herschreven worden? (bijvoorbeeld met toevoeging van ernst);
- **de noodzaak om bepaalde klinische situaties toe te voegen aan het doorverwijsinstrument, of te verwijderen;**
- **de doorverwijsactie die bij elke klinische situatie hoort zoals bepaald door het panel.**

Na vijf rondes kwam het panel tot een akkoord over **4 mogelijke doorverwijsacties** voor eerstelijnszorgverleners wanneer zij een klinische risicosituatie identificeren:

- **Prenatale opvolging in eerste lijn:** de opvolging kan door de eerste lijn worden verdergezet. Er zijn echter door de wet wel twee verplichte "medische evaluatie" voorzien wanneer de opvolging gebeurt door een vroedvrouw: één in het eerste en één in het derde trimester van de zwangerschap. Bovendien bevelen alle richtlijnen drie echo's aan. Een echo kan als "medische evaluatie" beschouwd worden als deze door een gynaecoloog wordt uitgevoerd en gelinkt is aan een consultatie.
- **Advies van specialist:** de eerstelijns zorgverlener moet een consult voor advies bij een gynaecoloog of een multidisciplinair consult waarbij minstens een gynaecoloog aanwezig is overwegen. De reden voor dit consult moet aan de zwangere vrouw worden uitgelegd. Vervolgens zal de gynaecoloog in dialoog met de zorgverlener die de zwangere vrouw initieel gekozen heeft en de zwangere vrouw zelf, beslissen of de prenatale opvolging wordt verdergezet in eerste lijn of bij een arts-specialist.



- **Doorverwijzing naar specialist:** de zwangere vrouw moet naar een gynaecoloog georiënteerd worden die de prenatale opvolging zal coördineren. De gynaecoloog zal in dialoog met de eerstelijnszorgverlener en de zwangere vrouw zelf, beslissen of de prenatale opvolging (geheel of gedeeltelijk) wordt overgenomen door een arts-specialist. Als de gynaecoloog van oordeel is dat de klinische situatie is opgelost, kan de coördinatie van de prenatale opvolging opnieuw worden overgedragen aan de eerste lijn.
- **Spoedverwijzing:** de zwangere vrouw moet onmiddellijk worden doorverwezen naar een gynaecoloog.

De uiteindelijke lijst omvatte, na alle toevoegingen en schrappingen **211 klinische risicosituaties in totaal** (de volledige lijst is bijgevoegd bij het wetenschappelijk rapport). Een overzicht:

- Voor 99 klinische situaties werd een doorverwijsactie overeengekomen (consensus);
- Voor 67 klinische situaties was er geen consensus over een doorverwijsactie;
- Voor 23 klinische situaties was de bereikte consensus dat ze niet relevant waren voor een doorverwijsinstrument;
- Voor 22 klinische situaties was er geen consensus over de relevantie ervan in een doorverwijsinstrument.

In de meerderheid van de 67 gevallen waarbij er geen consensus bereikt werd, twijfelden de deelnemers tussen "Advies vragen aan een specialist" en "Doorverwijzen naar een specialist".



Figuur 4 – Voorbeeld van een doorverwijstabel gebaseerd op de resultaten van de Delphi-studie

Klinische situaties waarover onder de geraadpleegde zorgverleners **CONSENSUS bestaat**

Omschrijving van de klinische situatie	Doorverwijsactie
Alcoholmisbruik	Advies specialist
BMI van 18 of minder	Advies specialist
BMI van 35 of meer	Advies specialist
Leeftijd onder 18 jaar	Advies specialist
Leeftijd van 40 jaar of ouder	Advies specialist

Klinische situaties waarvoor **EEN KEUZE MOET WORDEN GEMAAKT in overleg met uw professionele netwerkpartners**

Omschrijving van de klinische situatie	Mogelijke doorverwijsacties	Stemmen deelnemers
Gebruik van recreatieve drugs zoals marihuana, heroïne, cocaïne (inclusief crackcocaïne), amfetaminen (bv. 'ice') en ecstasy	☐ Doorverwijzing naar een specialist ☐ Advies specialist	☐ 19/ 27 ☐ 11/27
Roken bij de eerste prenatale raadpleging	☐ Prenatale opvolging in eerste lijn ☐ Advies specialist	☐ 17/ 27 ☐ 12/27
Seksueel risicogedrag	☐ Prenatale opvolging in eerste lijn ☐ Advies specialist	☐ 15/ 27 ☐ 12/27



4. CONCLUSIE

4.1. Naar een doorverwijzing op maat, aangepast aan de lokale realiteit?

Aan het einde van de Delphi-studie werd een consensus bereikt over de doorverwijsacties voor 99 klinische situaties en over het niet opnemen van 23 andere in een doorverwijsinstrument. **Ons werk moet dus nog worden voortgezet** door de betrokken beroepsbeoefenaars om zo een consensus te bereiken over een totaalpakket aan doorverwijzingsregels. Een dergelijke consensus is wenselijk, aangezien dit een **garantie zou vormen voor een gelijke toegang tot veilige en hoogwaardige zorg voor elke zwangere vrouw** volgens haar eigen behoeften.

