Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging

Een prospectief kwalitatief onderzoek

Barbara Baert

Melanie Jacobs

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems

Co-promotor: Veerle Vyncke

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Context: In 2006 werd een aanbeveling gepubliceerd door Domus Medica voor huisartsen in verband met zwangerschapsbegeleiding. Die richtlijn behandelt de normale zwangerschap tussen de conceptie en 41 weken zwangerschap en omvat een duidelijk schema in verband met de opvolging, die afwisselend verloopt door de huisarts en de gynaecoloog. Daarbij wordt duidelijk beschreven welke zaken nagekeken moeten worden bij een welbepaalde zwangerschapsduur.

Onderzoeksvraag: In de praktijk merkten we echter op dat deze richtlijn zelden wordt opgevolgd: veel vrouwen gaan uitsluitend naar de gynaecoloog voor hun zwangerschapsbegeleiding. Toch zijn wij er als huisarts van overtuigd dat wij hierin een meerwaarde kunnen bieden voor de patiënt. In de eerste lijn hebben zorgverleners immers een unieke positie om tijd en aandacht te besteden aan zowel de medische kant van een zwangerschapsopvolging, maar ook aan de persoonlijke beleving en verwachtingen van de zwangere vrouw. In onze praktijken zijn de huisartsen op de hoogte dat er een richtlijn van Domus Medica bestaat, maar wat onze interesse wekte is waarom het schema zo weinig toegepast wordt en specifiek, hoe zwangere vrouwen ten opzichte van dit schema staan: Hoe willen zij opgevolgd worden? Wat zijn hun verwachtingen over de zwangerschapsbegeleiding? Wat is hun kennis over een afwisselende opvolging? Zijn zij wel bereid om dit schema van Domus Medica te volgen?

Methode: In een kwalitatief onderzoek werden 21 semigestructureerde interviews afgenomen met patiënten uit onze praktijk die op dat moment zwanger waren, of die in de voorbije drie jaren zwanger waren. Elk interview werd anoniem verwerkt. De interviews werden integraal uitgetypt en verwerkt met behulp van het programma NVivo 9.

Resultaten: De data die verkregen werden door middel van de interviews, hebben we opgedeeld in verschillende onderdelen: 'Kennis en verwachtingen van de vrouwen in verband met de zwangerschapsopvolging', 'persoonlijke kenmerken van de vrouwen en hun invloed op de attitude' , 'motivatie van de keuze voor de gynaecoloog' en 'positie en meerwaarde van de huisarts tijdens de zwangerschapsopvolging'. Uit de resultaten blijkt dat de meeste vrouwen geruststelling omtrent de zwangerschap en dan vooral over de

gezondheid van het kindje als zeer belangrijk beschouwen. Geruststelling kan op verschillende manieren bekomen worden, met als belangrijkste de maandelijkse echografie bij de gynaecoloog. De andere manieren zijn een persoonlijke opvolging en voldoende tijd krijgen voor vragen en informatie.
De meerderheid van de vrouwen wil een opvolging enkel door de gynaecoloog en zien de huisarts als iemand die voornamelijk extra geruststelling kan geven. De belangrijkste reden waarom ze weerstand lijken te hebben tegen een afwisselende opvolging, is het aantal echografieën. Bovendien lijkt het ook mee te spelen dat vrouwen de neiging hebben om de voorkeur te geven aan een soort opvolging dat voor hen bekend is.
De belangrijkste determinanten waarop de respondenten vinden dat de huisarts een meerwaarde kan bieden binnen de zwangerschapsbegeleiding zijn: de persoonlijke arts-patiënt relatie, de toegankelijkheid/beschikbaarheid, de tijd dat een huisarts kan vrijmaken voor geruststelling en het geven van informatie. De aanwezigheid van een Doppler bij de huisarts wordt door de vrouwen gezien als een meerwaarde.

Conclusie: Ons kwalitatief onderzoek geeft ons een reeks determinanten die ons een idee geven over de attitude en ervaringen van vrouwen tijdens een zwangerschapsopvolging. Hieruit blijkt dat de echografie met de daaruit volgende geruststelling omtrent de gezondheid van de van de baby zeer belangrijk zijn voor de vrouwen.

Voor de huisartspraktijk is het belangrijk dat er tijdig gecommuniceerd wordt met de toekomstige zwangere vrouwen, zodat ze op de hoogte zijn dat er een mogelijkheid bestaat tot afwisselende opvolging en dat de vrouwen weten welke taken door de huisarts kunnen opgenomen worden tijdens die opvolging.

DANKWOORD

Graag willen we iedereen bedanken die ons bij het maken van ons Manama project geholpen heeft.

Onze welgemeende dank gaat uit naar onze promotor Prof. Dr. Sara Willems en naar onze co- promotor, Veerle Vyncke, die ons begeleidde bij de opstart van het project en die het samen met ons tekst en vorm gaf. Wij wensen haar te bedanken voor de vele keren dat we tussentijdse feedback en nuttige tips kregen. Het is door haar hulp dat we dit project goed ten einde gebracht hebben. Ook Dr. Piessens verdient een bedanking voor het meehelpen met de opstart van ons project.

Eveneens wensen we onze praktijkopleiders, Dr. Walburga Galle, Dr. Erika Flo en Dr. Franky D'Argent te bedanken voor hun steun en interesse in ons project én voor het mee helpen zoeken naar de geschikte vrouwen voor ons interview.

Ook de geïnterviewde vrouwen wensen we te bedanken voor hun tijd en moeite. Zonder hun medewerking was er van onze scriptie immers geen sprake geweest.

Als laatste, maar daarom zeker niet minder belangrijk, willen we onze familie en vrienden bedanken. Niet alleen voor de steun tijdens dit manama-project, maar voor de onvoorwaardelijke steun die wij tijdens de negen jaar van onze opleiding gekregen hebben!

Inhoudsopgave

1 INLEIDING **5**
1.1 Keuze van het onderwerp en onderzoeksvraag *5*
1.2 Literatuuronderzoek *6*
1.2.1 Zoekmethode 6
1.2.2 Determinanten die een rol spelen bij de keuze van de gezondheidszorg 6
1.2.3 Determinanten die een rol spelen bij de keuze van de zwangerschapsopvolging 9
1.2.4 Situatie in België 12
1.2.5. Conclusie literatuuronderzoek 15

2 ONDERZOEKSMETHODIEK **16**
2.1 Studiedesign *16*
2.2 Onderzoeksetting *16*
2.3 Onderzoekspopulatie: selectie en rekrutering *17*
2.4 Dataverzameling *18*
2.5 Data-analyse *19*
2.6 Ethisch comité *19*

3 RESULTATEN **20**
3.1 Beschrijving steekproef *20*
3.2 Huidige opvolging. *24*
3.3 Kennis en verwachtingen van de vrouwen in verband met de zwangerschapsopvolging *24*
3.3.1 Kennis in verband met zwangerschapsopvolging 24
3.3.2 Verwachtingen van de vrouwen 25
3.4 Persoonlijke kenmerken en hun invloed op de attitude *33*
3.5 Motivatie van de keuze voor gynaecoloog volgens de respondenten *34*
3.5.1 Infrastructuur 35
3.5.2 Maatschappelijke factoren 36
3.5.3 Arts-gebonden factoren 36
3.6 Positie en meerwaarde van de huisarts tijdens de zwangerschapsopvolging. *37*
3.6.1 Positie van de huisarts 37
3.6.2 Meerwaarde van de huisarts 39

4 DISCUSSIE **43**
4.1 Bespreking resultaten *43*
4.2 Beperkingen en sterktes van dit onderzoek *47*
4.3 Implicaties voor verder onderzoek *48*
4.4 Implicaties voor de praktijk *48*

5 BESLUIT **50**

6 REFERENTIES **51**

7 BIJLAGEN **53**
Add 1: Informatiebrief *53*
Add 2: Informed Consent *54*
Add 3 Vragenlijst demografische gegevens *55*
Add 4 Topiclijst: Leiddraad voor de interviews *56*
Add 5 Afkortingen *58*
Add 6 Onderlinge taakverdeling *59*

1 INLEIDING

1.1 Keuze van het onderwerp en onderzoeksvraag

Het zorgaanbod in België in verband met zwangerschapsbegeleiding bestaat uit huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen. In België waren er in 2005 118.002 geboorten en ongeveer 12.000 huisartsen werkzaam (1). Dit betekent dat een Belgische huisarts gemiddeld bijna tien zwangere vrouwen in zijn praktijk heeft (2). Het aantal huisartsen dat zelf verlossingen doet is zeldzaam geworden. Wel wordt de huisarts veel geraadpleegd voor de vaststelling van een zwangerschap, voor een miskraam en voor allerlei problemen tijdens de zwangerschap zoals infecties (3).

In 2006 werd er een aanbeveling gepubliceerd door Domus Medica voor huisartsen, in verband met de zwangerschapsbegeleiding. Die richtlijn behandelt de normale zwangerschap tussen de conceptie en 41 weken zwangerschap. In de richtlijn staat een duidelijk schema over de opvolging, die afwisselend verloopt door de huisarts en de gynaecoloog. Daarbij wordt duidelijk beschreven welke zaken nagekeken moeten worden bij een welbepaalde zwangerschapsduur (zoals klinisch onderzoek, informatie die gegeven moet worden, eventueel labo-onderzoek en medicatie) (3).

In de praktijk merkten we op dat veel vrouwen enkel naar de gynaecoloog gaan voor hun zwangerschapsopvolging, toch zijn wij er als huisarts van overtuigd dat wij een meerwaarde kunnen bieden voor de patiënt. In de eerste lijn hebben zorgverleners een unieke positie om tijd en aandacht te besteden aan zowel de medische kant van een zwangerschapsopvolging, maar ook aan de persoonlijke beleving en verwachtingen van de zwangere vrouw en haar partner.
In onze praktijken zijn de artsen ervan op de hoogte dat er een richtlijn van Domus Medica bestaat, maar wat onze interesse wekte is waarom het schema zo weinig wordt toegepast. Meer specifiek willen we weten hoe zwangere vrouwen ten opzichte van dit schema staan: Hoe willen zij opgevolgd worden? Wat is hun kennis over een afwisselende opvolging? Zijn zij wel bereid om dit schema van Domus Medica te volgen? Want voordat de aanbeveling veralgemeend kan toegepast worden, is het nodig dat zwangere vrouwen achter de aanbeveling staan.

1.2 Literatuuronderzoek

1.2.1 Zoekmethode

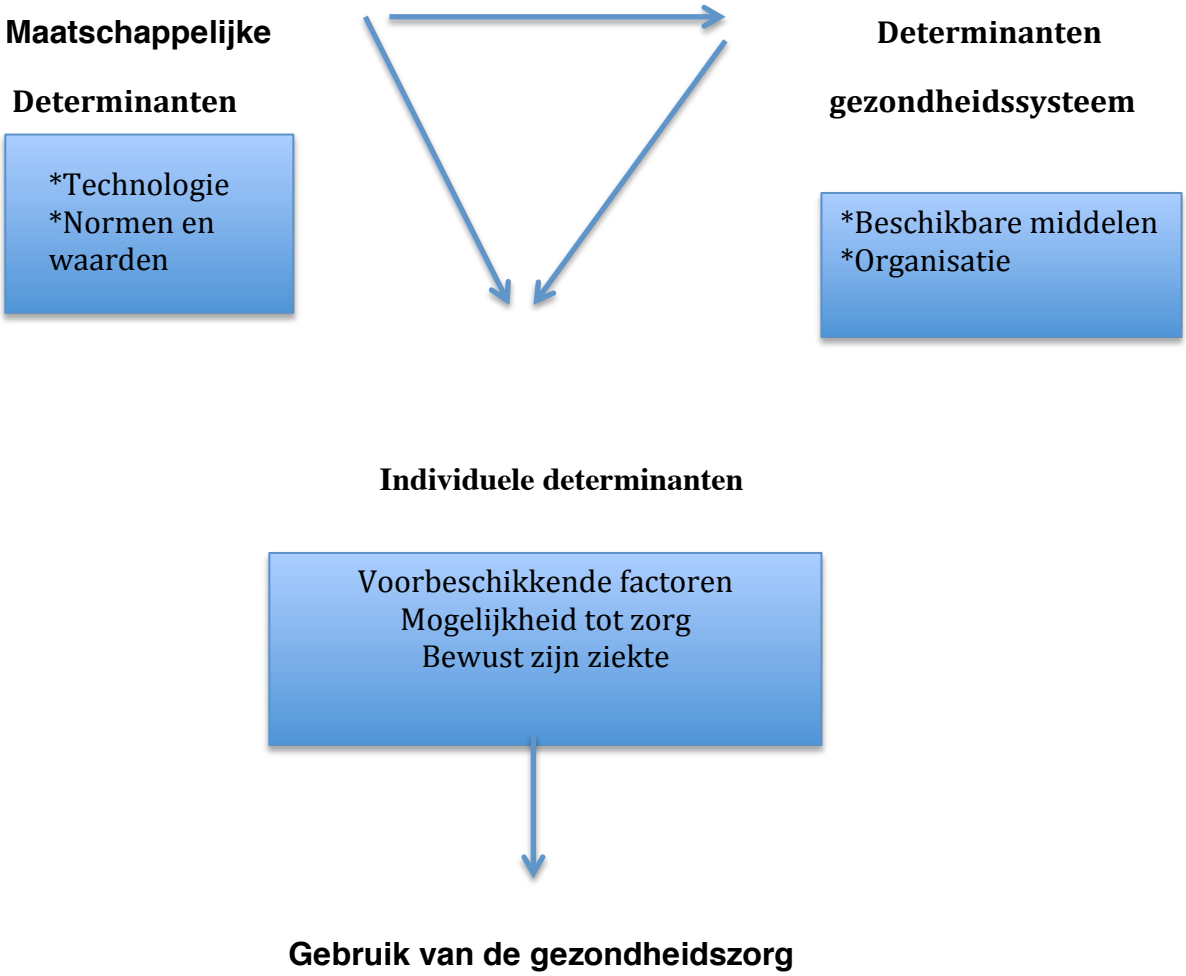
De literatuurstudie zoekt een antwoord op de volgende onderzoeksvragen: '*Wat is de kennis en attitude van vrouwen in verband met zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk?' 'Wat verwachten vrouwen van een zwangerschapsbegeleiding?*'

Eerst werden de richtlijnen doorzocht via CEBAM: Domus Medica, NHG, KCE, guidelines finder UK en National Guideline Clearinghouse.

