



# Together We Care

**Samenwerking in en met de eerste lijn in het domein van het jonge kind**

Sarah Van Haeken, Laura Verbeyst, Ellen Nijs  
UC LEUVEN-LIMBURG

## Voorwoord

Het onderzoeksteam werkte in nauwe samenwerking met de zorgvragers en professionals werkzaam in het gezondheids- en welzijnslandschap aan dit PWO-project. We vertrokken vanuit de vraag of de zorgvrager tijdens zijn zorgtraject door de bomen het bos nog ziet en aldus de regie in eigen handen kan nemen.

In eerste instantie werden de belevingen en ervaringen van zorgvragers in kaart gebracht met behulp van methodieken binnen een user-centered design. Gedurende een periode van zes maanden vulden 17 zwangere vrouwen en pas bevallen mama's een journey-map in, dewelke hun ervaringen en belevingen tijdens het zorgtraject in kaart bracht. Gevolgd door een semigestructureerd interview, werden de data vervolgens teruggekoppeld aan professionals werkzaam binnen de gezondheids- en welzijnszorg. Dit onderzoeksproject resulteerde in vier persona met bijhorende ervaringstrajecten. Daarnaast werden zeven aanbevelingen geformuleerd om professionals werkzaam in de welzijns- en gezondheidssector te ondersteunen met het oog op het opbouwen en/of versterken van samenwerkingsrelaties.

Graag willen we de zorgvragers, zorgprofessionals, lokale besturen en de leden van de stuurgroep bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek en de ondersteuning doorheen het proces. Ten slotte bedanken we de collega's uit de expertisecentrum Resilient People voor de steun en raad die ze gegeven hebben.

Sarah Van Haeken, Laura Verbeyst en Ellen Nijs

Diepenbeek, augustus 2019

## Inhoudstafel

Inleiding .....	1
Onderzoeksvragen .....	2
Onderzoeksmethode .....	3
1. User-Centered Design .....	3
2. Steekproef .....	4
3. Dataverzameling.....	4
4. Data-analyse .....	5
5. Ethische aandachtspunten .....	5
Onderzoeksresultaten.....	7
1. Persona's & ervaringstrajecten .....	7
2. Samenwerkingsinitiatieven.....	8
Aanbevelingen.....	10
1. Aandacht voor de zorgvrager .....	10
2. Opnemen van een actieve rol.....	10
3. Verschillende gradaties.....	11
4. Leer en blijf elkaar kennen .....	11
5. Communicatie is noodzakelijk .....	11
6. Perinatale periode aangrijpen.....	11
7. Aandacht voor perinataal welbevinden en welzijn.....	12
Bibliografie.....	13
Bijlagen .....	14
Bijlage 1: Persona met bijhorende ervaringstrajecten .....	14



## Inleiding

In de eerste lijn zijn verschillende zorgprofessionals uit verschillende disciplines en organisaties binnen de gezondheidssector (o.a. huisartsen, apothekers, diëtisten, logopedisten, (thuis)verpleegkundigen, vroedvrouwen, zorgkundigen, sociaal werkers) en de welzijnssector (o.a. diensten voor gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, centra voor algemeen welzijnswerk (CAW), openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW)) actief. Hoewel Vlaanderen beschikt over goed opgeleide en hard werkende zorgprofessionals, gebeurt de zorgverlening nog te vaak op een gefragmenteerde wijze en vanuit te veel verschillende structuren. De zorg- en welzijnssector zijn te lang uitgegaan van het eigen verkokerd organisatiesysteem, dat zich opdeelde in een eerste, tweede en derde lijn of in een koker van gezondheidszorg en een welzijnskoker, ieder met eigen modellen en procedures.

In het Vlaamse regeerakkoord 2014-2019 wordt een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen als deel van de oplossing voor bovenstaande problemen. Kernachtig samengevat staan volgende elementen hierbij centraal: eigen regie, geïntegreerd breed onthaal, buurtzorg, zorgcoördinatie en interprofessionele samenwerking, casemanagement, eerstelijnszones, regionale zorgzones en een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (Vandeurzen, 2014). In het werkveld wordt erkend dat het plan op beleidsniveau interessante elementen bevat, maar er nog een aantal maatregelen nodig zijn om dit nieuwe gedachtegoed te installeren in de praktijk.

Inhoudelijk kiezen we voor het “jonge kind” gedefinieerd volgens het 1000-dagen concept (d.w.z. van conceptie tot het tweede levensjaar). Deze keuze kadert binnen de steeds sterkere verschuiving van ziekenhuis- naar thuiszorg met projecten zoals het kort ziekenhuisverblijf (De Block, 2015). Bovendien zijn er wijzigingen in gezinsstructuren met minder informele steun en meer nood aan formele en professionele ondersteuning thuis, alsook speelt de combinatie werk en gezin steeds meer. De eerste 1000 levensdagen worden gezien als de belangrijkste levensfase in de preventie en ontwikkeling van chroniciteit in het latere leven (Catalano & Shankar, 2017; Koletzko et al., 2019). Tot slot is dit een domein waar zorg (o.a. huisartsen, vroedvrouwen) en welzijn (o.a. OCMW, opvoedingsondersteuning) vanzelfsprekend samen komen.

Om tegemoet te komen aan bovenstaand vraagstuk, willen we voor een specifiek inhoudelijk domein op lokaal niveau nagaan welke de ervaringen zijn van de zorgvrager gedurende het zorgtraject en welke *good practices* rond efficiënte interdisciplinaire samenwerking al bestaan. Het onderzoek focust hierbij op twee lokale regio's: Hasselt en Leuven. Deze keuze is genomen omwille van hun geografische ligging. ZUMA<sup>1</sup> Hasselt ligt centraal in de regionaalstedelijke eerstelijnszone Limburg en Huizen van het Kind Leuven/de Bakermat in de regionaalstedelijke eerstelijnszone Oost-Brabant (Eerstelijnsconferentie, 2016). Op deze wijze sluit het project aan bij de meest recente hertekeningen van de eerstelijnszorg in Vlaanderen en kunnen we vanuit het microzorgniveau werken naar het mesoniveau van de eerstelijnszorgzones. Tot slot formuleren we een aantal aanbevelingen om professionals te ondersteunen en te versterken in het samenwerken in en met de eerstelijnszorg.