De resultaten van onze Delphi-studie kunnen wel een **gemeenschappelijke basis vormen voor praktijkakkoorden die in functie van het lokale niveau van ervaring aangepast moeten worden**. Ze kunnen dus door het werkveld worden gebruikt om op lokaal niveau een boost te geven aan hun eigen interprofessionele samenwerking. Deze samenwerking kan ook geformaliseerd worden in protocollen, zorgpaden of andere vormen van praktijkakkoorden op lokaal niveau. Zulke samenwerkingsovereenkomsten bestaan hier en daar al in het huidige Belgische systeem van prenatale zorg. **De beroepsbeoefenaars zouden moeten worden aangemoedigd om hun interprofessionele samenwerking op een eigen manier te organiseren en doorverwijzingsprocedures te ontwikkelen, op basis van de lokaal beschikbare zorgverleners en hun historische onderlinge samenwerking.**

Deze initiatieven vereisen wel dat alle lokale beroepsbeoefenaars eraan deelnemen, wat ook de communicatie en samenwerking tussen hen ten goede zou komen, en dus ook de implementatie van het instrument. Bovendien zal harmonisatie van de praktijk - op welk niveau dan ook - ook leiden tot een verduidelijking van de medico-legale verantwoordelijkheid.

Als de gekozen vorm van de overeenkomst een lijst omvat van klinische situaties waarbij men voorziet dat een zwangere vrouw van de eerste lijn wordt doorverwezen naar gespecialiseerde zorg kunnen

de resultaten van ons Delphi-model deze procedure verrijken. Daarom is bij dit rapport een volledig overzicht van de klinische situaties en doorverwijsacties toegevoegd in de vorm van een ["Gids voor de ontwikkeling van een lokaal doorverwijsinstrument voor de follow-up van laag-risico zwangerschappen"](#).

4.2. Enkele concrete voorwaarden

Deze studie heeft ook enkele essentiële voorwaarden aan het licht gebracht **voor de totstandbrenging van de interprofessionele entourage**, zoals aanbevolen in KCE-rapport 326. Bij onze enquête schatte ongeveer 63% van de vroedvrouwen en 28% van de gynaecologen dat zijn of haar professionele netwerk ontoereikend was, wat suggereert dat hij of zij niet altijd in staat is om een gepast antwoord te geven op een bepaalde doorverwijsvraag. Dit lijkt vooral zo te zijn voor psychische problemen, waar het gebrek aan zorgverleners met ervaring in prenatale kwesties reeds langer bekend is. Het opstellen van **lokale databanken van zorgverleners** zou kunnen helpen bij het uitbouwen van het professionele netwerk.

Een netwerk uitbouwen is echter meer dan alleen potentiële partners identificeren; het is ook het **creëren van goede samenwerkingsvoorwaarden**, en dus een **partnerschap**. Hierover stelt de literatuur dat de silomentaliteit van de verschillende beroepsgroepen moet worden aangepakt, dat de respectievelijke grenzen en verantwoordelijkheden van elke beroepsgroep moeten verduidelijkt worden, dat er visies over de prenatale opvolging moeten uitgewisseld worden en vertrouwensrelaties uitgebouwd op basis van wederzijds respect, de wil om samen te werken en het vertrouwen in elkaars competenties. Deze elementen kwamen ook naar voor in de antwoorden op de enquête bij Belgische zorgverleners die bij de prenatale opvolging betrokken zijn. Maar zij voegden ook het gebrek aan communicatie en het perverse effect van bepaalde financiering toe als obstakels.

De respondenten werden gevraagd suggesties te formuleren om de interprofessionele samenwerking te verbeteren, daar kwamen een aantal interessante concrete ideeën uit voort:



- **Partnerschappen oprichten**

Een partnerschap oprichten omvat het linken van verschillende leden van een netwerk en daarbij de rollen en verantwoordelijkheden definiëren. Zo'n partnerschap kan verschillende (formele en informele) vormen aannemen en kan veranderen naargelang de leden en de lokale context. Het voordeel van een formeel partnerschap is dat het een juridisch kader kan scheppen voor alle leden en een heldere definitie kan geven aan de rollen en de grenzen van de respectievelijke beroepspraktijk (bv. door het gebruik van een doorverwijsinstrument dat door alle leden samen werd opgesteld) of dat het financiële afspraken kan vastleggen.