Literatuur werd gezocht door middel van de databanken PubMed en Ovid en de zoektermen die gebruikt werden zijn: prenatal care, pregnancy, pregnant women, primary health care, general practitioner, family practice, family physicians, knowledge, attitude, patient satisfaction, patient-centered care, questionnaires and maternal behaviour. De volgende limieten werden telkens geactiveerd: Engelstalige, Franstalige, Duitstalige en Nederlandstalige teksten. Op basis van het lezen van de abstracts werd de relevantie van het artikel bekeken. Van de relevante abstracts werd het volledige artikel opgezocht en nagelezen. Bij relevante artikelen werd ook gebruikt gemaakt van de optie 'gerelateerde artikelen', om zo tot nieuwe artikelen te komen. De artikelen werden allemaal online gevonden.
Eveneens werden een paar artikelen verkregen via collega's die vertrouwd zijn met het onderwerp of met het soort onderzoek.

1.2.2 Determinanten die een rol spelen bij de keuze van de gezondheidszorg

Het gebruik van de gezondheidszorg kan gezien worden als een vorm van individueel gedrag. Sociale wetenschappen hebben geprobeerd om individueel gedrag te verklaren als een gevolg van kenmerken van het individu zelf, kenmerken van de omgeving en/of interacties van individuele en omgevingsfactoren (4).
Andersson en Newman hebben een model opgesteld dat het gebruik van de gezondheidszorg probeert te verklaren aan de hand van die verschillende determinanten (Figuur 1) (4).



Figuur 1: Relatie tussen de verschillende determinanten

De belangrijkste determinanten die een rol spelen bij het gebruik van de gezondheidszorg zijn de maatschappelijke determinanten, determinanten in verband met het gezondheidssysteem en de individuele determinanten. Maatschappelijke determinanten hebben zowel een directe invloed op de individuele determinanten, als een indirecte invloed via het gezondheidssysteem. Enkel de individuele determinanten hebben een directe invloed op het gebruik van de gezondheidszorg (4).

Tot de individuele determinanten behoren de individueel voorbeschikkende factoren om gebruik te maken van de gezondheidszorg, de mogelijkheid van een individu om gebruik te maken van de gezondheidszorg en het bewustzijn van ziekte.
Sommige individuen hebben de neiging om vaker gebruik te maken van de gezondheidszorg dan andere. Dit is een neiging die onder andere voorspeld kan worden door individuele karakteristieken, die reeds aanwezig zijn vóór het optreden van een

specifieke episode van een ziekte. Deze individuele voorbeschikkende factoren kan men indelen in drie categorieën: demografische factoren (leeftijd, geslacht, medische voorgeschiedenis en burgerlijke stand), sociaal-culturele factoren (opleiding, ras, beroep, geloof, familiegrootte en mobiliteit) en overtuiging (waarden omtrent gezondheid en ziekte, kennis omtrent ziekte, houding ten opzichte van gezondheidsvoorzieningen). Individuen met bepaalde karakteristieken gaan meer gebruik maken van de gezondheidszorg, hoewel deze karakteristieken niet rechtstreeks verantwoordelijk zijn voor het gebruik van de gezondheidszorg. Leeftijd bijvoorbeeld, is sterk gerelateerd met gezondheid en ziekte. Niettemin worden ze beschouwd als voorbeschikkende factoren, omdat leeftijd op zich geen reden is om gebruik te maken van de gezondheidszorg (4).

Alhoewel sommige personen beschikken over bepaalde individuele voorbeschikkende factoren om gebruik te maken van de gezondheidszorg, moet het ook mogelijk zijn om gebruik te maken van die gezondheidszorg. Bepaalde condities moeten aanwezig zijn, opdat een persoon gebruik zou kunnen maken van de gezondheidszorg. Deze condities kunnen gemeten worden door familiale middelen, zoals het inkomen en de ziektekostenverzekering. Ook de maatschappij waarin de patiënt leeft, kan het gebruik van de gezondheidszorg beïnvloeden, zoals de hoeveelheid gezondheidsfaciliteiten en personeel in de gezondheidszorg. Wanneer de hoeveelheid gezondheidsfaciliteiten tamelijk uitgebreid is, en wanneer er gebruik kan gemaakt worden van die faciliteiten zonder al te lange wachttijden, zullen die faciliteiten meer frequent gebruikt worden door de patiënten. Tot de factoren die het mogelijk maken om gebruik te maken van de gezondheidszorg, behoren ook de prijs van gezondheidszorg en maatschappelijke factoren, zoals lokale waarden en normen betreffende het gebruik van de gezondheidszorg (4).

Als laatste moet het individu of zijn familie zich bewust zijn van ziekte, of de mogelijkheid tot ziekte, vooraleer gebruik van de gezondheidszorg plaatsvindt. Dit is de meest directe reden voor gebruik van de gezondheidszorg. Maten voor de perceptie van ziekte zijn: dagen van onbekwaamheid door ziekte, symptomen, diagnose en de algemene toestand (4).

1.2.3 Determinanten die een rol spelen bij de keuze van de zwangerschapsopvolging

Het wordt steeds belangrijker om een zorg te hebben waarbij de patiënt centraal staat (5). Dit heeft geleid tot onderzoek naar de verwachtingen en tevredenheid van vrouwen, zoals reeds gebeurd is in een studie in Nederland. Deze studie probeert de soort zorg nodig bij een zwangerschap te verstaan en te verbeteren, door middel van het verzamelen van informatie. Daarbij wordt niet alleen informatie verzameld over de mogelijke zwangerschapsuitkomsten, zoals mortaliteit en morbiditeit, maar ook informatie over de verwachtingen van de vrouw en ervaringen met de verschillende soorten van zorg. De tevredenheid van de zorg is slechts indirect gerelateerd aan de kwaliteit van het zorgsysteem. Eén van de redenen hiervan, is dat de tevredenheid sterk beïnvloed wordt door verwachtingen en vroegere ervaringen van de vrouwen (5). Het is bovendien aangetoond dat gebruikers de neiging hebben om wat beschikbaar en gekend is meer te waarderen dan wat nieuw en onbekend is (5,6).

In het volgend deel van het literatuuronderzoek wordt beschreven welke factoren een rol spelen bij de verwachtingen en ervaringen van de vrouwen. Men maakt hier een onderscheid tussen de infrastructuur, arts-gebonden factoren, organisatorische factoren en persoonlijke kenmerken van de zwangere vrouw en de invloed op hun attitude. Als laatste wordt ook de rol van de huisarts in de zwangerschapsbegeleiding besproken.

1.2.3.1. Infrastructuur

Onder aanwezige infrastructuur wordt verstaan: alle mogelijke technische onderzoeken die kunnen uitgevoerd worden in het kabinet van een behandelende arts.
Hildingsson et al onderzochten de verwachtingen van vrouwen in verband met de prenatale zorg in Zweden. Daarbij kwam voornamelijk naar boven dat de gezondheid van de baby de hoogste prioriteit was voor de toekomstige moeders. Technische onderzoeken zoals een bloedafname, urine- onderzoek en controle van het foetale hartritme, werden beoordeeld als het belangrijkst tijdens de opvolging. Het belang van de controle van de gezondheid van de baby is waarschijnlijk een natuurlijke reactie van een vrouw die zwanger is van een nieuw leven. Beschermen van het ongeboren kind is een biologische drive, maar het beïnvloedt ook de emoties en gedachten van een vrouw (7). Dit wordt ook bevestigd in andere studies die aangeven dat vrouwen technische

onderzoeken, zoals echografieën, het belangrijkst vinden, omdat ze zo gerustgesteld kunnen worden omtrent de gezondheid van de baby (7,8).

1.2.3.2. Arts-gebonden factoren

Vrouwen waarderen het wanneer de zorg geïndividualiseerd is. Ze willen een zorg op maat, waar de zorgverlener aandacht besteedt aan hun emotionele en sociale bezorgdheden (8). Bowers zegt dat zorg en emotionele steun, aangereikt door de aanwezigheid van de zorgverlener, woorden van aanmoediging, en continuïteit van de zorgverlener belangrijk zijn (9).

Vrouwen willen ook dat de behandelende arts hen geruststelt en hen op hun gemak laat voelen. Dit houdt in: empathie, oprechte bezorgdheid, emotionele steun en een gevoel dat de zorgverleners de vrouwen (her)kennen (8). Vrouwen houden niet van fragmentatie, inconsistentie, lange wachttijden en om behandeld te worden als een nummer. Ze willen behandeld worden met respect en waardigheid, dat er met hun meningen rekening wordt gehouden en dat er antwoord gegeven wordt op hun vragen (9).

1.2.3.3. Organisatorische factoren

De term 'continuïteit' wordt in de literatuur op twee manieren gebruikt. Het kan wijzen op continuïteit van zorg en continuïteit van zorgverlener.
Hildingsson vond dat er een limiet bestaat in het aantal zorgverleners dat de vrouwen willen zien tijdens de zwangerschapsopvolging. In deze studie hadden de vrouwen geen probleem met een paar verschillende zorgverleners, maar 3 of meer deed toch de tevredenheid dalen (10). De afwezigheid van continuïteit van zorgverleners werd geassocieerd met ontevredenheid. Dit was zeker het geval wanneer de zorgverleners niet op de hoogte waren van wat er tijdens de vorige consultaties gezegd werd (10,11). Vrouwen willen bij een wisselende opvolging dat er een goede doorstroom is van informatie tussen de verschillende zorgverleners (8).
Davey et al daarentegen vonden in hun onderzoek naar continuïteit in prenatale zorg, dat vrouwen niet per se steeds dezelfde arts/vroedvrouw willen zien, maar dat vooral

de tijd die gespendeerd wordt tijdens de consultatie belangrijk is (12). Wanneer een zorgverlener voldoende tijd vrijmaakt voor een zwangere vrouw, resulteert dit in vertrouwen en meer tevredenheid bij de zwangere vrouw. Nochtans wordt er vaak melding gemaakt van gehaaste consultaties, die dan geassocieerd worden met verminderde tevredenheid bij de vrouwen (13).
Vrouwen willen tijdens een consultatie tijd om vragen te stellen en om informatie te krijgen. Ze willen duidelijke en relevante informatie, die mythes ontkracht, die hen helpt om beslissingen te maken en die hen geruststelt. Zwangere vrouwen willen informatie over specifieke onderwerpen, waaronder de gezondheid van de baby, over wat ze mogen verwachten tijdens de zwangerschap, over het geslacht van de baby, over een gezonde levenswijze, en informatie over voorbereiding op de bevalling (8). Ze willen geen tegenstrijdige informatie en/of advies krijgen (13).

Wat leidt tot ontevredenheid bij de vrouwen is een vermindering van het aantal consultaties. Hierbij hebben de vrouwen het gevoel dat aan hun verwachtingen van de zorg niet voldaan wordt (14). Sikorski et al vonden in hun RCT gelijkaardige resultaten, waarbij vrouwen met een verminderd aantal consultaties zich minder gehoord voelen, en vonden dat ze onvoldoende tijd hadden om te praten tijdens een consultatie. De vrouwen waren ook significant meer ongerust, zowel pre-als postnataal. Meer dan de helft vond dat de tijd tussen twee consultaties te lang was (15).

1.2.3.4. Persoonlijke kenmerken van de zwangere vrouwen.

Een traumatische obstetrische voorgeschiedenis wordt sterk geassocieerd met een wens naar meer prenatale consultaties. Vrouwen met een mors in utero in de voorgeschiedenis, willen dubbel zoveel consultaties dan vrouwen zonder die voorgeschiedenis. Een zwangerschap volgend op een mors in utero, is geassocieerd met angst en depressie. Vrouwen willen en verwachten meer aandacht ter geruststelling (7).
Een miskraam in de voorgeschiedenis kan, door zijn prevalentie, gezien worden als 'banaal' door de zorgverleners, maar wordt niet als banaal beschouwd door de toekomstige ouders. De bevinding van Hildingsson et al dat vrouwen met een negatieve voorgeschiedenis meer consultaties willen, benadrukt het feit dat het belangrijk is dat er nagegaan wordt wat de ervaringen en verwachtingen zijn van vrouwen in verband met

zwangerschapsbegeleidingen. Dit is nodig om een geïndividualiseerde zorg te kunnen aanbieden (7).

1.2.3.5. Rol van de huisarts in de zwangerschapsopvolging

Bij specifiek onderzoek naar de rol van huisartsen in de zwangerschapsbegeleiding, vonden Douglas et al dat vrouwen verwachten dat huisartsen verschillende houdingen aannemen tijdens de zwangerschap, namelijk een informatieve, een ondersteunde, een emotionele en een professionele houding (16). Een zwangerschap begeleiden geeft de huisarts een unieke kans om een relatie op te bouwen met de patiënt. Dit wordt ook aangetoond door een studie in Groot-Brittannië. Smith vond dat vrouwen de huisarts als zorgverlener tijdens de zwangerschapsopvolging zeer belangrijk vinden. Vooral de continuïteit en het feit dat ze vertrouwd waren met de huisarts werden hoog gequoteerd (17). Vrouwen verwachten verschillende zaken van een huisarts tijdens de zwangerschapsopvolging volgens Smith: goede informatie over klinische zaken, verwijzing indien nodig, tijd om ongerustheden te bespreken, thuisbevalling indien gewenst, een huisbezoek na hun thuiskomst en advies over contraceptie en borstvoedingsadvies. Een huisarts beschrijven ze als volgt: iemand van de eerstelijnszorg waarmee ze een persoonlijke relatie hebben, iemand die zich bezighoudt met de mentale en fysieke gezondheid van mensen binnen de context van hun familie en iemand die begrijpbare, continue, gecoördineerde en toegankelijke zorg toedient (18).

1.2.4 Situatie in België

In België werd in 2006 een aanbeveling gepubliceerd door Domus Medica voor huisartsen in verband met de zwangerschapsbegeleiding. Deze aanbeveling behandelt de normale zwangerschap tussen de conceptie en 41 weken zwangerschap. Het is een leidraad voor de gecombineerde zwangerschapsbegeleiding door gynaecoloog en huisarts. Het vat samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien de beste begeleiding is.