---

<sup>1</sup> ZUMA is een openhuis voor jonge gezinnen in het centrum van Hasselt. Voor meer info: [www.ucll.be/zuma](http://www.ucll.be/zuma)

## Onderzoeksvragen

De globale doelstelling van dit onderzoeksproject is om lokale besturen en toekomstige en huidige zorgverleners evidence-based handvaten aan te reiken om kwaliteitsvolle interprofessionele samenwerking aan te bieden binnen het 1000-dagen concept, vertrekkende vanuit de noden van de zorgvrager.

De specifieke onderzoeksvragen zijn:

- 1.** Hoe ervaart een zorgvrager een doorsnee zorgproces vanaf de conceptie tot het tweede levensjaar van het kind (=1000-dagen concept)?
- 2.** Hoe verloopt de interprofessionele samenwerking binnen een optimaal zorgproces waarbij professionele zorgverleners vertrekken vanuit de noden van de zorgvrager?
- 3.** Welke best practices zijn (in deze lokale regio's) reeds beschikbaar rond interprofessionele samenwerking binnen perinatale zorg?

# Onderzoeksmethode

Hieronder volgt een overzicht van de gehanteerde onderzoeksmethoden. We beschrijven de steekproeftrekking, dataverzameling en data-analyse. Daarnaast gaan we kort in op de ethische aandachtspunten van dit onderzoek.

## 1. User-Centered Design

In dit project maken we gebruik van verschillende methodieken binnen het *User-Centered Design* met als doel de eindgebruiker zoveel mogelijk te betrekken tijdens het onderzoek. Op die manier trachten we de gebruiksvriendelijkheid van het ontwikkelde materiaal te verhogen alsook de implementatie in het werkveld.

Een eerste methodiek die werd toegepast is journey-mapping. Deze techniek wordt onder andere in de gezondheidszorg toegepast om het doorlopen traject van de zorgvrager in kaart te brengen en te begrijpen. Hierbij wordt vertrokken vanuit het perspectief van de zorgvrager om problemen te identificeren en suggesties te formuleren (Trebble et al., 2010). Deze methodiek helpt ons om het 'zorgtraject' te optimaliseren, kwaliteit en efficiëntie te verbeteren en meer te focussen op activiteiten die door de zorgvrager als waardevol worden aanschouwd (Trebble et al., 2010). Op basis van een doelgerichte literatuurstudie door het onderzoeksteam, werd de journey-map ontwikkeld. Deze werd uitgewerkt in de vorm van een dagboek waarbij verschillende topics bevestigd werden zoals; betrokken hulpverlener, aanleiding zorgcontact, doorverwijzing, verwachtingen, positieve en negatieve ervaringen en eventuele suggesties.

Een tweede methodiek die werd toegepast is het opstellen van persona's. Een persona vormt een representatie van een groep personen met gedeelde kenmerken, noden en verwachtingen. Een persona wordt vertegenwoordigd door een fictief persoon, die op zijn beurt de doelgroep representeert (Pruitt & Adlin, 2006). Een persona krijgt vorm via het geven van een naam en het toevoegen van een foto. Daarnaast worden op een narratieve wijze verwachtingen, motivaties, gedragingen, noden en behoeften toegevoegd (Kuziemsky et al., 2014; Miaskiewicz, & Kozar, 2011). Een persona heeft als doel een mentaal model te ontwikkelen van de doelgroep, in deze de zorgvrager, om beter te kunnen focussen op de noden en behoeften van de doelgroep (Marshall et al., 2015; Stolterman, Chang, & Lim, 2008). De persona's bieden een meerwaarde voor het werkveld aangezien ze professionals helpen bij het identificeren van de noden en het efficiënt communiceren met de zorgvrager. Bovendien wijzen de persona's professionals erop altijd sensitief te zijn voor de noden van de zorgvrager en deze te integreren in de aanpak (Lerouge et al., 2013).

Naast de zorgvrager, betrekken we ook de professionals die actief zijn in het zorgtraject tijdens en na de zwangerschap. Professionals werden uitgenodigd voor een brainstormsessie, waarbij gebruik gemaakt werd van een methodiek op basis van Lego. Door deelnemers zowel individueel als in groep met Lego een antwoord te laten bouwen op complexe uitdagingen, wordt hun creativiteit gestimuleerd en wordt dialoog gefaciliteerd. Uiteindelijk komen de deelnemers tot een gezamenlijk inzicht, kennis en gedeelde doelstellingen (Schulz, & Geithner, 2013).

Tot slot werden twee focusgroepen georganiseerd waarbij de onderzoekers een aantal stellingen (geformuleerd op basis van de bevindingen) voorlegden aan beleidsmakers en zorgprofessionals. Het doel van deze focusgroepen was om gezamenlijk een aantal handvatten te formuleren om interprofessionele samenwerking in de toekomst te stimuleren en te versterken.

## 2. Steekproef

### 2.1. Zorgvragers

Zwangere vrouwen en prille mama's (tot 1,5 jaar postpartum) tussen de 18 en 45 jaar uit de regio's Leuven en Limburg werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Mogelijke participanten werden op de hoogte gebracht via flyers, die verspreid werden via de partners uit de stuurgroep. Participanten werden gerekruteerd door middel van *purposive* en *snowball sampling*.

Er namen 20 vrouwen deel aan het onderzoek met een drop-out van 3 vrouwen. De voornaamste reden voor het terugtrekken van deelname was de tijdsinvestering die deelname vergde. De uiteindelijke steekproef bestond uit 17 participanten, waarvan 10 participanten uit regio Hasselt en 7 participanten uit regio Leuven. De meerderheid van de participanten (76%) is tussen de 30 en 39 jaar. Voor tien participanten (59%) was het hun eerste zwangerschap. De meerderheid van de participanten (69%) startte aan het onderzoek tijdens de zwangerschap en werd zes maanden later geïnterviewd tijdens het postpartum. De overige vrouwen (31%) bevonden zich gedurende het volledige onderzoek in het postpartum. De meerderheid van de participanten (75%) was tijdens het onderzoek aan het werk, drie participanten waren in moederschapsverlof en één participant was werkloos. Tot slot werden volgende geloofsovertuigingen benoemd; katholiek (N=10), geen (N=4) en andere (N=2).