- **Beter communiceren en informatie delen**

In 2019 werden in het kader van het eHealth-plan veelbelovende initiatieven opgestart om het delen, standaardiseren en de veilige toegang tot gezondheidsgegevens te vergemakkelijken. Deze initiatieven werden nog aangevuld met een roadmap eHealth 3.0 die door de interministeriële conferentie volksgezondheid werd goedgekeurd. Dit gaat over informatie-uitwisseling, ondersteuning van de samenwerking tussen zorgverleners, het veralgemenen van de elektronische patiëntendossiers in ziekenhuizen en de toegankelijkheid daarvan voor eerstelijnszorg en de toegang van patiënten tot hun gegevens. De implementatie van deze roadmap gaat echter jammer genoeg zeer traag, wat niet bevorderlijk is voor het scheppen van een collaboratieve sfeer tussen zorgverleners, noch in het algemeen, noch meer specifiek rond prenatale opvolging. Binnenkort wordt de roadmap eHealth 4.0 gelanceerd.

- **Definitie van rollen en verantwoordelijkheden**

De nood aan een heldere definitie van de rollen en verantwoordelijkheden van alle zorgverleners die bij de prenatale zorg betrokken zijn, werd reeds voldoende onderstreept. De wet betreffende de gezondheidszorgberoepen definieert de zorg die vroedvrouwen mogen verlenen bij de prenatale

opvolging, maar definieert de rol van artsen (gynaecologen of huisartsen) niet. Het identificeren van risicofactoren bij de zwangere vrouw en haar kind wordt vermeld bij de zelfstandige activiteiten van vroedvrouwen, maar de wet vermeldt geen modaliteiten of doorverwijzingsmaatregelen die hierop moeten volgen. Dat kan logisch lijken omdat dit vakgebied snel evolueert en de wet deze mogelijk te eng definieert. Deze vragen moeten echter wel gesteld worden en regelmatig worden geüpdatet in klinische praktijkgidsen op nationaal en regionaal niveau en op het niveau van de beroepsverenigingen. Bovendien kunnen dit soort documenten leiden tot een harmonisatie van de opinies van experts in geval van een rechtszaak.^k

- **Opleiding**

Een goede interprofessionele samenwerking vereist dat de partijen voorbereid worden op samenwerking, en dat ze dus geleerd hebben om in een interprofessioneel team te werken en over de vaardigheden beschikken die van hen worden verwacht. "Interprofessionele opleiding" zoals dat heet, vertrekt van het principe dat alle deelnemers van elkaar leren om elkaar zo te leren kennen en tot een doeltreffende samenwerking te komen. Dit soort opleiding kan plaatsvinden tijdens de basisopleiding en erna.

In de context van de samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen in de prenatale opvolging moet een interprofessionele opleiding het silodenken tegengaan dat zowel in de literatuur als in onze enquête vermeld werd als groot obstakel bij de samenwerking. De opleiding zou ook de grenzen van de praktijk van elke beroepsgroep kunnen verduidelijken en het vertrouwen, wederzijds respect en de wil tot samenwerken kunnen versterken.

Tot slot is het creëren van een positieve evaluatiecultuur en een platform voor het uitwisselen van ervaringen, zoals aanbevolen wordt voor geïntegreerde zorg, ook noodzakelijk voor de integratie van eerste- en tweedelijnszorg bij de prenatale opvolging.

^k Voor een gedetailleerde analyse van de verantwoordelijkheidskwestie bij prenatale opvolging verwijzen we naar de bijlage bij KCE-rapport 326.



■ AANBEVELINGEN^I

Aan zorgverleners betrokken bij de prenatale opvolging

1. Bouw een multidisciplinair netwerk uit van zorgverleners om adequaat te kunnen doorverwijzen en definieer daarbij de rol van elke deelnemer aan dit netwerk, de samenwerkingsmodaliteiten en de doorverwijzingsregels.
2. Pas de doorverwijzingsregels aan aan de lokale context en de beschikbare zorg. Deze regels kunnen in verschillende vormen worden vastgelegd, waaronder een doorverwijsinstrument. In dit geval kunnen de resultaten van de Delphi-studie die in de context van dit onderzoek werd uitgevoerd dienen als basis. Doorverwijzingsregels moeten regelmatig geüpdatet worden volgens recente wetenschappelijke studies.
3. Elk netwerk moet multidisciplinaire overlegmomenten voorzien in functie van de specifieke noden van elke zwangere vrouw.