In de aanbeveling staat een duidelijk schema over de opvolging, die afwisselend verloopt door de huisarts en de gynaecoloog. Hierbij wordt duidelijk beschreven welke zaken nagekeken moeten worden bij een welbepaalde zwangerschapsduur (zoals klinisch

onderzoek, informatie die gegeven moet worden, labo onderzoek en medicatie) (Tabel 1).

De aanbeveling wil huisartsen helpen om met de huidige wetenschappelijke evidentie een normale (laag-risico) zwangerschap optimaal te begeleiden en tegemoet te komen aan de persoonlijke beleving en verwachtingen van de zwangere vrouw en haar partner.

De zwangere vrouw beheert haar medische gegevens zelf, bijvoorbeeld aan de hand van het moederboekje van Kind en Gezin. Dit bevordert de communicatie tussen de verschillende hulpverleners.

Opdat de zwangerschapsbegeleiding volgens de aanbeveling goed zou verlopen, zijn er een aantal randvoorwaarden. De eerste lijn moet in staat zijn en moet de kennis hebben om de zwangere vrouw goed te begeleiden en tijdig naar de tweede lijn te verwijzen indien nodig. De huisarts moet beschikken over een doptone om de foetale harttonen te bepalen. De gynaecoloog moet kunnen terugvallen op de eerste lijn voor duidelijke taken in de begeleiding van de zwangere vrouw, die geen specialistisch consult vereisen. Hiervoor is een optimale samenwerking en informatiedoorstroming noodzakelijk (3).

Tabel 1: Overzicht zwangerschapsconsultaties

Wanneer?	Informatie en voorlichting	Klinisch onderzoek	Echo	Labo	Medicatie
Rond 8 weken	-zwangerschapsdiagnose -beleving van de zwangerschap -informatie ivm de opvolging -moederboekje meegeven K&G -actieve risicoscreening: *leefstijl *medische voorgeschiedenis -informed consent rond prenatale diagnose	-bloeddruk -gewicht	/	Bloedname 1: *Hb, Hcrt, bloedgroep en rhesus, irr As, Rub IgG, Toxo IgM-IgG, HBAg, TPHA, HIV *bij risico: glucose nuchter, TSH, HepC, andere SOA's	Foliumzuur 0.4 mg per dag
Rond 12 weken ***+ 2de lijn***	Beleving en klachten	-bloeddruk -doppler -gewicht	ECHO 1	Vroege prenatale screening: PAPP-A en B-HCG	Foliumzuur 0.4 mg per dag
Rond 16 weken	Beleving en klachten	-bloeddruk -doppler -gewicht -fundushoogte	/	-late prenatale screening (optie) - urinecultuur: opsporen ASB	/
Rond 20 weken ***+ 2de lijn***	Beleving en klachten	-bloeddruk -doppler -gewicht -fundushoogte -kindsbewegingen	ECHO 2	/	
Rond 24 weken	Beleving en klachten	-bloeddruk -doppler -gewicht -fundushoogte -kindsbewegingen	/	Bloedafname 2: Hb, Hcrt, 50 g glucose challenge, irr. As.	Anti D-gammaglobulines bij Rhesus-negatieve moeders op 28 weken
Rond 30 weken ***+ 2de lijn***	-beleving en klachten -infomoment prenatale oefeningen	Idem	ECHO 3	/	
Na 32 weken ***Frequentie 1x om de 2 weken, Alternerend 2de lijn***	-beleving en klachten -vragen rond bevalling, verwachting, pijnstilling -vragen over borstvoeding -info: zie www.kindengezin.be	Idem + ligging		GBS-screening (tussen 35-37 weken)	

1.2.5. Conclusie literatuuronderzoek

De tevredenheid van de zorg wordt sterk beïnvloed door de verwachtingen en vroegere ervaringen van de vrouwen. Om na te gaan hoe de vrouwen denken over zwangerschapsopvolging, wordt in ons kwalitatief onderzoek de nadruk gelegd op de verwachtingen en ervaringen van vrouwen met betrekking tot de zwangerschapsopvolging.

Uit de studies blijkt dat vrouwen een echografie en bijhorende technische onderzoeken als het belangrijkst beschouwen tijdens de zwangerschapsopvolging. Daarbij is de voornaamste reden de geruststelling omtrent de gezondheid van hun baby. Informatie, de tijd die vrijgemaakt wordt voor het geven van die informatie, een persoonlijke opvolging en continuïteit van zorg en zorgverlener, zijn bijkomende zaken die belangrijk zijn voor de vrouwen tijdens een zwangerschapsopvolging. Ook moet er rekening gehouden worden met de persoonlijke obstetrische voorgeschiedenis van de vrouw, omdat die een invloed kan hebben op de verwachtingen van de vrouw omtrent de zwangerschapsopvolging. In de literatuur wordt de rol van de huisarts in de zwangerschapsopvolging beschreven. Goede informatie over klinische zaken, verwijzing indien nodig, tijd om ongerustheden te bespreken en een vertrouwelijke ondersteunende arts-patiënt relatie behoren tot het takenpakket van de huisarts.
We hebben onze topiclijst samengesteld aan de hand van bovenstaande determinanten.

2 ONDERZOEKSMETHODIEK

2.1 Studiedesign

Ons kwalitatief onderzoek bestaat uit 21 semi- gestructureerde interviews met vrouwen, die op dat moment, of in de voorbije drie jaar, zwanger waren.
Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat dergelijk onderzoek de focus legt op de ervaring en perceptie van de deelnemers. Zo probeert men een gedetailleerde beschrijving van gebeurtenissen te geven, bekeken door de ogen van de aan de studie meewerkende deelnemers. De resultaten van kwalitatief onderzoek zijn niet uit te drukken in cijfers en kunnen niet veralgemeend worden (19).

2.2 Onderzoeksetting

De geïnterviewde vrouwen werden geselecteerd uit de praktijken waar wij momenteel stage lopen als HAIO.

De praktijk van M in Denderwindeke is een solo-praktijk met één vrouwelijke huisarts, waar de HAIO werkt als tweede arts. In 2011 waren er 896 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) en ongeveer 20 zwangere vrouwen. De praktijk van B in Komen bestaat uit een mannelijke arts, een vrouwelijke arts, een HAIO en een secretaresse. De praktijk ligt in Komen, een faciliteitengemeente die in Vlaanderen ligt, maar die behoort tot Wallonië en bijgevolg praktisch volledig Franstalig is. De ziekenhuizen waar naar doorverwezen wordt, zijn wel Vlaamstalig. In 2011 waren er 1184 patiënten met een GMD, waaronder 32 zwangere vrouwen.

In beide praktijken is er een interesse voor gynaecologische raadplegingen, uitstrijkjes worden bijvoorbeeld frequent gedaan. Zo is de drempel niet hoog om voor andere gynaecologische zaken te komen, zoals zwangerschap. Wel hebben we gemerkt dat er enkele verschillen zijn tussen beide praktijken: in de praktijk van B heeft de mannelijke collega vroeger vaak zelf bevallingen gedaan, wat gekend is bij de patiënten. Er is sinds geruime tijd een Doppler aanwezig. In de praktijk van M is er ook interesse en kennis omtrent zwangerschapsopvolging, maar er was bij de start van het onderzoek geen Doppler-toestel aanwezig in de praktijk.

Het voordeel om met twee verschillende praktijken samen een onderzoek te starten, is dat er een grotere variatie in de resultaten verkregen wordt.

Denderwindeke is een deelgemeente van Ninove, welke 36.675 inwoners telde op 01/01/2010. In 2009 waren er 369 geboorten (enkel levend geboren kinderen ingeschreven in de burgerlijke stand van Belgische gemeenten wordt in de jaarlijkse tellingen opgenomen)(2).
Komen is een deelgemeente van Comines-Warneton, welke 17.729 inwoners telde op 01/01/2010. In 2009 waren er 173 geboorten (2).
De gemiddelde maternele leeftijd in het Vlaamse gewest is bij een eerste geboorte 28,2 jaar en bij een tweede en volgende geboorten 31,1 jaar (2).

2.3 Onderzoekspopulatie: selectie en rekrutering

Elke onderzoeker interviewde vrouwen geselecteerd uit de praktijk waar de onderzoeker op dat moment stage deed als HAIO. Er werd gestreefd naar een zo groot mogelijke variatie qua opleiding, leeftijd en afkomst. De selectie vrouwen werden gekozen uit het GMD van de praktijk in overleg met de praktijkopleider. Er werd gewerkt met inclusie- en exclusiecriteria. Tot de **inclusiecriteria** behoren vrouwen, 18+, zwanger in de voorbije drie jaren of zwanger op het moment van het onderzoek. Tot de **exclusiecriteria** behoort elke hoog-risicozwangerschap. Hieronder wordt verstaan meerlingenzwangerschap, placenta praevia, pre-eclampsie, diabetes of een voorgeschiedenis met preterme geboorte of laag geboortegewicht.

Eerst werden de vrouwen schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek en dit met behulp van een informatiebrief (Bijlage 1). Indien er geen respons kwam na twee weken, werd eenmaal een herinneringsbrief gestuurd, of de vrouw werd opgebeld. De vrouwen die wilden deelnemen aan ons onderzoek kregen de keuze om ofwel het interview te laten doorgaan in de praktijk, ofwel bij hen thuis.

2.4 Dataverzameling

Er werden interviews afgenomen tot het moment dat data-saturatie werd bereikt, dit wil zeggen dat er nieuwe interviews werden afgenomen tot er geen nieuwe informatie meer werd bekomen (20). Onderzoeker B nam 11 interviews af en onderzoeker M nam 10 interviews af. Het interview begon steeds met het ondertekenen van het informed consent (Bijlage 2). Dit werd dan gevolgd door het invullen van een gestandaardiseerde vragenlijst (Bijlage 3).
De gestandaardiseerde vragenlijst omvatte volgende gegevens:

a. Demografische gegevens

Nationaliteit, burgerlijke stand, opleiding, beroep en de demografische gegevens van de partner.

b. Medische achtergrond

Voorgeschiedenis met betrekking tot zwangerschap en bevalling: aantal zwangerschappen, aantal kinderen, voorafgaande abortus, miskraam of problemen tijdens de laatste zwangerschap.

Op die manier kon worden nagegaan of de respondent aan één van de exclusiecriteria voldeed.
Daarna begon het eigenlijke face to face interview, waarbij de vragen waren gebaseerd op een topiclijst (Bijlage 4). Deze topiclijst werd gezamenlijk opgesteld vóór de start van de interviews en gebaseerd op het literatuuronderzoek.
In de praktijk van B werden de interviews allemaal in het Frans afgenomen. Daarvoor werden alle documenten vooraf vertaald vanuit het Nederlands naar het Frans door de tweetalige praktijkassistente uit de praktijk van B.
De topiclijst werd gebruikt als leidraad tijdens de interviews. Er werd namelijk gestreefd naar het stellen van zoveel mogelijk open vragen, zodat de vrouw zo weinig mogelijk werd beïnvloed. De gesprekken duurden zolang als nodig geacht, tot er voldoende informatie werd bekomen. Elk interview werd integraal opgenomen op tape.

2.5 Data-analyse

Elk interview werd anoniem verwerkt. De interviews werden integraal uitgetypt, de Franse interviews werden in het Nederlands vertaald door B. Alle interviews werden verwerkt met behulp van het programma NVivo 9.

Eerst werden de verschillende uitgeschreven interviews open gecodeerd: onderdelen van de interviews werden geselecteerd en er werd aan die selectie een bepaalde code gegeven (20).

In de eerste fase werkten de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar en werden alle 21 interviews door beide onderzoekers onafhankelijk gecodeerd. Aanvullend werd een willekeurige selectie van de interviews door een derde onafhankelijke onderzoeker gecodeerd. Nadien werden alle codes samengelegd, en werd er een structuur opgesteld met gemeenschappelijke nodes. Zo werd geprobeerd de nodes te structureren onder verschillende gemeenschappelijke noemers. Nadien werden de 21 interviews opnieuw volledig onafhankelijk gecodeerd door de beide onderzoekers aan de hand van de nieuwe nodes.

In de tweede fase van het onderzoek werden de nodes en bijhorende tekstfragmenten bestudeerd door beide onderzoekers en werd er gezocht naar verbanden tussen de verschillende nodes.

2.6 Ethisch comité

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent (registratienummer B670201111126). Daarbij werden zowel de uitnodigingsbrief, het informed consent, de informatiebrief voor de vrouwen als de topiclijst goedgekeurd.

3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de resultaten verkregen door de interviews.

Deze gesprekken geven ons een idee van hoeveel van de ondervraagde vrouwen hun zwangerschap lieten opvolgen bij de gynaecoloog en hoeveel vrouwen afwisselend bij de gynaecoloog en de huisarts gingen voor de opvolging. Er wordt beschreven wat vrouwen weten en verwachten van de zwangerschapsbegeleiding en hoe ze de rol van de huisarts hierin zien. Zo proberen we een antwoord te krijgen op onze onderzoeksvragen: '*Wat is de kennis en attitude van vrouwen in verband met zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk?' 'Wat verwachten vrouwen van een zwangerschapsbegeleiding?*'

De data die verkregen werden door middel van de interviews, hebben we opgedeeld in verschillende onderdelen. Eerst wordt nagegaan bij wie de vrouwen hun huidige of laatste zwangerschap lieten opvolgen. Daarna wordt dieper ingegaan op de kennis en verwachtingen van de zwangere vrouw. In dit onderdeel wordt beschreven wat de respondenten als belangrijk beschouwen tijdens de opvolging. Ook wordt er nagegaan of er persoonlijke kenmerken van de respondenten zijn die een invloed kunnen hebben op de manier waarop de respondenten willen opgevolgd worden tijdens de zwangerschap. Als laatste wordt dan gekeken naar de rol van de gynaecoloog en de rol van de huisarts tijdens de zwangerschapsopvolging.

De quotes uit de interviews worden steeds gevolgd door een referentie naar de bijhorende respondent.