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is de relatief kleine steekproef alsook de beperkte diversiteit binnen de steekproef. Omwille van praktische redenen was het niet haalbaar om kwetsbare groepen zoals anderstaligen of sociaal-kwetsbare participanten te includeren.

### 2.2. Zorgprofessional

De rekrutering van professionals voor deelname aan de brainstormsessies en focusgroepen verliep in eerste instantie via de leden van de stuurgroep. Daarnaast hebben we een open oproep gelanceerd via de verschillende beroepsverenigingen- en kringen. Omdat dit niet het gewenste resultaat had, werd er gericht geworven.

In totaal namen 37 professionals<sup>2</sup>, werkzaam in de welzijns- (N=19) of gezondheidssector (N=18), deel aan de brainstormsessies. Er namen 11 professionals<sup>3</sup> werkzaam in het lokale bestuur (N=5), welzijns- (N=7) of gezondheidsdienst (N=4) van regio Leuven of Hasselt deel aan de focusgroepen.

## 3. Dataverzameling

### 3.1. Zorgvrager

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag werd door de onderzoekers een journey-map ontwikkeld om de ervaringen en belevingen van de participanten gedurende hun zorgtraject tijdens de eerste 1000 dagen in kaart te brengen. De participanten noteerden ieder zorgcontact en hun bijhorende ervaringen voor een periode van zes maanden. Hierna volgde een semi-gestructureerd interview om dieper in te gaan op de ervaringen beschreven in de journey-map. De dataverzameling vond plaats tussen februari 2018 en december 2018.

### 3.2. Zorgprofessional

---

<sup>2</sup> Gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen, verpleegkundigen, psychologen, pediaters, sociaal werkers, opvangdiensten, expertisecentra kraamzorg, maatschappelijke dienstverlening, gezinsondersteuning, kraamzorg, pedagogen

<sup>3</sup> Expertisecentra kraamzorg, maatschappelijke dienstverlening, gezinsondersteuning, kraamzorg, opvangdiensten



In totaal werden 6 brainstormsessies georganiseerd, waarvan 3 in Limburg en 3 in Leuven. Elke sessie duurde ongeveer 3 uur. Aan iedere sessie nam een heterogene groep van 5 tot 8 professionals deel. Tijdens de sessie werden een aantal casussen behandeld die aanleunden bij de verschillende persona's. Daarnaast boden de casussen praktijkvoorbeelden waar de samenwerking tussen professionals en organisaties op de proef werd gesteld. De professionals werden gestimuleerd om samen tot een consensus te komen over het ideale zorgproces en de nodige samenwerkingen te beschrijven. Na schriftelijke goedkeuring van de deelnemers, werden de brainstormsessies opgenomen door middel van een videocamera. De dataverzameling vond plaats van januari 2019 tot maart 2019.

Vervolgens werden twee focusgroepen georganiseerd (Limburg-Leuven) met 11 professionals. Om de dialoog op gang te brengen, werden stellingen met betrekking tot interprofessionele samenwerking voorgelegd aan de professionals.

## 4. Data-analyse

### 4.1. Zorgvrager

De journey-maps werden omgezet in ervaringstrajecten in 3 stappen; digitalisering van de journey-maps (1), analyse op basis van het "*Framework for quality of maternity and newborn care*" (Renfrew et al., 2014) (2) en timetables (3). De semi-gestructureerde interviews werden *ad verbatim* getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd op basis van het *Grounded-Theory design* (Corbin & Strauss, 2008).

### 4.2. Zorgprofessional

De brainstormsessies en focusgroepen werden thematisch geanalyseerd op basis van het *Grounded-Theory Design* (Corbin & Strauss, 2008). Omwille van pragmatische redenen werden de brainstormsessies en focusgroepgesprekken niet *ad verbatim* getranscribeerd. Op basis van de notulen en opnamen werden de nodige analyses uitgevoerd.

## 5. Ethische aandachtspunten

In dit onderzoek werden zwangere vrouwen en prille moeders geconfronteerd met vragen omtrent hun ervaringen en belevingen tijdens het zorgtraject doorlopen in de eerste 1000 dagen. Voor een aantal vrouwen kan het niet vanzelfsprekend zijn om hierover te praten omwille van persoonlijke gebeurtenissen zoals miskraam en prematuriteit. Het was mogelijk dat verschillende emoties naar boven kwamen tijdens het vertellen van hun ervaringen. Om ervoor te zorgen dat de participanten zich comfortabel voelden om hierover te spreken, was het noodzakelijk vertrouwen te creëren. De onderzoekers probeerden dit te doen door een open en rustige houding aan te nemen tijdens het interview. Bovendien werd er in detail uitgelegd welke personen de interviews zouden lezen, alsook wat er met de bevindingen zou gebeuren.

Alvorens de participanten besloten om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek kregen ze een informatiebrochure. Hierin was zowel informatie over het doel van het onderzoek terug te vinden, alsook hoe het interview ging verlopen en wat de onderzoekers eraan zouden doen om betrouwbaar om te gaan met de gegevens. Gedurende het interview werd er respect getoond voor de grenzen van de participant. De geïnterviewde participanten konden steeds weigeren om een vraag te beantwoorden en zich zonder verdere uitleg terug trekken uit het onderzoek.

Zowel de anonimiteit van de participant als eventueel vermelde zorginstellingen en -verleners werden ten alle tijden gewaarborgd. De persoonlijke gegevens van de participant werden in een apart document bijgehouden, zodat deze gegevens enkel zichtbaar waren voor het onderzoeksteam. De uitgetypte interviews werden geanonimiseerd, waarbij de namen van familie, vrienden, zorgverleners, instellingen en steden werden verwijderd. Anonimiteit gold gedurende het interview en het verdere proces. Er mocht in geen geval bij het uitschrijven van de resultaten een onrechtstreekse link aanwezig zijn naar de identiteit van de participant en diens omgeving. Deelname aan het interview was vrijwillig en op voorhand werd een *informed consent* ondertekend.