Aan de minister van Volksgezondheid en Sociale zaken, aan de bevoegde ministers van de gefedereerde entiteiten en hun administraties

4. Voorzie een werkgroep bij het RIZIV met prenatale zorgverleners om te onderzoeken en te evalueren aan welke voorwaarden een vergoedingssysteem moet voldoen om samenwerking te vergemakkelijken. Dit is essentieel voor een goed doorverwijzingssysteem, en deze evaluatie zou ook de financiering van een vergoeding voor multidisciplinair overleg moeten omvatten.
5. Versterk en versnel de huidige eHealth-initiatieven met oog op de creatie van één geïntegreerd patiëntendossier. Dit laat zorgverleners toe een gestructureerd overzicht van de gegevens van de zwangere vrouw te raadplegen en vergemakkelijkt de informatie-uitwisseling bij doorverwijzing en geeft alle zorgverleners die deel uitmaken van de professionele entourage van de zwangere vrouw de mogelijkheid tot beveiligde communicatie.

^I Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de geformuleerde aanbevelingen.

***Aan de wetenschappelijke organisaties van de betrokken beroepsgroepen***

6. Verduidelijk de rol van elke beroepsbeoefenaar voor alle aanbevolen interventies wanneer de klinische praktijkrichtlijnen voor prenatale zorg geüpdatet worden.
7. Volg de wetenschappelijke literatuur op de voet om zorgverleners te informeren over de laatste ontwikkelingen op vlak van het beoordelen van klinische en psychosociale risico's, inclusief kwetsbaarheid, en op vlak van de evolutie wat doorverwijzingen betreft.

Aan de ministers van onderwijs en aan de onderwijsinstellingen

8. Versterk de basisopleiding en voortgezette opleiding van zorgverleners die bij prenatale zorg betrokken zijn door hen bewust te maken van de interdisciplinaire werking, bijvoorbeeld:
 - Zorg voor opleiding over prenatale opvolging in een interdisciplinaire professionele context, zowel tijdens de basisopleiding als tijdens de klinische stages;
 - In het kader van levenslang leren en om de interdisciplinaire samenwerking te stimuleren, bied opleiding aan in goede praktijken bij interprofessionele samenwerking, inclusief goede doorverwijzingspraktijken.



COLOFON

Titel:	Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico – Synthese
Auteurs:	Elena Costa (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Renate Zeevaert (KCE), Nadia Benahmed (KCE)
Informatie specialist:	Nicolas Fairon (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Diego Castanaras-Zapatero (KCE), Célia Primus (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Delphi panel leden:	Gynaecologen: Sophie Alexander (ULB - Université libre de Bruxelles), Patricia Barlow (CHU Saint-Pierre, Bruxelles), Tom Bovyn (VVOG - Vlaamse vereniging voor obstetrie en gynaecologie, Voorzitter beroepsbelangencommissie), Gilles Ceysens (ONE - Office de la naissance et de l'enfance), Frédéric Chantraine (CHU Liège, Hôpital Citadelle), Luc De Catte (VVOG), Frédéric Debiève (CRGOLFB - Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, UCLouvain - Université catholique de Louvain), Wilfried Gyselaers (Universiteit Hasselt), Griet Vandenberghe (UZ Gent, B.OSS - Belgian Obstetric Surveillance System), Guy Verhulst (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis – ASZ Aalst, VVOG) Vroedvrouwen: Eva Bruneel (VBOV - Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen), Murielle Conradt (UPSfB - Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges), Alexandra Denys (Werkgroep Vroedvrouwgeleide geboorte, VBOV, BMA - Belgian Midwives Association), Charlotte Gijssens (VBOV), Ana Hernandez (ONE), Sarah Michel (UPSfB), Kelly Schoonbaert (CHU-Brugmann, Erasmushogeschool Brussel), Maity Van Rillaer (Vzw De Bakermat), Sabine Van Vyver (VBOV), Michèle Warnimont (Le Cocon, Hôpital Erasme) Huisartsen: Carmen Binst (Domus medica), Ester Blomme, Camille Dubus, Céline Gortz, Madieke Maseman, Olivier Montigny, Davina Paredis (KU Leuven), Muriel Quisquater (SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale), Eline Sinnaeve, Alexandra Sousa (Maison Médicale, Saint Leonard)
Externe experts:	Patricia Barlow (CHU Saint-Pierre, Bruxelles), Katrien Beeckman (VBOV, VUB, Vrije Universiteit Brussel, UZ Brussel), Carmen Binst (Domus medica), Tom Bovyn (VVOG), Eva Bruneel (VBOV), Gilles Ceysens (ONE), Frédéric Chantraine (CHU Liège, Hôpital Citadelle), Murielle Conradt (UPSfB), Luc De Catte (VVOG), Frédéric Debiève (CRGOLFB, UCLouvain), Marlies Eggermont (Universiteit Gent, FLOW law advocaten), Charlotte Gijssens (VBOV), Wilfried Gyselaers (Universiteit Hasselt), Ana Hernandez (ONE), Sarah Michel (UPSfB), Muriel Quisquater (SSMG), Kelly Schoonbaert (CHU-Brugmann, Erasmushogeschool Brussel), Sabine Van Vyver (VBOV), Griet Vandenberghe (UZ Gent, B.OSS), Guy Verhulst (ASZ, VVOG), Michèle Warnimont (Le Cocon, Hôpital Erasme)
Stakeholders:	Elisabeth Coppens (VBOV), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV - Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Katelijne De Koster (VBOV), Toenga De Vos (VVOG),