3.1 Beschrijving steekproef

Er werden 21 vrouwen geïnterviewd: 10 vrouwen uit de praktijk van onderzoeker M en 11 vrouwen uit de praktijk van onderzoeker B. De vrouwen zijn tussen 20 en 37 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 29 jaar. Het merendeel is van Belgische afkomst, zes vrouwen zijn van Franse afkomst en één van Turkse afkomst. Het grootste deel (13 vrouwen) heeft als hoogste diploma een diploma van het middelbaar onderwijs. De moedertaal is Nederlands of Frans, behalve bij de familie van Turkse afkomst. Vaak gaat

het om een eerste of tweede zwangerschap, met enkele uitzonderingen (achtste of tiende zwangerschap). De respondenten verklaren allemaal in goede gezondheid te verkeren en geen medische problemen te hebben of gehad te hebben tijdens hun zwangerschap.

De partners, allemaal van het mannelijk geslacht, hebben een gemiddelde leeftijd van 31 jaar. Er zijn 12 mannen van Belgische afkomst, zes van Franse afkomst, één van Turkse, één van Marokkaanse en één van Portugese afkomst (Tabel 3-5).

Tabel 3: Gegevens vrouwen

	Leeftijd	**Nationaliteit**	**Burgerlijke stand**	**Taal**	**Diploma**
B1	26	Frans	SW	Frans	3
B2	29	Belg	SW	Frans	3
B3	37	Frans	G	Frans	3
B4	20	Frans	SW	Frans	3
B5	27	Belg	SW	Frans	3
B6	27	Belg	SW	Frans	3
B7	29	Frans	G	Frans	3
B8	27	Belg	G	Frans	3
B9	32	Frans	G	Frans	3
B10	32	Belg	SW	Frans	2
B11	39	Belg	SW	Frans	2
M1	24	Belg	SW	Nedl	3
M2	33	Belg	G	Nedl	3
M3	29	Belg	G	Nedl	2
M4	32	Belg	G	Nedl	2
M5	27	Belg	G	Nedl	1
M6	25	Belg	G	Nedl	3

M7	31	Belg	SW	Nedl	1
M8	25	Belg	SW	Nedl	1
M9	33	Belg	SW	Nedl	1
M10	33	Turks	GW	Turks	3

Tabel 4: Gegevens partners

	Leeftijd	**Nationaliteit**	**Taal**	**Diploma**
B1	26	Portugees /Belg	Portugees/ Frans	3
B2	28	Frans	Frans	3
B3	37	Frans	Frans	3
B4	21	Frans	Frans	3
B5	26	Frans	Frans	3
B6	32	Frans	Frans	3
B7	36	Belg/Marokkaans	Frans/ Marokkaans	3
B8	29	Belg	Frans	2
B9	37	Frans	Frans	3
B10	36	Belg	Frans	2
B11	34	Belg	Frans	3
M1	30	Belg	Nedl	3
M2	33	Belg	Nedl	1
M3	30	Belg	Nedl	2
M4	33	Belg	Nedl	2
M5	34	Belg	Nedl	1/TSO
M6	28	Belg	Nedl	2

M7	34	Belg	Nedl/ Frans	3/ASO
M8	27	Belg	Nedl	1
M9	35	Belg	Nedl	3/TSO
M10	33	Nedl/Turks	Nedl/ Turks	3/ASO

*SW: samenwonend/ G: getrouwd
** 1. Hoger onderwijs: Master/licentiaat
2. Eerstegraads hoger onderwijs: Bachelor/kandidatuur
3. Middelbaar onderwijs: ASO-TSO-BSO

Tabel 5: Medische gegevens vrouwen

	Aantal zwangerschappen	Aantal kinderen	Nu zwanger	Voorafgaande abortus	Voorafgaand miskraam
B1	1	1	Neen	Neen	Neen
B2	1	1	Neen	Neen	Neen
B3	10	4	Neen	Neen	6
B4	3	1	Ja	Neen	1
B5	2	0	Ja	Ja	Neen
B6	2	2	Neen	Neen	Neen
B7	3	2	Neen	Neen	1
B8	1	0	Ja	Neen	Neen
B9	8	6	Neen	Neen	2
B10	3	1	Ja	Neen	1 mors in utero
B11	3	1	Ja	Ja	Neen
M1	1	1	Neen	Neen	Neen
M2	2	1	Neen	Neen	1
M3	1	1	Neen	Neen	Neen
M4	2	2	Neen	Neen	Neen

M5	1	1	Neen	Neen	Neen
M6	1	1	Neen	Neen	Neen
M7	2	2	Neen	Neen	Neen
M8	1	1	Neen	Neen	Neen
M9	2	2	Neen	Neen	Neen
M10	3	2	Ja	Neen	Neen

3.2 Huidige opvolging.

20 vrouwen worden uitsluitend opgevolgd door de gynaecoloog. Eén vrouw wordt afwisselend opgevolgd door de gynaecoloog en de huisarts, gebaseerd op het schema van de aanbeveling van Domus Medica. Het overgrote merendeel heeft dus gekozen voor een opvolging die enkel door de gynaecoloog gebeurt.

3.3 Kennis en verwachtingen van de vrouwen in verband met de zwangerschapsopvolging

3.3.1 Kennis in verband met zwangerschapsopvolging

Tijdens elk interview werd nagegaan of de respondent wist dat er een afwisselende opvolging bestaat tussen huisarts en gynaecoloog in verband met de zwangerschapsopvolging. Hiervan waren twaalf vrouwen op de hoogte. Acht vrouwen wisten niet dat de zwangerschap gedeeltelijk bij de huisarts opgevolgd kan worden.

Bij alle vrouwen die op de hoogte waren, werd ook nagegaan door wie of wat ze hiervan op de hoogte werden gesteld. Het merendeel van de ondervraagde vrouwen vertelden dat ze vóór hun zwangerschap niet op de hoogte waren, maar dat dit werd aangeboden door hun huisarts bij een eerste consultatie (meestal in het kader van vaststelling van de zwangerschap).

I: Wist u voordien al dat huisartsen ook zwangerschappen begeleiden?

R: Nee, dat wist ik niet. Het was toen ik zwanger was voor de eerste keer, dat de. huisarts zei dat ik elke maand mocht komen als je wil. Ik wist het toen omdat ik zwanger was, maar ervoor wist ik het niet (B7).

Twee vrouwen vertellen ook dat de gynaecoloog de afwisselende zwangerschapsopvolging had aangeboden.

Euh ze hebben mij da eigenlijk den eerste keer gewoon voorgesteld int ziekenhuis, zo van 'kijk, wilt ge dan doen?' En ik denk dak da dan wel aan de huisarts gevraagd heb en da ze zei van 'ja ok, voor mij geen probleem, ik doe da als huisarts'. Want er zijn naar 't schijnt huisartsen die da niet doen zwangerschapsbegeleiding. En euh, ja ik vond da eigenlijk heel praktisch, en vandaar… En da is altijd heel vlot gegaan (M4).

3.3.2 Verwachtingen van de vrouwen

Vrouwen benoemen verschillende zaken als belangrijk tijdens de zwangerschapsopvolging.
De analyse van de verkregen data levert ons categorieën over wat vrouwen verwachten van een zwangerschapsopvolging. Deze categorieën worden onderverdeeld in verschillende factoren: factoren die verband houden met de infrastructuur, arts-gebonden factoren en organisatorische factoren. In dit onderdeel wordt geen onderscheid gemaakt tussen de opvolging bij de gynaecoloog of bij de huisarts.

De factoren die door de vrouwen het meest aangehaald worden, zijn de factoren die verband houden met de infrastructuur: alle soorten technische onderzoeken zoals echografie, Doppler en klinisch onderzoek.
De arts-gebonden factoren zijn factoren die afhankelijk zijn van de behandelende arts. Die factoren omvatten de arts-patiënt relatie, het geslacht van de arts en de mate waarin de opvolging specialistisch is. De organisatorische factoren zijn factoren die te maken met hoe een arts zijn consultaties en praktijk organiseert: de toegankelijkheid, de bereikbaarheid en de tijd die wordt vrijgemaakt in een consultatie.

3.3.2.1 Infrastructuur

Alle respondenten halen aan dat ze een echografie zeer belangrijk vinden tijdens de opvolging. Het merendeel haalt aan dat ze **elke maand** een echografie verwachten. Slechts drie echografieën tijdens de zwangerschap (zoals voorgesteld in de aanbeveling van Domus Medica) vinden ze te weinig. Verschillende redenen worden aangehaald voor het belang van een maandelijkse echografie. Geruststelling omtrent de gezondheid van het kindje komt daarbij het meest naar voor. De gezondheid van de baby heeft voor alle toekomstige moeders de hoogste prioriteit en voor de respondenten is een echografie de beste en gemakkelijkste manier om geruststelling te krijgen over de gezondheid van de baby. Met een echografie is het immers mogelijk om maandelijks het hartje te horen kloppen, de evolutie van het kindje te zien en deze optimaal te kunnen opvolgen. Hierdoor zien de vrouwen het kindje als het ware groeien.

> *Ik denk dat ge echt maar 100% gerust zijt als ze een echo doen. Zonder een echo kunt gij (huisarts) niets controleren. Ge kunt wel voelen, denk ik, maar zonder een echo zou ik mij niet op mijn gemak voelen (M9).*

Met een echografie is het ook mogelijk om te screenen naar eventuele afwijkingen. Daarbij geven de respondenten duidelijk aan dat ze een maandelijkse echografie beter vinden dan een echografie om de drie maanden. De respondenten denken dat men bij een maandelijkse echografie een afwijking sneller kan zien en men dus indien nodig sneller kan ingrijpen. Vrouwen verwachten dus maandelijks een echografie ter geruststelling. Aangezien een echografie steeds bij de gynaecoloog gebeurt, verwachten vrouwen dus een maandelijkse consultatie bij de gynaecoloog.

> *Ja, als ge iedere keer die echografieën hebt, dan ziet ge ook de vooruitgang of eventueel ja, bijvoorbeeld voor, ja, zij keek ook altijd voor een hazenlipje of de ruggengraat of… En die kon dat dan op elk stadium zien (M7).*

> *Als er maar een echo gebeurt om de 3 maanden, kan het te laat zijn voor een interventie als er iets fout is met het kindje. Je weet aan wat je je kunt verwachten (B3).*

Voor mij is een echografie super belangrijk. Slechts drie in de zwangerschap, dat zou ik echt niet aankunnen (B10)!

Een deel van de respondenten geeft aan dat een echografie ook gewoon 'leuk' is. Vrouwen krijgen een foto van de baby mee naar huis, of ze kunnen op een 3D-echo het gezichtje goed zien. Een echografie heeft voor de beide ouders ook een emotionele waarde. Zo kan niet alleen de vrouw, maar ook de partner een band creëren met het kind. Vrouwen geven aan dat ze het belangrijk vinden dat de partner betrokken wordt bij de zwangerschap, en zien een echografie als een methode waarmee dit bereikt kan worden.

We kunnen ook elke keer de foto's laten op cd'tje zetten, en binnen een paar maand is een speciale 3D echo, dat is sjiek (B5).

En zeker dan ook voor de man, want ja die voelt dan niets, en dan hebt ge nog die fotootjes nog die ge kunt tonen van ' kijk ja'. Of ge hoort dan als we dan samengaan, dan hoort ge het hartje kloppen enzo (*M7*).

De echografieën vinden de meeste respondenten duur, maar wegens alle bovenstaand genoemde redenen, vinden de vrouwen de prijs geen belet voor een maandelijkse echo. De prijs weegt niet op tegen de geruststelling die ze in de plaats krijgen.

De terugbetaalde echo's kosten je 35 euro, deze die niet terugbetaald zijn kosten 65 euro. Maar dat maakt me niets uit. Het belangrijkste is dat ik gerustgesteld ben: het hartje zien kloppen, kijken of hij goed gegroeid is,… (B3)

3.3.2.2 Arts-gebonden factoren

Alle respondenten vinden het belangrijk dat ze specialistisch opgevolgd worden, dus dat de opvolging deels of volledig gebeurt door een gynaecoloog. De respondenten hebben veel vertrouwen in een specialist, omdat hij volgens hen specifieke kennis en ervaring heeft met betrekking tot een zwangerschapsopvolging. Daaronder vallen ook

de reeds aangehaalde echografieën, die vrouwen belangrijk vinden omwille van de geruststelling. Een aantal vrouwen halen ook aan dat ze voor de opvolging een gynaecoloog verkiezen, omdat deze de bevalling kan doen. Voor deze vrouwen is het belangrijk dat zowel de opvolging als de bevalling gebeurt door dezelfde arts. Een bijkomend voordeel is dat de gynaecoloog de werking kent van het ziekenhuis waarin ze zullen bevallen.

> *Ik ben eerst naar de gynaecoloog geweest omdat hij erin gespecialiseerd is, in alles wat gynaecologie is en zwangerschappen. Men heeft graag iemand die alles in detail kent over zwangerschappen (B1).*

> *Het is wel zo dat de gynaecoloog meer bevoegd is voor zwangerschappen. Als je schoenen nodig hebt, ga je toch ook naar een schoenenwinkel, en niet naar een kleerwinkel, ook al is het hetzelfde domein (B2).*

Wat veel vrouwen ook belangrijk vinden is een **goede arts-patiënt relatie**. Hierbij kijkt men zowel naar de relatie met de gynaecoloog, als naar de relatie met de huisarts. Vrouwen vinden het belangrijk tijdens de zwangerschapsopvolging dat ze een goed gevoel hebben en op hun gemak zijn bij de arts die hen begeleidt. Ze willen een arts die naar hen luistert. Maar ook het vertrouwen in de behandelende arts halen ze aan als belangrijk. De respondenten willen een persoonlijke, niet-afstandelijke opvolging.

> *En dat is belangrijk, dat je je goed voelt bij de arts, je op je gemak voelen om te praten en vragen te stellen* (*B10*).

> *...en da ze u een goed gevoel geeft. Want ge moet daar toch elke maand in niet altijd zo aangename posities liggen en als ge dan niet op uw gemak zijt bij de gynaecoloog of als er geen vertrouwen is, dan is toch ook niet… dus ja da zijn zo wat de belangrijkste dingen* (*M5*).