Ook aan de professionals die deelnamen aan de brainstormsessies en/of focusgroepen werd vooraf een *informed consent* gevraagd. Hierbij werden ze op de hoogte gebracht van de dataverzameling (video-opname tijdens brainstormsessie) alsook de verwerking van data. Opnieuw werd de anonimiteit van de professionals ten alle tijden gewaarborgd.

Het onderzoek kadert binnen een PWO-project dewelke werd voorgelegd aan de Sociaal-maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) van de Katholieke Universiteit Leuven, en een goedkeuring heeft ontvangen op 27/11/2017 (Rapport Nr. SMEC G 2017 11 1001).

# Onderzoeksresultaten

In onderstaand hoofdstuk worden de resultaten besproken. In eerste instantie wordt dieper ingegaan op de verschillende persona's en ervaringstrajecten die ontwikkeld werden op basis van de journey-maps en interviews. In een tweede deel bespreken we de belangrijkste bevindingen met betrekking tot samenwerkingsinitiatieven op basis van de data bekomen via de brainstormsessies en focusgroepgesprekken.

## 1. Persona's & ervaringstrajecten

Op basis van de journey-maps en semi-gestructureerde interviews werden vier persona's en bijhorende ervaringstrajecten opgesteld. Hieronder volgt een kort overzicht van de verschillende persona's<sup>4</sup>. Voor een visuele voorstelling van de persona's en ervaringstrajecten verwijzen we naar bijlage 1.

Tabel 1. Overzicht van persona's

Persona	Kenmerken	Aandachtspunten
Leen (28 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensieve begeleiding pre- en postnataal</li> <li>• Diversiteit aan professionals</li> <li>• Neemt regierol op</li> <li>• Stelt concrete hulpvragen</li> <li>• Hecht belang aan match met professional</li> <li>• Ervaart bezorgd- en onzekerheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communicatie is noodzakelijk omwille van aantal betrokken professionals</li> <li>• Voorkom dubbel werk</li> <li>• CAVE Tegenstrijdige adviezen</li> <li>• Perinataal welbevinden en welzijn</li> </ul>
Sofie (23 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding komt eerder traag op gang</li> <li>• Onvoldoende kennis over de mogelijkheden binnen het perinatale traject</li> <li>• Verwacht pasklare oplossing van de professional</li> <li>• Ervaart veel tegenstrijdigheden</li> <li>• Voelt zich overweldigd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elke toekomstige ouder kan kwetsbaar zijn op zijn/haar manier</li> <li>• Informeer ouders over de verschillende mogelijkheden en maak hen wegwijs</li> <li>• Gerichte en geïnformeerde doorverwijzing</li> <li>• Veerkracht- en netwerkversterkend werken</li> <li>• Perinataal welbevinden en welzijn</li> </ul>
Elina (35 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding voornamelijk door de vroedvrouw (pre- en postnataal)</li> <li>• Neemt regierol op en maakt bewuste keuzes</li> <li>• Grote betrokkenheid gedurende het perinatale zorgtraject</li> <li>• Vertrouwensband met professional is belangrijk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beluister de voorkeuren van de zorgvrager en bespreek de verschillende mogelijkheden.</li> <li>• Aandacht voor de niet-uitgesproken noden</li> <li>• Houd contact met de andere betrokken professionals</li> <li>• Perinataal welbevinden en welzijn</li> </ul>

<sup>4</sup> Om de leesbaarheid te verhogen spreken we in de resultaten over de perinatale periode. Hiermee verwijzen we naar de eerste 1000 dagen zoals omschreven in de inleiding.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaak gestuurd door voorgaande (bevallings-) ervaringen</li> </ul>	
Katarina (38 jaar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding voornamelijk door de gynaecoloog</li> <li>• Neemt geen regierol op</li> <li>• Keuze voor professional omwille van pragmatische redenen</li> <li>• Onvoldoende kennis over de rol van de verschillende professionals</li> <li>• Groot vertrouwen in de professional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veerkracht- en netwerkversterkend werken</li> <li>• Informeer ouders over de verschillende mogelijkheden en maak hen wegwijs</li> <li>• Communicatie en informatie-uitwisseling tussen professionals</li> <li>• Perinataal welbevinden en welzijn</li> </ul>

## 2. Samenwerkingsinitiatieven

Professionals erkennen dat de zorg op dit moment nog te gefragmenteerd verloopt. Ze geven aan dat er vaak een gebrek aan **communicatie** met andere professionals is. Een adequate informatieoverdracht en communicatie tussen de betrokken hulpverleners is cruciaal om **continuïteit** van zorg te garanderen. Uit de brainstormsessies en focusgroepgesprekken kwam het **elkaar kennen** naar voor als een kernvoorwaarde voor een goede interprofessionele samenwerking. Wanneer professionals elkaar en elkaars rol binnen het zorglandschap kennen, wordt de **doorverwijzingsafstand** kleiner en wordt er sneller contact opgenomen. Een aantal organisaties doen reeds inspanningen om professionals dichterbij elkaar te brengen door de organisatie van onder andere perinatale netwerken (bv. expertisecentrum Kraamzorg), ontmoetingsmomenten (bv. Huizen van het Kind, Kind en Gezin), casusoverleg en online fora (bv. Ligant).

Daarnaast wordt het als belangrijk ervaren dat er rekening wordt gehouden met de **individuele noden** van de zorgvrager en dat de meest geschikte hulpverleners worden betrokken in het traject. Enerzijds om zo goed mogelijk te kunnen inspelen op de noden, anderzijds om het aantal zorgverleners rond de zorgvrager te beperken. In de praktijk wordt dit toegepast via onder andere geïntegreerde gezinstrajecten van Kind en Gezin, waarbij een gezin toeleiding krijgt naar de nodige zorgpartners. Ook organisaties zoals Onder Ons en ziekenhuisgebonden sociale diensten geven zorgvragers de gepaste toeleiding.