	Alexandra Denys (Werkgroep Vroedvrouwgeleide geboorte, VBOV, BMA - Belgian Midwives Association), Liesbeth Lewi (College Moeder kind, geneesheer specialist), Anne Niset (AFSFC - Association Francophone des Sages-femmes Catholiques), Christian Norgaard (CRGOLFB, HEAL Clinic, CHIREC), Marlene Reyns (VBOV), Anke Thaens (VVOG), Elke Van Den Bergh (Zwanger in Brussel), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI), Lies Versavel (VBOV), Valerie Wijckmans (VBOV), Vanessa Wittvrouw (UPSfB)
Externe validatoren:	Bahareh Goodarzi (Vrije Universiteit Amsterdam, Rijksuniversiteit Groningen, The Netherlands), Sophie Thunus (Professor, PhD, UCLouvain), Gian Carlo Di Renzo (Centre for Perinatal and Reproductive Medicine, University of Perugia, Perugia Italy, Wayne State University Medical School, Detroit, USA)
Acknowledgements:	Marie Decourt, Amélie Delafaille, Sara Derisbourg, Lise Engels, Perrine Van Exaerde, Siham Zaytouni
Belangen KCE experten:	Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen. Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.
Gemelde belangen:	“Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict” Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Katrien Beeckman (VBOV), Elisabeth Coppens (Bestuurslid VBOV), Katelijne De Koster (VBOV), Toenga De Vos (VVOG), Marlies Eggermont (Juridisch adviseur VBOV), Liesbeth Lewi (Voorzitter werkgroep verloskunde VVOG), Anne Niset (Vereniging verloskundigen), Valerie Wijckmans (VBOV), Vanessa Wittvrouw (UPSfB) Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker. Indien ja, specificeer: Liesbeth Lewi (Als staflid verloskunde ben ik PI en co-investigator van meerdere tweeling studies maar deze zijn niet het onderwerp van de huidige guideline, ik ontvang hiervoor een beurs van het FWO klinisch postdoctoraal mandaat)



Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Gian Carlo Di Renzo (Occasionele honoraria voor deelname aan internationale congressen), Liesbeth Lewi (Als stafid verloskunde word ik veel gevraagd als spreker voor meerling complicaties en mijn reisonkosten worden hiervoor vergoed door de organisatie maar dit vormt geen conflict met de huidige richtlijnen), Toenga De Vos (Via VVOG)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Toenga De Vos (Penningmeester VVOG), Liesbeth Lewi (Zie hoger – voorzitter werkgroep verloskunde VVOG), Anke Thaens (Secretaris VVOG), Valerie Wijckmans (Ondervoorzitter VBOV), Vanessa Wittvrouw (Voorzitter bij UPSfB)

Layout:

Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidssysteem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

23 januari 2023 (2nd print, 1st print: 20 januari 2023)

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Prenatal Care, Referral and Consultation, Interprofessional Relations, Risk Assessment, Midwifery, Referral and Consultation, Interprofessional Relations

NLM classificatie:

WQ100

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2022/10.273/68

ISSN:

2466-6432



Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Costa E, Christiaens W, Zeevaert R, Benahmed N.. Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 363As. D/2022/10.273/68.

<https://doi.org/10.57598/R363AS>

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.