Wat ook bij een paar respondenten naar boven kwam, is dat sommige vrouwen liefst een vrouwelijke arts hebben voor hun opvolging. Enkele vrouwen voelen zich meer op hun gemak bij een vrouwelijke arts en ze vinden het gemakkelijker om vragen te stellen.

Ze zijn van mening dat vrouwelijke artsen, die zelf al zwanger zijn geweest, hen beter begrijpen. Twee respondenten vinden een vrouwelijke arts noodzakelijk omwille van religieuze/culturele redenen.

> *Goh, soms heb je zo'n kleine vraagjes, ik heb soms een beetje pijn in mijn buik, ik heb mijn eerste kindje met een keizersnede gehad, dus ik weet niet wat contracties zijn. Ik vraag dat dan aan de gynaecoloog en die zegt dat dat normaal is, maar het is een man, ik ben dan niet overtuigd. Dus die kleine dingen vraag ik liever aan de huisarts, dat is een vrouw en heeft ook al zwangerschappen gehad. Het is een nood om er raad over te krijgen van een vrouw (B10).*

> *Mmmja, maar ik zou dan niet het onderscheid maken tussen huisarts en gynaecoloog, maar wel tussen man en vrouw.... omdat ik altijd zoiets heb van: een man weet dat niet. Een man heeft dat nooit gevoeld, hij kan da wel gelezen hebben in de boekskes, maar hij heeft dat nooit niet gevoeld en hij heeft dat nooit niet meegemaakt, dan zou ik daar het onderscheid in maken. Dus een huisarts die nog geen kinderen heeft, daar zou ik het ook iets moeilijker mee hebben (M7).*

> *Ja, het moet een vrouwelijke arts zijn. Bij ons in de cultuur is dat wel zo (M10).*

3.3.2.3 Organisatorische factoren

Hiertoe behoren alle determinanten die te maken hebben met de manier waarop een artsenpraktijk georganiseerd is. Voor de vrouwen is vooral de toegankelijkheid/bereikbaarheid van de arts belangrijk, alsook de tijd die besteed wordt tijdens een consultatie en de continuïteit van de zorg.

Zes vrouwen vertellen dat de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de behandelende arts een belangrijke rol speelt. Allemaal zijn ze erover eens dat een gynaecoloog niet zo vlot te bereiken is. Een huisarts daarentegen is meestal vlotter en gemakkelijker te bereiken. Ook kunnen er gemakkelijker afspraken worden gemaakt bij de huisarts. Een toekomstige moeder zit vaak met veel vragen en ongerustheid omtrent de

zwangerschap en als er dan een probleem opduikt, willen de vrouwen graag snel gerust gesteld worden. Daarom is de bereikbaarheid van hun hulpverlener zeer belangrijk.

> *Euhm, ja eigenlijk wel, een huisarts is toegankelijker als een gynaecoloog he. Als ge een gynaecoloog soms belt in het begin of midden van de zwangerschap denk k da ze u, tenzij dat echt erg is dan nemen ze u er wel tussen, maar als ge denkt ik wil toch ne keer iets extra vragen of op controle, ge geraakt daar niet zo gemakkelijk binnen. Zelfs voor een gewone controle als ge niet zwanger zijt, moet ge maanden op voorhand bellen, terwijl bij een huisarts ja, kunt ge eigenlijk gewoon in de week, oftewel op afspraak, oftewel op vrije consultatie gaan, dan kunt ge wel uw vragen stellen als er iets is (M5).*

Een belangrijk deel van de respondenten vertelt ook dat de laagdrempeligheid belangrijk is. Vaak zitten de zwangere vrouwen met veel vragen, maar durven ze niet altijd alles te vragen en willen ze terecht kunnen bij een zorgverlener voor al hun vragen en bezorgdheden.

> *De gynaecoloog heeft ook zeer goed geluisterd. Ik denk dat dit dokters zijn die een heel druk leven hebben, en toch heeft hij veel tijd genomen om mij alles uit te leggen. En dit vind ik heel belangrijk (B10).*

Daarbij aansluitend haalt het grootste deel van de respondenten aan dat de behandelende arts voldoende tijd moet kunnen maken voor haar. Daarmee wordt bedoeld dat er tijd is om te luisteren naar de respondent, om vragen te beantwoorden, om uitleg te geven en om te polsen naar de persoonlijke beleving. Sommige vrouwen ondervinden dat er bij de gynaecoloog soms minder tijd vrij is voor zaken zoals persoonlijke beleving en het stellen van vragen. Nochtans is goede en duidelijke informatie zeer belangrijk voor de vrouwen, dus verwachten ze ook dat er voldoende tijd wordt vrijgemaakt hiervoor. Hier speelt ook de ongerustheid een grote rol. De vrouwen willen gerustgesteld worden, zeker omdat vandaag de dag heel wat informatie, al dan niet accuraat, te vinden is op het internet. Zo is er zeker nood aan correcte informatie.

Het enige wat ik daar spijtig aan vind, ale kweet niet of dat eigen is aan bij de gynaecoloog gaan, maar dat het soms wel wat bandwerk is. Eigenlijk is er heel weinig tijd. Ge moet al uw vragen opschrijven. Ge moet ze al stellen terwijl ze nog bezig, want anders word je al buiten gewerkt, wat wel logisch is, want er staan er nog veel anderen te wachten. Dat vond ik soms wat minder (*M8*).

Wanneer gepeild wordt naar het belang van continuïteit van zorg, zijn de meningen verdeeld. Enkele respondenten vinden het belangrijk dat ze gevolgd worden door één behandelende arts, dus de gynaecoloog. Continuïteit zorgt ervoor dat de respondenten de behandelende arts leren kennen en dat creëert vertrouwen. Het contact met die ene gynaecoloog wordt persoonlijk. Ook hier halen enkele respondenten aan dat ze het belangrijk vinden dat het die ene gynaecoloog is, die hun bevalling doet, zoals reeds aangehaald. Een andere reden die aangehaald werd, is dat sommige vrouwen niet graag hun verhaal twee keer vertellen.

I: Is het voor u belangrijk dat het steeds dezelfde arts is?
R: Euh ja eigenlijk wel. Nu bij den huisarts maakte mij da nu eigenlijk niet uit dat da gij ne keer was of de andere huisarts, maar bij den gynaecoloog zou k da wel erg vinden. Als k da hoor in sommige ziekenhuizen dan dienen assistent dan den dienen, da vind ik op den duur een soep. Dan is vertrouwen wel weg (M4).

I: Dat het steeds dezelfde arts is, dan vind je dus ook belangrijk.
R: Ja, ja dat ge ook geen twee keer aan iedereen uw verhaal moet doen, ale dat ik niet bijvoorbeeld voor de officiële echografieën bij haar ging en dan de rest bij de huisarts, en dat ge dan op den duur alles dubbel moet vertellen, dat vind ik ook wel anders vervelend. Ja dan weten ze van elkaar… (M7).

3.3.2.4 Communicatie

Uit de interviews komt verschillende keren naar boven dat vrouwen een goede communicatie cruciaal vinden.

Een goede communicatie is volgens de respondenten een voorwaarde opdat een opvolging zou kunnen slagen. Enerzijds leidt een goede communicatie tot een goede arts-patiënt relatie, zoals reeds besproken bij arts-gebonden factoren. Anderzijds is goede communicatie ook nodig voor het verstrekken van voldoende informatie, welke, zoals reeds aangehaald, zeer belangrijk is voor de geruststelling van de patiënten.

> *Ik vind informatie wel belangrijk, zeker omdat, tis nu het eerste kindje da we hebben en dan is eigenlijk alles nieuw he. En ge weet niet goed, ale hebt ge ne keer buikpijn, voelt u niet goed, ge staat bij alles wel wat langer stil. En ik ben dan iemand die op internet ook veel gaat opzoeken en soms slaat uw fantasie dan wel wat op hol. Ik zal waarschijnlijk wel dingen gevraagd hebben die niet relevant waren of zo, maar ik vind da ze daar dan wel op moeten antwoorden (M5).*

Ook het belang van de communicatie tussen artsen onderling wordt aangehaald. Dit tussen huisarts en gynaecoloog, maar ook tussen verschillende gynaecologen onderling. Bij specifiek navragen naar een mogelijke afwisselende opvolging volgens de aanbeveling van Domus Medica, zijn enkele respondenten vooral bezorgd dat er belangrijke medische informatie verloren zou kunnen gaan bij de communicatie tussen de twee artsen onderling, en dat er zo eventueel fouten zouden kunnen gebeuren.

> *Er moet wel een goeie communicatie zijn tussen de gynaecoloog en de huisarts. Iets goeds is het schriftje waar de gynaecoloog telkens zijn bevindingen in schrijft. De gynaecoloog zou ook altijd een brief moeten schrijven naar de huisarts van de consultaties. Beiden moeten op de hoogte zijn van wat er gebeurt (B1).*

> *Wat ik wel nog belangrijk vind dan, is den doorstroom van info. Als ge ziek zijt geweest en ge gaat naar uwen huisarts en ge laat een bloedonderzoek doen, dat dan wordt doorgestuurd. Maar da blijkt dan niet gebeurd, en dan moet ge die papieren gaan ophalen. Dat zou wel optimaler moeten kunnen gebeuren (M8).*

Ook vinden sommige respondenten de praktische informatie belangrijk. Ze wensen op de hoogte te zijn van de werking van het ziekenhuis, het verloop van de bevalling, de pre- en postnatale kinesitherapie en dergelijke.

Ze mochten ook wel een beetje meer uitleg gegeven hebben in verband met wat je allemaal kunt doen van kine en massage enzo voor en na de bevalling (B2).

3.4 Persoonlijke kenmerken en hun invloed op de attitude

Sommige respondenten vertellen tijdens de interviews dat voorafgaande zwangerschappen de huidige zwangerschap kan beïnvloeden wat betreft de zwangerschapsbegeleiding. Hierbij hebben de respondenten het over hun beleving. Ze geven aan dat ze bij een tweede zwangerschap iets minder ongerust zijn, omdat ze al weten wat ze kunnen verwachten.

Ja bij een eerste zijt ge veel meer ongerust. En bij een tweede, ja dan zijt ge al meer op uw gemak. Ge weet wel meer ale ja. Ge voelt het wel als er iets is. Ale ge zijt ook ongerust he bij een tweede, maar niet zo in die mate gelijk bij een eerste (M9).

Vrouwen die één zwangerschap achter de rug hebben, denken dat ze tijdens de tweede zwangerschap minder ongerust zullen zijn.

We zijn eigenlijk aan het proberen om terug zwanger te geraken nu, en ik denk wel dat ge u misschien minder vlug zorgen maakt, da denk k wel. Want ja bij een eerste is dat allemaal nieuw en zo overweldigend en zo 'woeh' en bij het minste dat ge voelt denkt ge van 'oei oei' en ja, da zal misschien bij een tweede beter zijn. Ja ik denk wel dat da anders zal zijn (M3).

Vrouwen met een miskraam of een mors in utero in de voorgeschiedenis, halen aan dat ze meer gespecialiseerde zorg verwachten, omdat ze ongerust zijn om het kindje nog eens te verliezen. Deze vrouwen zeggen dat ze nood hebben aan een maandelijkse controle, of zelf vaker, met een echografie, maar ook halen ze aan dat ze geruststelling nodig hebben door te praten en vragen te stellen aan gynaecoloog en/huisarts.

Ik ging naar de gynaecoloog, omdat ik een miskraam gedaan had het jaar ervoor, ik had de hele tijd schrik om het te verliezen. Ik was gerustgesteld met de echografieën, daar kun je het kindje op zien (B7).

I: Waarom heeft u ervoor gekozen om naar uw gynaecoloog te gaan voor uw zwangerschapsbegeleiding?
R: Omdat, wel het is een specialist… Omdat ik al zoveel heb meegemaakt, vond ik dat het nodig was om door een specialist gevolgd te worden… Wanneer ik bij hem kwam, zat ik een beetje in een kleine depressie na mijn mors in utero, ik voelde mij echt niet goed. Ik had het echt nodig om gerustgesteld te worden tijdens mijn tweede zwangerschap. Ik werd ook echt gerustgesteld bij de huisarts. (B10)

3.5 Motivatie van de keuze voor gynaecoloog volgens de respondenten

Bij de respondenten werden twee aspecten bevraagd die peilen naar hun keuze voor de gynaecoloog. Ten eerste werd gevraagd wie of wat hun keuze voor hun specifieke gynaecoloog heeft bepaald. Ten tweede werden hun ervaringen bij hun huidige/recente zwangerschapsbegeleiding bij de gynaecoloog nagegaan, omdat kan verondersteld worden dat deze ervaringen hun motivatie om (opnieuw) naar de gynaecoloog te gaan zal beïnvloeden.

Wanneer aan de vrouwen werd gevraagd naar hun motivatie om te kiezen voor een specifieke gynaecoloog, werden drie factoren aangehaald. De meeste respondenten geven als belangrijkste reden aan, dat ze doorverwezen werden door de huisarts. Verder heeft ook de sociale omgeving (familie, vrienden, kennis, collega's en eventuele sociale media) een belangrijke invloed op hun keuze voor zwangerschapsbegeleiding bij de gynaecoloog.

Euh ja ik heb dat zo beslist. Ja het moment dat ge zwanger zijt, ale dat hier dan ook bevestigd was, dan had de huisarts sowieso gezegd van ja raadpleegt best al eens een gynaecoloog he, om eens een eerste echo te doen enzo (M3.

De gynaecoloog omdat ik een vriendin heb, zelf twee, die bij hem gaan. Ik kom van Frankrijk, dus moest ik veranderen van gynaecoloog. Zij hadden mij hem aangeraden, dus ik ben naar hem gegaan (B1).

Ten slotte geven veel vrouwen als verklaring dat ze reeds patiënte waren bij de gynaecoloog.

Mijn moeder en mijn zussen gaan naar die gynaecoloog, ik ga al van in het begin naar hem voor mijn gynaecologisch onderzoek, uitstrijkjes en zo. Ik vertrouw hem en kan goed met hem spreken. Hij legt alles ook goed uit. Hij kent mij al lang, dus het was een logische stap om naar hem te gaan voor mijn zwangerschapsopvolging (B8).