De professionals gaven aan dat er in bepaalde zorgsituaties nood is aan een **'casemanager'** die de overkoepelende zorg van een gezin op zich neemt. Over wie deze rol het best inneemt zijn de meningen verdeeld. De huisarts, vroedvrouw en Kind en Gezin worden regelmatig benoemd als potentiële coördinatoren. Cruciaal volgens de professionals is wel dat de zorgvrager een vertrouwensband heeft met de persoon die deze coördinerende rol opneemt. Een voorbeeld van een succesvol initiatief is het Leuvense Parelproject, waarbij kwetsbare gezinnen begeleid worden door een parelcoach. In deze gevallen leidt de parelcoach het gezin naar de juiste professionals toe en bewaakt deze de continuïteit van zorg.

Professionals zijn het er over eens dat lokaal **cliëntenoverleg** gestimuleerd moet worden. In de praktijk kan een cliëntoverleg georganiseerd worden door onder andere het OCMW en Kind en Gezin. Hierbij wordt de zorgvrager samen met de betrokken hulpverleners rond de tafel gebracht, waardoor er gezamenlijk beslissingen genomen worden. De professionals onderstrepen daarnaast

het belang van **gedeelde patiëntendossiers** om de interprofessionele samenwerking te bevorderen. Er is nood aan één gemeenschappelijk dossier dat toegankelijk is voor alle betrokken hulpverleners. Professionals geven aan dat zelfs het delen van enkele basisgegevens, alsook de kennis van de betrokkenheid van de verschillende professionals met hun contactgegevens al een grote stap vooruit is.

Uit bovenstaande blijkt dat er reeds heel wat initiatieven in regio's Leuven en Limburg bestaan om interprofessionele samenwerking te bevorderen. Het is echter een uitdaging om deze initiatieven verder te laten groeien en te onderhouden. Het vraagt bijvoorbeeld veel tijd om af te stemmen met diverse partners, er is een groot personeelsverloop binnen de sector en er zijn vaak onvoldoende financiële middelen voorhanden.

## Aanbevelingen

De bevindingen van huidig onderzoek zetten het belang van collectief maatwerk in de verf. De eerste 1000 dagen vormen een cruciale periode voor zowel het kind, de moeder als de ruimere omgeving. Tijdens deze periode zijn er verschillende professionals actief zowel binnen de zorg- als welzijnssector. Gedurende het onderzoek wezen professionals op het belang van samenwerking over sectoren en diensten heen. Verschillende initiatieven worden reeds genomen om de samenwerking binnen de eerstelijnszorg tijdens de eerste 1000 dagen te versterken. Volgende aanbevelingen kunnen professionals hulp bieden om de samenwerking verder uit te breiden en te versterken.

### 1. Aandacht voor de zorgvrager

Ondanks dat deze steekproef geen 'kwetsbare' participanten bevat zoals vrouwen met een migratieachtergrond, taalbarrières of sociaal-economische kwetsbaarheden, merken we op dat ook onze 'modale' steekproef hindernissen ervaart. De huidige participantengroep valt niet onder de klassieke noemer van kwetsbaarheid maar geeft alsnog aan problemen te ervaren in haar zoektocht naar geschikte hulp gedurende de eerste 1000 dagen. Huidig onderzoek duidt op het belang om alle (toekomstige) ouders te informeren en wegwijs te maken in het zorglandschap. Door de vele mogelijkheden lijkt het voor veel (toekomstige) mama's een kluwen waarbij ze niet altijd de mogelijkheid hebben om zelf de actieve regierol op te nemen. De taak van de professional ligt erin om samen met de zorgvrager tijdig de mogelijkheden te verkennen. Dit kan zeer laagdrempelig door het mondeling aanbrenge van de verschillende diensten en hun rol. Hierbij adviseren we wel een schriftelijk overzicht (bv. folder, check-list of informatieblad) mee te geven zodat de zorgvrager deze informatie ten alle tijden opnieuw kan oproepen. Voor een aantal zorgvragers is dit onvoldoende en vraagt het meer ondersteuning en begeleiding van de professional om de zorgvrager toe te leiden tot de geschikte partners. Deze initiatieven kunnen ervoor zorgen dat ouders een positievere beleving hebben gedurende het zorgtraject tijdens de eerste 1000 dagen.

### 2. Opnemen van een actieve rol

Gedurende de eerste 1000 dagen zijn er verschillende professionals betrokken zowel vanuit de gezondheids- als welzijnssector. Uit ons onderzoek blijkt echter dat professionals niet altijd op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid en rol in het zorgtraject. Het zwangerschaps- en kindboekje bieden een opportuniteit aan zorgverleners om hun rol binnen het zorgnetwerk rondom een zorgvrager zichtbaar te maken naar andere professionals toe. In de praktijk worden de boekjes actief gebruikt door verschillende betrokken professionals, door het noteren van de gemaakte afspraken en observaties. Echter is het soms onduidelijk om te achterhalen welke zorgverlener de observaties genoteerd heeft. Als professional is het mogelijk om een actieve rol op te nemen in het creëren van een samenwerkingsverband door de eigen contactgegevens te noteren op de hiervoor voorziene plaats in het boekje. Op deze manier heeft elke betrokken professional zicht op het netwerk van hulpverlening rondom een zorgvrager. Gezien de voordelen die het zwangerschaps- en kindboekje met zich meebrengen, willen we het gebruik van deze communicatiemiddelen blijven stimuleren. In het zwangerschapsboekje is er achteraan ruimte voorzien ('Notities van hulpverleners'). Professionals kunnen notities maken in het kindboekje bij de leeftijd van het kind en op het moment van het contact. Een toekomstige digitalisering van deze communicatiemiddelen kan samenwerking vereenvoudigen. Het is aan de professional om actief op te treden in het zorgtraject door onder andere het delen van informatie en het openstaan voor samenwerking.