Vervolgens is dieper ingegaan op de verschillende redenen waarom ze gekozen hebben voor de gynaecoloog in verband met zwangerschapsbegeleiding. Een belangrijk aspect dat hierbij naar voor kwam, was wederom "geruststelling". Hierbij ziet men dus een overlap met de verwachtingen van vrouwen in verband met zwangerschapsopvolging.

De keuze van de vrouw voor de gynaecoloog wordt toegeschreven aan de volgende drie factoren: de beschikbare infrastructuur, maatschappelijke factoren en arts-gebonden factoren.

3.5.1 Infrastructuur

Een eerste factor die zorgt voor de beslissing bij de respondenten is de infrastructuur beschikbaar in de praktijk van de gynaecoloog. Hieronder wordt alles gerekend dat betrekking heeft tot technische onderzoeken (echografie, labo enz.). Ook hier komt de echografie als belangrijkste naar boven. Echografie zorgt voor geruststelling bij het overgrote merendeel van de respondenten in verband met de evolutie en gezondheid van de baby, zoals eerder beschreven. Het is omwille van die geruststelling dat de respondenten de voorkeur geven aan een opvolging door een gynaecoloog.

Maar ik vond de gynaecoloog een veiligere keuze, in dien zin dat ze dan ook ne keer een echo doen. Ale dat er dan meer apparatuur voorhanden is om te gaan kijken, ja

is alles in orde met den baby, is alles in orde met u. Ale ja, daarom eigenlijk, omdat het voor het kind dan toch misschien beter kon opgevolgd worden (M3).

3.5.2 Maatschappelijke factoren

De beslissing van de vrouw om voor de volledige zwangerschapsopvolging naar een gynaecoloog te gaan, wordt ook maatschappelijk bepaald. Een maandelijkse controle bij de gynaecoloog is de norm geworden en vrouwen willen niet afwijken van die norm.
Het is een gewoonte in onze maatschappij en de vrouwen denken er niet verder over na. Vrouwen wensen dezelfde opvolging als de vrouwen in hun omgeving: familie, vrienden, collega's,… Ze vinden het 'logisch' dat er elke maand naar de gynaecoloog gegaan wordt.

Goh ik weet het niet, zoals iedereen zeker? Het is toch normaal dat je bij je zwangerschap naar de gynaecoloog gaat. Dat is logisch (B11).

3.5.3 Arts-gebonden factoren

Als derde factor bepalend voor hun keuze voor de gynaecoloog, gaat men verder in op arts-gebonden factoren.
Het is de voorkeur van de meeste respondenten om te genieten van een opvolging door een specialist. Daarbij komt voornamelijk naar boven dat de specifieke, specialistische kennis van de gynaecoloog belangrijk is. Ook hier is geruststelling de belangrijkste achterliggende reden voor hun keuze. Dit overlapt met de verwachtingen van de respondenten in verband met de opvolging. Daar is ook beschreven dat de opvolging door een gespecialiseerde arts belangrijk is voor de respondenten.

Het is wel zo dat de gynaecoloog meer bevoegd *is voor zwangerschappen. Als je schoenen nodig hebt, ga je toch ook naar een schoenenwinkel, en niet naar een kleerwinkel, ook al is het hetzelfde domein (B2).*

Ja dak nog altijd iets hebt, die mensen zijn der ook meer in gespecialiseerd, dus da ze misschien sommige dingen misschien rapper zullen opmerken of zien, dus ale ja. Das eigenlijk de voornaamste reden ook he (M5).

Ook hier is het feit dat de gynaecoloog de bevalling zal doen voor de respondenten een reden om voor de gynaecoloog te kiezen. Het is voor de vrouwen belangrijk om toch al een zekere relatie te hebben opgebouwd met de persoon die vermoedelijk de bevalling zal begeleiden.

> *Waarom hebt u ervoor gekozen om bij uw gynaecoloog én uw huisarts te gaan voor uw zwangerschapsbegeleiding? De gynaecoloog omdat die mijn bevalling zal doen (B5).*

Een zestal vrouwen geven aan dat ze elke maand naar de gynaecoloog gaan, omdat dit zo geregeld wordt bij elke consultatie. Een vervolgconsult wordt vastgelegd voor de volgende maand.

> *Awel, eigenlijk is dat de gynaecoloog die dat een stuk beslist heeft. Ale ja, zij werkt eigenlijk zo dat ze elke maand opvolgt… zij, ja, die geven dan data voor gans de 9 maanden eigenlijk direct, en dan euh ja, heb je dan eigenlijk voor elke maand je afspraak (M7).*

3.6 Positie en meerwaarde van de huisarts tijdens de zwangerschapsopvolging.

In dit onderdeel wordt specifiek gepeild naar de visie van de geïnterviewde vrouwen op de rol van de huisarts in de zwangerschapsopvolging. Enerzijds wordt nagegaan wanneer vrouwen tijdens hun opvolging op consultatie gaan bij de huisarts, anderzijds wordt nagegaan hoe de huisarts een rol kan spelen in de zwangerschapsbegeleiding volgens de vrouwen.

3.6.1 Positie van de huisarts

Verschillende geïnterviewde vrouwen gaan tijdens hun zwangerschap ook naar de huisarts. De huisarts wordt geconsulteerd om verschillende redenen. De eerste reden is voornamelijk extra geruststelling omtrent de zwangerschap. Elke maand gaan de

respondenten op consultatie bij de gynaecoloog, sommige vrouwen verkiezen om tussenin nog eens naar de huisarts te gaan voor een extra geruststelling.
Verschillende vrouwen halen ook meerdere keren aan dat geruststelling zeer belangrijk is, en dat daar de huisarts wél een belangrijke rol speelt/kan spelen. Dit is mogelijk door gewoon te luisteren naar de bezorgdheden en vragen van de vrouw, maar ook door bepaalde technische onderzoeken te doen, zoals luisteren naar de hartslag van de baby met een Doppler.

> *Als ik ongerust ben, weet ik dat er een mogelijkheid is om naar de huisarts te gaan, om eventueel eens naar het hartje van de baby te luisteren en om te praten. Het is geruststellend voor een zwangere vrouw om het hartje van de baby te horen en te horen dat het goed klopt (B10).*

Ook voor andere problemen consulteren de vrouwen de huisarts tijdens de zwangerschap. Meestal gaat het dan om ziekte of een probleem bij de zwangere vrouw zelf, dit is niet rechtstreeks gerelateerd met de zwangerschap. De respondenten geven aan dat ze dan snel bij de huisarts terecht kunnen voor een behandeling of geruststelling.

> *Euh, als er bijkomende problemen waren… Want ge had genoeg controles, alle, bij de gynaecoloog. Dus eigenlijk wast alleen maar als ge u ziek voelde of zo, alle apart nog he. Niet echt voor de zwangerschap (M1).*

Een paar vrouwen halen aan dat ze naar de huisarts gaan voor de bloedonderzoeken. De vaststelling van de zwangerschap gebeurt meestal bij de huisarts via labo- en/of urine-onderzoek. Daarna gebeuren bij sommige zwangere vrouwen de tussentijdse labo-onderzoeken ook bij de huisarts.

> *Bent u ervan op de hoogte dat ook huisartsen zwangerschappen mee opvolgen?*
> *Ja, dat weet ik. Voor de bloednames mag ik bij de huisarts gaan (B3).*

Bij sommige vrouwen stelt de gynaecoloog niet voor om de bloedafnames te laten doen bij de huisarts. Een vrouw vermeldt dat ze voor haar vorige zwangerschappen naar de huisarts kwam voor de bloedafnames, maar dit nu niet meer doet. De gynaecoloog vraagt om de bloedafnames direct in het ziekenhuis te laten uitvoeren. Dit vindt deze vrouw spijtig, want daardoor wordt de huisarts minder betrokken bij de zwangerschap.

> *Voor mijn eerste kindje kwam ik sowieso elke maand bij de huisarts voor mijn bloedname. Nu hebben we minder contact. Ze vragen in het ziekenhuis dat daar de bloednames gebeuren. Dat vind ik jammer…ik vind het nu een gemis dat ik niet elke maand naar de huisarts moet gaan voor een bloedname. Ik vind het belangrijk dat de huisarts ook de zwangerschap mee opvolgt. Dat ze op de hoogte is en om het contact met de huisarts te behouden (B10).*

3.6.2 Meerwaarde van de huisarts

Aan elk van de respondenten werd gevraagd of zij van mening is dat de huisarts een meerwaarde kan betekenen voor zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap. De data die men via analyse verkreeg, worden ook hier onderverdeeld in drie factoren: organisatorische factoren, arts-gebonden factoren en factoren die te maken hebben met de infrastructuur.

3.6.2.1 Organisatorische factoren

Een belangrijke meerwaarde die de huisarts kan bieden binnen de zwangerschapsopvolging volgens de respondenten is de toegankelijkheid, de bereikbaarheid en de laagdrempeligheid. Als de vrouwen met een vraag of een probleem zitten, zullen ze gemakkelijker beroep doen op de huisarts. De huisarts is snel bereikbaar en meestal kunnen de vrouwen diezelfde dag nog op consultatie komen. Ook de laagdrempeligheid wordt door de vrouwen gezien als een voordeel. Er bestaat reeds een vertrouwensband met de huisarts, dus de vrouwen kunnen daar ook terecht voor al hun vragen. Ook bij de ene vrouw die afwisselend werd opgevolgd door de huisarts en gynaecoloog, was de bereikbaarheid een belangrijke factor om toch te kiezen voor die soort opvolging.

Het valt de respondenten ook op dat een huisarts meer tijd vrij kan maken voor hen. Zo is het voor de zwangere vrouw mogelijk om de persoonlijke beleving, ongerustheden en bijkomende vragen te bespreken met de huisarts.

> *Het is zo dat bij een gynaecoloog je lang moet wachten, zelf als het een urgentie is. Bij de huisarts kun je direct gaan, wat zeer gemakkelijk is, vooral omdat het in mijn straat is. Ik mocht direct gaan, hij nam me tussen twee patiënten indien nodig, ik moest niet lang wachten (B1).*

> *Ja, ik had het weer in mijn hoofd gestoken dat ik misschien een buitenbaarmoederlijke zwangerschap had, dus dan ben k wel, ja dan moet het rap gaan he, dan bel k de huisarts. Dan had k wel zoiets van ja, ik durf nu niet naar de gynaecoloog bellen om te zeggen ' ik denk dat ik een buitenbaarmoederlijke zwangerschap heb', want die ga mijn voor zot verklaren. En dan had ik zoiets van ja kom, bij de huisarts, we kennen zo toch al redelijk wat jaren, dan ga k toch liever ne keer bij haar en als het erg is, zal ze mij wel doorverwijzen (M5).*

> *…maar als ik nood had om te praten, ging ik liever naar de huisarts. Zij luistert, ze neemt de tijd om te luisteren, ik ga liever naar haar (B7).*

3.6.2.2 Arts-gebonden factoren

Een tweede aspect dat werd aangehaald door veel respondenten is de arts-patiënt relatie. Het feit dat de meeste vrouwen hun huisarts al een tijd kennen en ondertussen een vertrouwensband met de huisarts hebben opgebouwd, wordt aangegeven als een duidelijke meerwaarde ten opzichte van de gynaecoloog. Daarbij wordt zowel het vertrouwen in de huisarts als het langdurig contact aangehaald.

> *Tenslotte zij kennen u wel beter als een gynaecoloog he. Ale ze kennen u toch persoonlijk ook he. Ale ge gaat er meer bij als bij ne gynaecoloog he. Als ge niet zwanger zijt, is dat ene keer op een jaar, ale daarmee hebt ge geen relatie he. Met uwen huisarts wel he, want ja ge gaat er jaren bij. Als ge niet te veel ziek zijt, ziet ge elkaar ook niet teveel, maar ja met een gezin gaat ge sowieso veel he (M9).*

Daarentegen bij de huisarts, zij vraagt altijd hoe het met mij gaat, hoe het met mijn ander zoontje gaat en met mijn man… Zij vraagt alles. Zij kent heel goed ons gezin. Ze slaagt er altijd in om mij gerust te stellen en te kalmeren (B7).

Een paar vrouwen halen ook aan dat ze het belangrijk vinden dat de huisarts ook interesse toont en genoeg weet heeft van zwangerschapsopvolgingen. Dit leidt er namelijk toe dat de vrouwen meer vertrouwen hebben in de huisarts omtrent de zwangerschapsopvolging.

Mijn huisarts had geen interesse in het opvolgen van de zwangerschap. Bij jullie voel ik dat er meer interesse is. Jullie hebben een doppler, jullie voelen aan mijn buik… Jullie informeren mij over CMV bijvoorbeeld en geven mij veel uitleg (B8).

3.6.2.3 Infrastructuur

Ook de mogelijkheid dat de huisarts bepaalde technische onderzoeken kan doen, is belangrijk voor de respondenten. De aanwezigheid van een Doppler en dus de mogelijkheid om ook naar het hartje te luisteren, is een extra bij de huisarts, wat erg wordt geapprecieerd door sommige respondenten. Het is een extra manier om gerustgesteld te worden.

Als ik ongerust ben, weet ik dat er een mogelijkheid is om naar de huisarts te gaan, om eventueel eens naar het hartje van de baby te luisteren en om te praten. Het is geruststellend voor een zwangere vrouw om het hartje van de baby te horen en te horen dat het goed klopt (B10).

Het feit dat jullie nu dat Doppler-toestelleke hebben, dat was den eersten keer niet, da vin k wel tof da ge dat dan ook hebt bij die controle (M4).

3.2.4.3 Tekorten bij de huisarts

Er werd vervolgens nagevraagd bij de respondenten wat zij als mogelijke nadelen en/of tekorten zien tijdens de zwangerschapsopvolging bij de huisarts. Enerzijds wordt de

afwezigheid van een echografie-toestel als een nadeel gezien door de respondenten. De echografie is, zoals reeds beschreven bij de verwachtingen van de vrouwen, voor hen een belangrijk onderdeel van de zwangerschapsopvolging, vooral omdat de vrouwen aangeven dat de echografie hun de meeste geruststelling kan geven omtrent de gezondheid van de foetus.

> *Heeft de huisarts u aangeboden om de zwangerschap op te volgen? Ja, hij had dat aangeboden, maar ik verkies de gynaecoloog. Ik kom tijdens de zwangerschap als ik ziek ben bij de huisarts, maar niet voor mijn zwangerschapsopvolging. Bij de huisarts gebeuren er geen echo's (B4).*

De andere reden die vrouwen als een mogelijk nadeel of tekort zien, is het ontbreken van specialistische kennis omtrent zwangerschap. Vrouwen willen vooral gerustgesteld worden tijdens de zwangerschap en verschillende respondenten geven aan dat ze meer gerustgesteld kunnen worden door een arts die daarin gespecialiseerd is, omdat hij meer zwangere vrouwen ziet en dus meer ervaring heeft in zwangerschapsbegeleiding.

> *Ik denk dat ik wel meer vertrouwen zou hebben in de gynaecoloog, want ja da zijn specialisten he. Die doet alle dagen niet anders. Een huisarts zou dat ook wel kunnen, maar ik denk wel dat ze daar dan wel mee bezig moeten zijn en niet zo 1 of 2 op een jaar of zo, dat vind ik dan te weinig (M9).*

4 DISCUSSIE

In dit kwalitatief onderzoek werd er door middel van interviews geprobeerd om een antwoord te vinden op volgende twee onderzoeksvragen: '*Wat is de kennis en attitude van vrouwen in verband met zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk?' 'Wat verwachten vrouwen van een zwangerschapsbegeleiding?*' In onze steekproef van 21 vrouwen werd slechts één vrouw afwisselend door de gynaecoloog en huisarts begeleid volgens de aanbeveling van Domus Medica. De meeste vrouwen waren nochtans op de hoogte dat er een afwisselende opvolging bestaat. Desondanks kozen 20 vrouwen voor een opvolging enkel door de gynaecoloog. Om te kunnen achterhalen waarom zoveel vrouwen de voorkeur geven aan een opvolging enkel bij de gynaecoloog, hebben we verschillende factoren proberen achterhalen die vrouwen belangrijk vinden tijdens de zwangerschapsopvolging.

4.1 Bespreking resultaten

Uit de interviews kunnen we afleiden dat vrouwen verschillende factoren belangrijk vinden tijdens de zwangerschapsopvolging.

De infrastructuur beschikbaar in de praktijk speelt een grote rol, met als belangrijkste de echografie. Vrouwen verwachten maandelijks een echografie, zodat op die manier de zwangerschap opgevolgd kan worden. Aangezien de echografie enkel bij de gynaecoloog mogelijk is, verkiezen de vrouwen om die reden vaak een opvolging enkel bij de gynaecoloog. De achterliggende reden is bij elke vrouw de geruststelling omtrent de gezondheid van het ongeboren kind. Dit is in overeenstemming met een studie van Hildingsson (7). Niet alleen bij de gynaecoloog, maar ook bij de huisarts, speelt de infrastructuur een rol. De aanwezigheid van een Doppler is belangrijk voor de vrouwen en het kan een reden zijn om naar de huisarts te gaan. Met de Doppler kan men ook naar het hartje van de baby luisteren, en zijn de vrouwen sneller gerustgesteld. De afwezigheid van een echografie wordt dan ook gezien als een nadeel van de huisarts door de zwangere vrouwen. Onder infrastructuur bij de huisarts vallen ook de bloedafnames en urine- onderzoeken. Dit is belangrijk voor een huisarts, omdat hij zo betrokken blijft bij de opvolging van de zwangerschap. Maar er wordt opgemerkt dat de

bloedafnames vaak worden georganiseerd in het ziekenhuis, waardoor de huisarts voor deze reden minder geconsulteerd wordt.

De arts-patiënt relatie komt ook veel naar voor tijdens de interviews. Daarbij is het vooral van belang dat de behandelende arts de vrouwen geruststelt en dat de arts hen op hun gemak stelt. Dit houdt in: empathie, oprechte bezorgdheid en emotionele steun (8). De vrouwen willen een persoonlijk contact opbouwen met de behandelende arts en verwachten continuïteit van zorg, maar ook continuïteit van zorgverlener. Veel vrouwen geven aan dat ze opgevolgd willen worden door één arts, met name de gynaecoloog, omdat ze een band willen opbouwen met de arts die ook hun bevalling zal doen. Maar ze verwachten ook een continuïteit van zorg. Vrouwen verwachten, zoals beschreven door Hildingsson dat de artsen hen (her)kennen bij een volgende consultatie en dat de behandelende artsen op de hoogte zijn van wat er tijdens de vorige consultaties besproken is (9). Sommige respondenten vrezen dat er bij opvolging door verschillende artsen bepaalde medische informatie verloren zou kunnen gaan bij de communicatie tussen de artsen onderling.
Davey et al beschreven in hun onderzoek naar continuïteit in prenatale zorg dat vrouwen niet per se steeds dezelfde arts willen zien, maar dat vooral de tijd die gespendeerd wordt tijdens de consultatie belangrijk is (12). Op vlak van continuïteit komt dit niet naar boven in ons onderzoek, wel geven de respondenten aan dat ze het zeer belangrijk vinden dat er voldoende tijd wordt vrijgemaakt voor hen. Respondenten willen voldoende tijd tijdens een consultatie voor persoonlijke beleving, om vragen te stellen en om duidelijke en correcte informatie te krijgen. Uit de interviews blijkt dat de huisartsen er, volgens de respondenten, in slagen om meer tijd vrij te maken voor hen. Bij de gynaecologen is dat vaak niet het geval en vrouwen vinden dit een gemis tijdens hun zwangerschap. Op dit vlak kan de huisarts duidelijk een meerwaarde betekenen voor de toekomstige moeders in hun zwangerschapsbegeleiding.

De persoonlijke obstetrische voorgeschiedenis van de vrouwen heeft ook een invloed op de verwachtingen van de vrouwen in betrekking tot de zwangerschapsopvolging. Vrouwen met een miskraam of mors in utero in de voorgeschiedenis, zijn meer ongerust en verwachten dan ook dat ze frequenter worden opgevolgd (7). Respondenten met dergelijke voorgeschiedenis gaan sneller kiezen voor een specialistische opvolging,

omdat ze van mening zijn dat een specialist aandoeningen sneller gaat diagnosticeren en behandelen.
Multipara geven aan dat ze bij een eerste zwangerschap meer ongerust waren en ook meer vragen hadden, waardoor ze de voorkeur lijken te geven aan een opvolging door de gynaecoloog. Bij een volgende zwangerschap zijn ze meer gerust en weten ze al wat ze kunnen verwachten, dan is er iets minder nood aan geruststelling. Toch stellen we vast dat ook deze vrouwen kiezen voor een maandelijkse echografie bij de gynaecoloog.

Wat de vrouwen van de huisarts verwachten verschilt wel onderling. Sommige vrouwen hebben de voorkeur om enkel opgevolgd te worden door de gynaecoloog, andere zien wel een duidelijke meerwaarde in de huisarts. Wat vrouwen verwachten van een huisarts in een zwangerschapsopvolging komt overeen met de bevindingen in de studie van Smith. Volgens hem is een huisarts iemand van de eerstelijnszorg waarmee ze een persoonlijke relatie hebben, iemand die zich bezighoudt met de mentale en fysieke gezondheid van mensen binnen de context van hun familie en iemand die begrijpbare, continue, gecoördineerde en toegankelijke zorg toedient (18). De toegankelijkheid en bereikbaarheid van een huisarts wordt door de respondenten gezien als een belangrijke meerwaarde van een huisarts, net zoals de persoonlijke relatie die de vrouwen hebben met de huisarts. Er is een lage drempel om bij de huisarts te gaan, waardoor vrouwen gemakkelijker vragen stellen of om extra informatie vragen.

De vrouwen die enkel werden opgevolgd door de gynaecoloog, consulteerden tijdens de zwangerschap wel de huisarts en dit omwille verschillende redenen. De voornaamste reden was voor extra geruststelling omtrent de zwangerschap en dit werd bekomen door Doppler onderzoek, informatie geven en tijd maken voor persoonlijke beleving. Een tweede reden waarom de vrouwen de huisarts consulteerden, was als er een extra probleem was, zoals ziekte van de vrouw zelf. Ook voor bijkomende onderzoeken, zoals bloedafnames, werd de huisarts geconsulteerd.

Er zijn verschillende zaken die een verklaring kunnen geven waarom vrouwen weerstand bieden ten opzichte van de aanbeveling van Domus Medica. Eerst en vooral zien ze bepaalde nadelen bij een afwisselende opvolging door huisarts en gynaecoloog. Het belangrijkste nadeel lijkt het aantal echografieën. Bij een afwisselende opvolging

volgens het schema van Domus Medica, zou de toekomstige moeder slechts drie echografieën krijgen, één per trimester. Alle respondenten behalve één, gaven duidelijk aan dat ze drie echografieën te weinig vinden. Ze vinden een maandelijkse echografie nodig om gerustgesteld te worden omtrent de gezondheid van de baby. Een tweede reden is dat sommige vrouwen bezorgd zijn dat informatie verloren zou gaan bij de communicatie tussen de verschillende behandelende artsen. Zo kunnen er eventueel fouten gebeuren, of bepaalde onderzoeken dubbel gebeuren. Ook vertellen vrouwen niet graag tweemaal hun verhaal.
De resultaten moeten gezien worden in het kader van het fenomeen beschreven als 'what is, must be best', dit wil zeggen dat vrouwen de neiging hebben om de voorkeur te geven aan opties die voor hen bekend zijn (7,13). Het is een gewoonte in onze maatschappij om maandelijks bij de gynaecoloog te gaan voor de opvolging van hun zwangerschap. Ook geven sommige gynaecologen vrouwen tijdens elke consultatie een vervolgconsult. Bij de meeste vrouwen gebeuren ook de labo-onderzoeken in het ziekenhuis en wordt er niet voorgesteld om deze bij de huisarts te laten uitvoeren. Hierdoor verliest de huisarts de mogelijkheid om betrokken te zijn bij de zwangerschap.

Er zijn verschillende voorwaarden die aanwezig moeten zijn voor een geslaagde afwisselende opvolging. Ten eerste moet de huisarts over voldoende interesse en kennis beschikken over zwangerschapsopvolging. Ook de nodige infrastructuur moet aanwezig zijn, vooral het Doppler- toestel is hierbij belangrijk.
Ten tweede moet de vrouw voldoende op de hoogte gebracht worden dat een afwisselende opvolging mogelijk is. Nu worden de vrouwen vaak op de hoogte gesteld bij de vaststelling van de zwangerschap, maar misschien is het efficiënter om vrouwen reeds vroeger warm te maken voor een afwisselende opvolging. Want ook hier geld het fenomeen 'what is, must be best', (7,13). Dus zouden vrouwen vroeger in contact moeten komen met de mogelijkheid van afwisselende opvolging, zodat ze aan het idee kunnen wennen. Daarbij moet ook duidelijk gemaakt worden welke functies de huisarts opneemt tijdens de zwangerschapsopvolging. Dit houdt volgens Smith in dat een huisarts informatie geeft, verwijst indien nodig, tijd maakt om ongerustheden te bespreken en ook advies geeft postnataal (18).

Dit kan bijvoorbeeld reeds ter sprake komen bij een gynaecologische consultatie, zoals een uitstrijkje. Bij de vaststelling van de zwangerschap door de huisarts, kunnen eventueel vervolgconsulten gepland worden voor bloedafnames en dergelijke.

4.2 Beperkingen en sterktes van dit onderzoek

Door middel van interviews werd geprobeerd om een zo breed mogelijk zicht te krijgen op de onderliggende determinanten die een rol spelen bij de verwachtingen van vrouwen in de zwangerschapsopvolging.

Het betreft hier een kwalitatief onderzoek. Het was de bedoeling om zoveel mogelijk factoren te verzamelen, zodat een duidelijk beeld kan gevormd over de verwachtingen van de vrouwen tijdens de zwangerschapsopvolging. Bij dit soort onderzoek kunnen geen hypotheses bewezen worden, maar kunnen wel een aantal hypotheses gegenereerd worden, die dan als basis kunnen dienen voor verder onderzoek (16).

Alle 21 interviews werden door de twee onderzoekers volledig afzonderlijk geanalyseerd en gecodeerd door middel van het programma NVivo. Daarna werden interviews nog eens geanalyseerd door een onafhankelijke derde onderzoeker.

Er zijn een aantal beperkingen aan ons onderzoek waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten benaderd worden.

De twee interviewers werken in de huisartspraktijken waar de respondenten ook patiënt zijn. Er werd steeds duidelijk gemaakt dat er geen verplichting was om deel te nemen aan het onderzoek, en dat de keuze om al of niet deel te nemen geen invloed zal hebben op de toekomstige arts-patiënt relatie. De respondenten werden aangemoedigd om steeds zo eerlijk mogelijk te antwoorden tijdens de interviews en er werd benadrukt dat alle interviews anoniem verwerkt werden. Toch kan er niet uitgesloten worden dat de antwoorden van de respondenten onbewust beïnvloed werden door de aanwezigheid van de interviewer, het zogenaamde interviewer effect (22).

Er werden 21 interviews afgenomen tot een gevoel van data-saturatie werd bereikt. Toch kan het zijn dat er bij grotere studies extra informatie naar boven zou komen.

De variatie is voldoende aanwezig op vlak van sociale klasse. Er was een goede mix tussen lage en middenklasse. Onvoldoende variatie was er op vlak van cultureel-religieus vlak. Er waren slechts twee vrouwen die niet van Belgische origine waren. Bij onderzoek met een grotere variatie op cultureel-religieus vlak kunnen er nieuwe factoren naar boven komen, omdat vrouwen van een andere origine misschien andere verwachtingen hebben bij een zwangerschapsopvolging.

4.3 Implicaties voor verder onderzoek

In dit onderzoek werden de verwachtingen van de vrouwen nagegaan, maar het is nog niet geweten hoe de huisartsen staan ten opzichte van de aanbeveling van Domus Medica en hoe de huisartsen hun rol zien in een zwangerschapsopvolging.
Verder onderzoek is ook nodig om na te gaan wat het standpunt is van de gynaecologen ten opzichte van een afwisselende opvolging.