### 3. Verschillende gradaties

Aansluitend willen we benadrukken dat de mate van samenwerking bepaald wordt door de context van de zorgvrager. Een belangrijke bevinding uit huidig onderzoek is dat samenwerkingsinitiatieven een continuüm vormen gaande van informatieverstrekking tot het actief samenwerken aan een behandelplan. De zorgzwaarte en hulpvragen van de zorgvrager zullen mee de intensiteit van de samenwerking bepalen. In een aantal situaties zal het voldoende zijn om elkaar op de hoogte te houden van de observaties en de genomen stappen. Soms zal er een doorverwijzing gebeuren waarbij het van belang is gericht en geïnformeerd door te verwijzen. Dit is van belang voor de professional zodat deze op de hoogte is van de reden alsook de reeds genomen handelingen. Maar ook voor de zorgvrager om de overgang naar een nieuwe zorgverlener te vergemakkelijken. Daarnaast kunnen ook meer intensieve vormen van samenwerking gewenst zijn (bv. Parelproject Leuven). Een voorbeeld van een intensief samenwerkingsinitiatief is het 'Lokaal Cliënt Overleg' (LCO) waarbij de betrokken professionals samen met de zorgvrager rond de tafel zitten om een plan van aanpak te bespreken.

### 4. Leer en blijf elkaar kennen

Een terugkomend belangrijk element voor professionals is dat ze elkaar kennen. Het lijkt vanzelfsprekend maar door onder andere de grote diversiteit van partners en personeelsverloop, is het voor zorgprofessionals niet altijd evident om up-to-date te blijven. Om kennismaking te stimuleren vormen de perinatale netwerken<sup>5</sup> een platform om elkaar te leren kennen en deze contacten te onderhouden. Een perinataal netwerk is een 2-jaarlijks netwerkmoment voor professionals betrokken in de perinatale periode van gezinnen om elkaar en elkaars werking te leren kennen en ervan op de hoogte te blijven. Daarnaast gaan ze in op de noden van de professionals en brengen zo de gevraagde expertise naar de netwerken om zo samen na te denken over een gepaste zorg voor ieder gezin. De afstand tussen professionals wordt kleiner indien ze elkaar kennen en op de hoogte zijn van elkaars rol in het zorglandschap. Dit bevordert de samenwerking alsook de doorverwijzing omdat professionals elkaar makkelijker contacteren.

### 5. Communicatie is noodzakelijk

Centraal in elke zorgverlening staat communicatie. In voorgaande aanbevelingen wordt het belang van communicatie reeds aangehaald. Tijdens de eerste 1000 dagen zijn er verschillende professionals uit zowel de gezondheids- als welzijnsdiensten actief. Communicatie is cruciaal om elkaars aanbod op elkaar af te stemmen en een continue zorg te voorzien. Uit het onderzoek blijkt dat zorgvragers vaak geconfronteerd worden met een gebrek aan communicatie tussen de verschillende professionals. Mogelijke gevolgen hiervan zijn; dubbel werk, tegenstrijdige adviezen en het missen van mogelijkheden om kwalitatieve zorg aan te bieden. Voor zorgvragers gaat dit gepaard met gevoelens van frustratie, onzekerheid en gebrek aan vertrouwen. Heden bestaan er reeds een aantal hulpmiddelen die de communicatie tussen professionals kunnen vergemakkelijken zoals het zwangerschapsboekje en het kindboekje. Zoals eerder aangegeven, kunnen professionals via deze weg op een eenvoudige manier hun aanwezigheid in het zorgtraject kenbaar maken alsook de observaties en/of handelingen die ze reeds uitvoerden.

### 6. Perinatale periode aangrijpen

Elke zwangerschap biedt nieuwe kansen. Gezien de vele contacten met zorg- en welzijnsactoren, is deze periode aangewezen als aangrijpingspunt in het veerkracht- en netwerkversterkend werken met (toekomstige) ouders. Uit de resultaten blijkt dat niet elke zorgvrager in staat is om concrete

hulpvragen te stellen, de geschikte professionals te bereiken en een netwerk te creëren. Daarbij komt dat niet alle zorgvragers kunnen terugvallen op een persoonlijk netwerk waar ze de nodige informele hulp en ondersteuning krijgen. Bovendien vormen de eerste 1000 dagen een belangrijke periode in de preventie van chroniciteit in het latere leven. Tijdens het perinatale zorgtraject kunnen de fundamenteen gelegd worden voor verdere samenwerkingsinitiatieven op lange termijn (bv. gezinsondersteuning door Kind & Gezin). Op deze manier wordt er een netwerk opgebouwd rond het gezin en kunnen zij opnieuw in hun kracht geplaatst worden.

## 7. Aandacht voor perinataal welbevinden en welzijn

Een terugkomend topic in de gesprekken met de zorgvragers is de aandacht voor het perinataal welbevinden en welzijn van de moeder. Te vaak focust de begeleiding zich op lichamelijke aspecten met een gebrek aan aandacht voor de sociale, mentale en emotionele impact van een zwangerschap en toekomstig ouderschap. Deze periode wordt gekenmerkt door uitdagingen en veranderingen, die gepaard kunnen gaan met positieve maar ook negatieve emoties. Aandacht voor het perinataal welbevinden bevordert niet enkel het welzijn van de moeder maar ook van het kind. De ervaren negatieve emoties kunnen tijdens de zwangerschap via stress-systemen een invloed hebben op de (foetale) hersenontwikkeling en later op de cognitieve, sociaal-emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van het kind. Aansluitend met punt 6, vormt de perinatale periode ook hier een belangrijk aangrijpingspunt.

De aanpassingen aan het toekomstig ouderschap gebeuren niet altijd naadloos en vragen in sommige omstandigheden meer begeleiding. De prevalentiecijfers voor perinatale mentale problemen schommelen tussen de 10% en de 20%. Aandacht voor de psychische aspecten tijdens de eerste 1000 dagen gebeurt momenteel nog niet systematisch. Huidig onderzoek wijst op het belang om samenwerkingsverbanden aan te gaan over de sectoren heen. Professionals werkzaam binnen de medische, psychologische en sociale setting moeten de handen in elkaar slaan. Op deze manier kan een holistische manier van werken nagestreefd worden waarbij de focus ligt op zelfregie, gezondheidsvaardigheden en zelfmanagement van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen.