Dit onderzoek kan gevolgd worden door een uitgebreide kwantitatief onderzoek om een zicht te krijgen op het relatieve belang van de verschillende determinanten.

4.4 Implicaties voor de praktijk

Om een afwisselende zwangerschapsopvolging mogelijk te maken kunnen er op verschillende niveau's aanpassingen gebeuren.

Op praktijkniveau:

- Verduidelijk aan de patiënten dat je als huisarts geïnteresseerd bent om een zwangerschap op te volgen. Het is van belang om toekomstige moeders te informeren dat een zwangerschap gedeeltelijk kan opgevolgd worden bij de huisarts. Daarbij wordt best ook de juiste taakomschrijving van de huisarts uitgelegd. Idealiter gebeurt dit nog vóór de vrouw zwanger is. Dit kan aan bod komen in een consultatie met betrekking tot pilvoorschrift of gynaecologische aandoeningen. Maar daarnaast kan ook gebruik gemaakt worden van affiches, folders of op de website van de praktijk.

- Aanschaffen van noodzakelijke infrastructuur, meer specifiek een Doppler.

Op lokaal niveau:

- Het is van belang dat er een goed contact is met de gynaecologen uit nabijgelegen ziekenhuizen. Zo kan er op tijd overlegd en/of doorverwezen worden.
- Ook is het belangrijk dat er afspraken gemaakt worden de gynaecologen uit de buurt omtrent een afwisselende opvolging. Er moet een goede manier van communicatie bestaan. Een voorbeeld kan zijn een formulier dat gezamenlijk door huisarts en gynaecoloog opgesteld is en dat door de patiënt bij elke consultatie meegebracht wordt. Zo kan er duidelijk gecommuniceerd worden over medische zaken tussen de behandelende artsen.

5 BESLUIT

Uit de data verkregen aan de hand van ons kwalitatief onderzoek konden we een overzicht opmaken van de verschillende aspecten die belangrijk zijn voor vrouwen tijdens de zwangerschapsopvolging.

Algemeen kan men zeggen dat alle vrouwen geruststelling omtrent de zwangerschap, en dan vooral over de gezondheid van het kindje, als zeer belangrijk beschouwen. Geruststelling kan op verschillende manieren bekomen worden, met als belangrijkste de echografie bij de gynaecoloog. De andere manieren zijn een persoonlijke opvolging, een doppler-toestel bij de huisarts en voldoende tijd voor vragen en informatie. Alles waardoor geruststelling kan bekomen worden, wordt als belangrijk bestempeld door de vrouwen en daar moet dus rekening mee gehouden worden tijdens de zwangerschapsopvolging.

De meerderheid van de vrouwen wil een opvolging enkel door de gynaecoloog en zien de huisarts als iemand die voornamelijk extra geruststelling kan geven. De belangrijkste reden waarom ze een weerstand lijken te hebben tegen een afwisselende opvolging, is het aantal echografieën. Aangezien echografie door de vrouwen wordt beschouwd als dé manier om de gezondheid van het kind te controleren, is het voor deze vrouwen zeer belangrijk om maandelijks een echografie te krijgen en dus op consultatie te gaan bij de gynaecoloog. Bijkomend moet men in gedachte houden dat vrouwen de neiging hebben om de voorkeur te geven aan een soort opvolging dat voor hen bekend is.

We zien dat de belangrijkste factoren, van toepassing op de huisartspraktijk, de volgende zijn: de persoonlijke arts-patiënt relatie, de toegankelijkheid/beschikbaarheid, de tijd dat een huisarts kan vrijmaken voor geruststelling en het geven van informatie. De aanwezigheid van een Doppler-toestel bij de huisarts wordt gezien als een meerwaarde door de vrouwen.
Op praktijkniveau is het belangrijk dat er tijdig gecommuniceerd wordt met de toekomstige zwangere vrouwen, zodat ze op de hoogte zijn dat er een mogelijkheid bestaat tot afwisselende opvolging en dat de vrouwen op de hoogte zijn welke taken door de huisarts kunnen opgenomen worden tijdens die opvolging.

6 REFERENTIES

1. Website Nationaal Instituut voor de Statistiek van de Belgische Federale Overheid: statbel.fgov.be
2. Studiedienst van de Vlaamse regering. Beschikbaar via: http://www4.vlaanderen.be/sites/svr/Cijfers/Pages/Excel.aspx
3. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaek N, Jacqmeyn Y, Temmerman M, De Smedt C. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Huisarts Nu 2006; 35(5): 261-298.
4. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1973 Winter;51(1):95-124.
5. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth 2009 May 9;9:18.
6. Van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: what is, must still be best. Birth 2003;30:75-82.
7. Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Women's expectation on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. Acta Obstet Gynecol Scand 2002 Feb;81(2):118-25.
8. Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. J Midwifery Womens Health 2009 May-Jun;54(3):226-37.
9. Bowers BB. Mother's expericiences of labour support: exploration of the qualitative research. J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs 2002 Nov-Dec;31(6):742-52.
10. Hildingsson I, Rådestad I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. J Adv Nurs 2005 Nov;52(3):239-49.
11. Fraser DM. Women's perception of midwifery care: a longitudinal study to shape curriculum development. Birth 1999 Jun;26(2):99-107.
12. Davey MA, Brown S, Bruinsma F. What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women? Birth 2005 Dec;32(4):262-71.
13. Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA. Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. Midwifery 2000 Sep;16(3):186-96.
14. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD000934.
15. Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. BMJ 1996 Mar 2;312(7030):546-53.

16. Douglas S, Cervin C, Bower KN. What women expect of family physicians as maternity care providers. Can Fam Physician 2007 May;53(5):874-9.
17. Smith LF. Views of pregnant women on the involvement of general practitioners in maternity care. Br J Gen Pract 1996 Feb;46(403):101-4.
18. Smith LF. Should general practitioners have any role in maternity care in the future? Br J Gen Pract 1996 Apr;46(405):243-7.
19. Walsh D. An ethnographic study of women's experience of partnership: caseload midwifery practice the professional as a friend. Midwifery 1999 Sep;15(3):165-76.
20. Grbich C. Qualitative Research in Health: an introduction. Sage publications. 1999.
21. Crabtree B, Miller W. Doing Qualitative Research. Second Edition. Sage Publications. 1999.
22. Davis R, Couper M, Janz N, Caldwell C en Resnicow K. Interviewer effects in public health surveys. Health Educ.Res. 2010; 25(1):14-26.

7 BIJLAGEN

Add 1: Informatiebrief

Beste deelnemers,

Dr. Barbara Baert en Dr. Melanie Jacobs zijn beiden afgestudeerd als arts en werken nu als huisarts in opleiding in de praktijk waar u patiënt bent. In het kader van hun opleiding werken zij samen aan een masterproef met als onderwerp '***zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk'***.
Er is momenteel een duidelijke richtlijn van Domus Medica voor huisartsen over de zwangerschapsbegeleiding. Die richtlijn behandelt de normale zwangerschap tussen conceptie en 41 weken zwangerschap. In de richtlijn staat een duidelijk schema in verband met de opvolging, die afwisselend verloopt door de huisarts en de gynaecoloog. Daarbij wordt duidelijk beschreven welke zaken nagekeken moeten worden bij een welbepaalde zwangerschapsduur (zoals klinisch onderzoek, informatie die gegeven moet worden, eventueel labo-onderzoek en medicatie).
In hun onderzoek willen zij nagaan wat de ideeën en verwachtingen van zwangere vrouwen zijn over een gedeeltelijke zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk. Door middel van interviews willen zij te weten komen welke factoren een rol spelen bij de keuze tussen enerzijds een opvolging door een gynaecoloog of anderzijds een opvolging door een combinatie van een gynaecoloog/huisarts. Ook gaan zij na wat vrouwen belangrijk vinden tijdens een zwangerschapsopvolging.
Verdere informatie over het onderzoek:

- Tijdens het **interview** stellen zij enkel open vragen. U vertelt, zij luisteren enkel.
- Enkel u en de arts zullen bij het gesprek aanwezig zijn.
- Het gesprek zal opgenomen worden op tape. Alle gegevens worden **anoniem** verwerkt en zullen enkel gebruikt worden voor deze studie. In de uitgetypte tekst zal er geen verwijzing zijn naar uw identiteit. De tapes worden achteraf gewist.
- Voorafgaand aan het interview zal u gevraagd worden op een vragenlijst in te vullen met enkele administratieve gegevens (leeftijd, werk/opleiding, aantal kinderen,...)
- Het interview zelf zal ongeveer **30-60 min**. duren.
- Deelname aan dit onderzoek wordt **niet vergoed**.
- Deelname aan dit onderzoek is **niet verplicht**. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elke ogenblik terugtrekken uit studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Niet deelnemen zal op geen enkele wijze een invloed hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.
- Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Wij danken u alvast voor u medewerking!
Met vriendelijke groeten,
Dr. Erika Flo Dr. Walburga Galle
Dr. Barbara Baert Dr. Melanie Jacob

Mede in naam van Dr..Sara Willems, onze promotor

Add 2: Informed Consent

Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek: Zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk

NAAM PATIËNT:

1. Ik bevestig dat Dr.……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

7. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… **Handtekening……**
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…….. Handtekening……..
informerende arts

Add 3 Vragenlijst demografische gegevens

A/ Algemene achtergrond
Leeftijd:
Woonplaats:
Nationaliteit:
Geboorteland ouders:
Taal:
Burgelijke stand: getrouwd-samenwonend-alleenstaand *
Opleiding: Geen diploma
Lager onderwijs
Middelbaar onderwijs :ASO –BSO – TSO
Hoger onderwijs: bachelor of master*
Werksituatie: werkzoekend- huisvrouw – voltijds werken –deeltijds werken- student *
Beroep:

Indien u een partner heeft, gelieve de onderstaande vragen in te vullen over uw partner:
Man-vrouw*
Leeftijd:
Nationaliteit:
Geboorteland ouders:
Taal:
Opleiding: Geen diploma
Lager onderwijs
Middelbaar onderwijs :ASO –BSO – TSO
Hoger onderwijs: bachelor of master*

Werksituatie: werkzoekend-huisvrouw/huisman-voltijds werken-deeltijds werken - student*
Beroep:

B/Medische achtergrond

Aantal zwangerschappen:
Aantal kinderen:
Voorafgaande abortus-miskraam-ivf of andere?
Waren er problemen tijdens een vorige zwangerschap? Zo ja, welke?
Bent u op dit moment zwanger?
Heeft op u op dit moment of tijdens een vorige zwangerschap een belangrijke ziekte? Zo ja, specifieer.

**omcircelen wat correct is*

Add 4 Topiclijst: Leiddraad voor de interviews

Hoofdvragen:
1. Wie volgt/volgde je zwangerschap op?

2. Waarom hebt u er (niet) voor gekozen bij uw huisarts te gaan voor uw zwangerschapsbegeleiding?

Verdiepingsvragen:
1. Kunt u vertellen waarom u voor XXX koos om uw zwangerschap te begeleiden?
Via wie of wat (welke bron) bent u bij deze persoon terecht gekomen?
Hebben andere personen een rol gespeeld bij die beslissing?

2. Bent u ervan op de hoogte dat ook huisartsen zwangerschappen mee opvolgen?
Hoe weet je dat?
Door wie weet je dat?

3. Heeft de huisarts u aangeboden om de zwangerschap op te volgen? (Dit vraag ik niet als uw huisarts)

4. Wat liep er goed tijdens de zwangerschapsopvolging?

Wat heeft u gemist?

Wat vind u belangrijk tijdens een zwangerschapsopvolging?

U werd nu gevolgd door de gynaecoloog, denkt u dat de huisarts een meerwaarde zou kunnen bieden?

5. Naar wie zul je gaan voor een volgende zwangerschap?
Onderstaande lijst is een opsomming van mogelijke antwoorden die de vrouwen kunnen geven.

- Bereikbaarheid/beschikbaarheid: snelheid van een afspraak krijgen, wachttijden, mogelijkheid tot een huisbezoek
- Vertrouwen in de behandelde arts
- Financieel
- Vertrouwd fenomeen (iedereen gaat bij de gynaecoloog)
- Kwaliteit van zorg: vb. sneller technische onderzoeken, meer echo's,...
- Eigen ervaringen
- Ervaringen van omgeving (familie/vrienden/buren...)
- Rol van de partner: wie neemt beslissingen? Welke rol speelt de partner? Hoe betrokken is hij bij de zwangerschap
- Interesse van de huisarts

Onderstaande lijst is een opsomming van mogelijke antwoorden die de vrouwen kunnen geven.

- Steeds dezelfde arts (continuïteit)
- Informatie rond zwangerschap en bevalling
- Informatie/geruststelling over de gezondheid van het kindje
- Informatie/geruststelling over de gezondheid van uzelf/ Controle eigen gezondheid

- Voldoende technische onderzoeken (echo's)
- Voldoende tijd om antwoorden op al uw vragen te krijgen
- Tijd voor de gevoelens/emoties.
- Kennis van de arts omtrent de zwangerschapsopvolging
- Was er aandacht voor de partner? Is dit belangrijk voor je?
- Aantal consultaties? Te veel of te weinig?

Add 5 Afkortingen

ASB	Asymptomatische bacteriurie
B	Barbara Baert (interviewer)
GBS	Groep B-streptokokken
GMD	Globaal Medisch Dossier
HAIO	Huisarts-in-opleiding
Hb	Hemoglobine
Hct	Hematocriet
Hep C	Hepatitis C
HIV	Humaan Immunodeficiëntie Virus
I	Interviewer
Irr As	Irreguliere antistoffen
K&G	Kind en Gezin
M	Melanie Jacobs (interviewer)
R	Respondent
Rub IgG	Rubella IgG antilichamen
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
Toxo IgG	Toxoplasmose IgG antilichamen
Toxo IgM	Toxoplasmose IgM antilichamen
TPHA	Treponema Pallidum antistoffen (syfilis)
TSH	Thyroïdstimulerend hormoon

Add 6 Onderlinge taakverdeling

	Barbara	**Melanie**
Literatuur keuze gezondheidszorg		X
Literatuur determinanten zwangerschapsopvolging	X	X
Aanbeveling Domus Medica	X	
Onderzoeksmethodiek		X
Gegevensverzameling	X	X
Resultaten	X	X
Discussie	X	X