## Bibliografie

- Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*, *356*, j1. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
- Chang, Y. N., Lim, Y. K., & Stolterman, E. (2008). Personas: From Theory to Practices. In *Proceedings of the 5th Nordic conference on Human-computer interaction: building bridges* (pp. 439-442). ACM.
- De Block, M. (2015). *Hervorming van de ziekenhuisfinanciering en het ziekenhuislandschap: stapsgewijs en in overleg*. Geraadpleegd op 6 mei 2019, van <https://www.maggiedeblock.be/hervorming-van-de-ziekenhuisfinanciering-en-het-ziekenhuislandschap-stapsgewijs-en-in-overleg/>
- Eerstelijnsconferentie (2016). *Synthese van de eindrapporten van de werkgroepen*. Geraadpleegd op 16 mei 2016, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Synthesetekst%20eerstelijnszorg.pdf>
- Koletzko, B., Godfrey, K. M., Poston, L., Szajewska, H., Van Goudoever, J. B., De Waard, M., ... & Patro-Golab, B. (2019). Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. *Annals of Nutrition and Metabolism*, *74*(2), 93–106. <https://doi.org/10.1159/000496471>
- LeRouge, C., Ma, J., Sneha, S., & Tolle, K. (2013). User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies. *International journal of medical informatics*, *82*(11), e251-e268.
- Miaskiewicz, T., & Kozar, K. A. (2011). Personas and user-centered design: How can personas benefit product design processes?. *Design studies*, *32*(5), 417-430.
- Pruitt, J., & Adlin, T. (2006). *The persona lifecycle: keeping people in mind throughout product design*. Morgan Kaufmann, San Francisco
- Schulz, K. P., & Geithner, S. (2013). *Creative Tools for Collective Creativity: The Serious Play Method Using Lego Bricks*. HAL.
- Treble, T. M., Hansi, N., Hydes, T., Smith, M. A., & Baker, M. (2010). Process mapping the patient journey through health care: an introduction. *BMJ*, *341*(7769), 394-397.
- Vandeurzen, J. (2014). *Beleidsnota 2014-2019 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>

# Bijlagen

## Bijlage 1: Persona met bijhorende ervaringstrajecten



Leen is een middenklasse vrouw van 28 jaar. Leen heeft 5 consultaties bij de gynaecoloog en 8 consultaties bij de vroedvrouw. Leen wordt zowel **pre- als postnataal** opgevolgd door de vroedvrouw en ervaart dit als een meerwaarde in haar zorgtraject. De huisarts wordt tijdens de zwangerschap 3 keer geconsulteerd voor de bloedafname en streptokokkentest. Tijdens haar zwangerschap krijgt Leen zwangerschapsdiabetes waardoor ze een hulpverleningscontact heeft met de endocrinoloog en diëtist. Na de bevalling is er geen verdere opvolging voor haar zwangerschapsdiabetes. Leen neemt tijdens haar zwangerschap **uit eigen initiatief** deel aan workshops rond topics zoals borstvoeding en infossies in het ziekenhuis. Ook neemt ze vroegtijdig in haar zwangerschap contact op met de kinderopvang- en stadsdiensten. Na de bevalling volgt leen de afspraken bij Kind & Gezin op. Leen neemt een regierol op in haar zoektocht naar zorgverlening tijdens en na haar zwangerschap. Hierbij gaat ze op zoek naar hulpverleners die **matchen** met haar persoonlijke wensen en durft ze **concrete hulpvragen** te stellen. Leen geeft aan dat zij een **bezorgdheid en onzekerheid** ervaart die haar stimuleren om de meest geschikte hulpverlening te installeren. Leen probeert zich **optimaal voor te bereiden** op het moederschap met mogelijke valkuil dat zij minder aandacht heeft voor haar eigen welbevinden.



**Belangrijke aandachtspunten:**

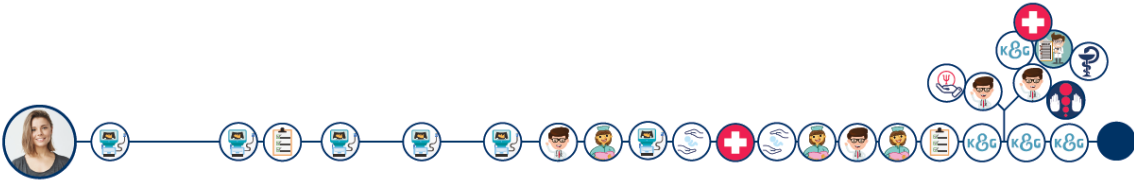
- Communicatie is noodzakelijk, het zwangerschapsboekje/kindboekje vormen een goed instrument om informatie uit te wisselen en op de hoogte te zijn van de verschillende betrokken hulpverleners.
- Opnemen van een actieve rol als hulpverlener met aandacht voor het optreden van overbodige onderzoeken (voorkomen van dubbel werk).
- Tegenstrijdige adviezen kunnen een valkuil zijn bij het raadplegen van verschillende hulpverleners. Stem af of bevrage de zorgvrager (bv. kennis omtrent bepaald topic) om concreet in te spelen op de noden.
- Heb aandacht voor het perinataal welbevinden en welzijn door lijfvoelbeeld het bevragen van mogelijke bezorgdheden of onzekerheid.

**Legende**

Vroedvrouw	Huisarts	Kind en Gezin	Kraamzorg	Psycholoog	Acupuncturist	Info
Gynaecoloog	Ziekenhuis	Specialist	Apotheek	Osteopaat	Administratie	



Sofie is een jonge vrouw van 23 jaar en zwanger van haar eerste kindje. Tijdens haar zwangerschap heeft zij 9 consultaties bij de gynaecoloog. Sofie heeft **onvoldoende kennis** van de mogelijkheden binnen de perinatale zorg waardoor ze pas laat in de zwangerschap een vroedvrouw consulteert. Een eerste kennismakingsgesprek bij de vroedvrouw vindt plaats op 33 weken zwangerschap. Kort voor de bevalling schakelt Sofie kraamzorg in. Als Sofie een probleem ervaart tijdens haar zorgtraject verwacht ze van de professional een **pakklare oplossing**. Ze verwacht van professionals eenduidige informatie maar ervaart tijdens het zorgtraject **veel tegenstrijdigheden** in hun advies. Daarnaast heeft ze onvoldoende kennis van het zorglandschap waardoor ze afhankelijk is van de doorverwijzing die gebeurt door professionals. Haar hulpvragen worden hierdoor niet altijd beantwoord, wat aanleiding geeft tot frustraties. Om deze reden gaat Sofie soms te rade bij haar eigen netwerk. Sofie voelt zich **overweldigd** door alle informatie die op haar afkomt tijdens de zwangerschap en postpartum en ervaart de nood van één platform of professional die haar tijdens dit traject begeleidt omdat zij zelf niet de coördinerende rol opneemt.



**Belangrijke aandachtspunten:**

- Informeer (toekomstige) ouders over de mogelijkheden binnen het zorglandschap en maak hen wegwijs. Elke toekomstige en jonge ouder kan kwetsbaar zijn op zijn/haar manier.
- Zorg voor een gerichte en geïnformeerde doorverwijzing indien nodig (bv. telefonisch contact, informatiebrief...). Een goede overdracht verhoogt de kwaliteit van zorg.
- Vanaf het eerste contact **veerkracht- en netwerkversterkend werken**.
- Aandacht voor perinataal welbevinden en welzijn van de ouders naast de medische opvolging van mama/baby.

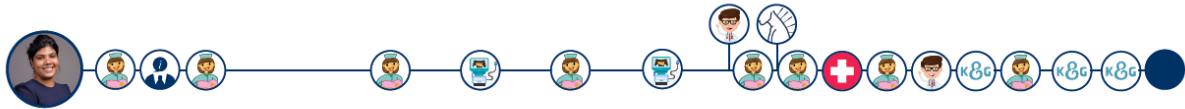
**Legende**

Vroedvrouw	Huisarts	Kind en Gezin	Kraamzorg	Psycholoog	Acupuncturist	Info
Gynaecoloog	Ziekenhuis	Specialist	Apotheek	Osteopaat	Administratie	



**ELINA**  
35 JAAR

Elina is 35 jaar, multipara, en ziet de zwangerschap en bevalling als een 'natuurlijk' gegeven. Ze heeft 9 consulten bij de vroedvrouw tijdens de zwangerschap aanvullend met 3 consulten voor echografische opvolging bij de gynaecoloog. In het postpartum komt de zelfstandige vroedvrouw 4 keer bij haar, aanvullende met 1 consult bij de huisarts voor het 7de dag onderzoek. Daarnaast volgt ze het standaard traject bij Kind & Gezin. Elina wordt graag **betrokken** bij alle gebeurtenissen tijdens de perinatale periode. Elina wil graag **bewuste keuzes** maken voor wat betreft haar zwangerschap, bevalling en postpartum op basis van de nodige adviezen en informatie van de professional. Ze vindt het belangrijk dat ze een **vertrouwensband** heeft met de professionals die haar begeleiden en zal geen 'onnodige' consulten benutten. Ze wordt al tijdens de zwangerschap opgevolgd door de vroedvrouw, met aanvullende de nodige consulten bij de gynaecoloog. Deze dame gaat bewust op zoek naar hulpverleners waar ze zich goed bij voelt, mede bepaald door vorige (bevallings-) ervaringen.



### Belangrijke aandachtspunten:

- Beluister de **bewuste keuzes** van de zorgvrager. Ga in overleg en bespreek de verschillende mogelijkheden.
- Wees aandachtig voor de **niet-uitgesproken noden** en bij twijfel ga in overleg met collega's.
- Blijf in contact met de andere hulpverleners en wissel informatie uit. Het zwangerschapsboekje/kindboekje vormen hiervoor een goed instrument.
- Aandacht voor **perinataal welbevinden en welzijn** van de ouders met specifieke aandacht voor de voorgaande (bevallings-) ervaringen.

### Legende



**KATARINA**  
38 JAAR

Katarina is een vrouw van 38 jaar. Katarina heeft 6 consultaties bij de gynaecoloog tijdens haar zwangerschap. Prenataal is er geen bijkomende begeleiding van de vroedvrouw of huisarts. In het postpartum wordt de vroedvrouw wel ingeschakeld maar beperkt de begeleiding zich tot de eerste twee weken. De keuze van de vroedvrouw wordt niet gemaakt op basis van persoonlijke voorkeur maar eerder omwille van **pragmatische redenen**. Katarina gaat niet actief op zoek naar een vroedvrouw die bij haar past maar maakt de keuze op basis van een lijstje meegekregen door de gynaecoloog. Katarina geeft aan dat het verschil tussen de taken van de vroedvrouw en kraamverzorgende niet duidelijk is, waardoor ze deze laatste niet heeft ingeschakeld in haar zorgtraject. Daarnaast volgt Katarina de standaard afspraken bij Kind & Gezin. Indien er problemen zijn bij de baby wordt de huisarts of pediater gecontacteerd. Katarina neemt **geen regierol** op in haar zorgtraject en legt een **groot vertrouwen bij de zorgprofessional**. Ze gaat ervan uit dat de zorgprofessional alle nodige informatie meedeelt en stelt weinig tot geen bijkomende hulpvragen.



### Belangrijke aandachtspunten:

- Vanaf het eerste contact **veerkracht- en netwerkversterkend** werken afgestemd op de noden en verwachtingen van de zorgvrager.
- **Informeert** (toekomstige) ouders over de mogelijkheden binnen het zorglandschap en maak hen wegwijs.
- **Communicatie** is noodzakelijk, het zwangerschapsboekje/kindboekje vormen een goed instrument om informatie uit te wisselen.
- Aandacht voor **perinataal welbevinden en welzijn** van de ouders met aandacht voor de verschillende levensdomeinen.

### Legende

