# Optimaliseren van zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk

Een prospectief kwalitatief onderzoek

Silke Peeters

Catherine Theuwis

Promotor: Prof. Dr. Paul Van Royen (UA)

Co-promotoren: Dr. Hilde van den Bergh
Dr. Mia Dujardin

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# ABSTRACT

**Context:** Ondanks het feit dat Vlaamse huisartsen jaarlijks gemiddeld 13 zwangere patiënten in hun praktijk hebben, ziet men een trend ontstaan waarbij meer en meer zwangerschappen uitsluitend in tweede lijn worden opgevolgd. De Vlaamse richtlijn van Domus Medica over zwangerschapsbegeleiding beschrijft daarentegen een duidelijke taakverdeling tussen de huisarts en de gynaecoloog. Hoewel zwangere vrouwen niet vaak opteren voor een gecombineerde follow-up, zijn we ervan overtuigd dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in zwangerschapsbegeleiding.

**Onderzoeksvraag:** Deze studie onderzoekt waarom zwangerschapsbegeleiding door de huisarts minder aantrekkelijk is geworden en hoe dit geoptimaliseerd kan worden. Dit gebeurt zowel vanuit patiënten- als huisartsenperspectief. Er wordt nagegaan welke verwachtingen patiënten hebben bij zwangerschapsbegeleiding, welke noden zij ervaren en wat de barrières zijn om de huisarts te contacteren. Er wordt eveneens onderzocht hoe huisartsen zwangerschapsbegeleiding implementeren, welke troeven deze begeleiding aantrekkelijker maken en hoe de samenwerking met de gynaecoloog verloopt. Het uiteindelijke doel is het formuleren van richtlijnen om zwangerschapsbegeleiding optimaal te kunnen implementeren in de huisartspraktijk.

**Methode:** Een tweeledig kwalitatief onderzoek vindt plaats. Er worden 9 diepte-interviews bij zwangere vrouwen of vrouwen die recent (< 6 maanden) zwanger waren en 7 diepte-interviews bij huisartsen afgenomen. Inhoudsanalyse en open codering van de interviews leidt tot 2 codeboeken. Deze codes worden in groepen geplaatst waartussen verbanden worden gezocht.

**Resultaten:** Patiënten vinden dat huisartsen onvoldoende kenbaar maken dat ze aan zwangerschapsbegeleiding doen. Huisartsen beseffen dit ook. Beide partijen stellen voor dat dit kan gebeuren via posters, flyers of via de website van de praktijk. De meeste patiënten beschouwen de huisarts als een vertrouwenspersoon die ook de psychosociale dimensie moet belichten. Huisartsen vinden deel uitmaken van zwangerschapsbegeleiding belangrijk voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De infrastructuur bij de huisarts is voor vele patiënten een minpunt. Vooral de rol van echografie in de geruststelling van de patiënte is van groot belang. Huisartsen vinden dat de hoge kostprijs, de noodzakelijke opleiding en de eventuele medicolegale problemen hier niet tegen opwegen. De meeste huisartsen vinden dat gynaecologen zwangere vrouwen naar zich toetrekken, omdat op voorhand vaak alle consulten vastgelegd worden. Huisartsen en gynaecologen hebben weinig contact met elkaar. De communicatie tussen beiden is een heikel punt, zowel voor huisartsen als patiënten. Huisartsen zien patiënten ook meer naar tweede lijn gaan, gezien ze geen of nog zeer weinig bevallingen doen. Vrouwen worden bovendien naar eigen zeggen beïnvloed door de maatschappij. Het is immers de gewoonte om voor gynaecologische zaken de gynaecoloog te consulteren. De helft van de patiënten vindt dat de kennis van de huisarts ondermaats is. Huisartsen vinden eveneens dat ze hierover meer moeten opgeleid en bijgeschoold worden. De wachtkring zou zich meer moeten mobiliseren en ook een campagne op nationaal niveau is wenselijk.

**Conclusies:** De meeste zwangere vrouwen weten niet dat ze ook bij hun huisarts terecht kunnen voor zwangerschapsbegeleiding. Huisartsen moeten dus meer kenbaar maken dat ze aan zwangerschapsopvolging doen. Echografie en doptone is voor de meeste vrouwen een zeer belangrijke bron voor geruststelling dus het is aangeraden dat huisartsen ten minste een doptone aanschaffen. Artsen moeten bovendien hun kennis voldoende bijschaven en de psychosociale dimensie in gedachte houden. Tot slot moet er gewerkt worden aan de samenwerking met de gynaecoloog, door het verbeteren van de communicatie en goede afspraken te maken.

**E-mail:** dr.peeters.silke@gmail.com; cat_theuwis@hotmail.com

**ICPC-code:** (W) Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling

# DANKWOORD

In de eerste plaats gaat onze dank uit naar onze promotor, Prof. Dr. Paul Van Royen. Gedurende dit hele project nam hij meermaals de tijd om ons feedback te geven en onze vragen te beantwoorden. Hij bood ons handboeken en praktische workshops over coderen aan om ons wegwijs te maken in de wereld van het kwalitatief onderzoek. Bedankt voor al de goede tips en ideeën als we even vast zaten en voor de immer positieve feedback!

Wij willen onze praktijkopleiders Dr. Geert Van Aerde, Dr. Hilde Van den Bergh, Dr. Gilbert Lambrechts en Dr. Mia Dujardin bedanken. Zij gaven ons tijd en steun om aan deze masterproef te werken en hielpen ons bij het selecteren van de respondenten.

Onze dank gaat uit naar de studente kinesitherapie Evelien Kox en de studentes geneeskunde Laura Timmerman en Lisa Billion aan de Universiteit Antwerpen om ons te helpen met het coderen van enkele interviews.

Een welgemeende dankuwel ook aan alle enthousiaste (zwangere) patiënten en huisartsen, die graag hun steentje wilden bijdragen aan ons project. Zonder hen kon er van deze masterproef geen sprake zijn!

Last but not least, bedankt lieve partners, familie en vrienden voor jullie onvoorwaardelijke steun en aanmoediging tijdens deze 2 jaar durende masterproef. "Achter elke succesvolle man, staat een sterke vrouw", zo klinkt het gezegde. Bij ons was het omgekeerd.

# TAAKVERDELING

Deze studie wilde zowel de huisarts als de (zwangere) patiënte aan het woord laten. Silke Peeters (SP) rekruteerde en interviewde de patiënten, terwijl Catherine Theuwis (CT) hetzelfde deed voor de huisartsen. Elke interviewer schreef de eigen interviews uit. De literatuur werd samen doorzocht en de introductie samen uitgeschreven. Elk interview werd door beiden gecodeerd en nadien overlegd. Dit zou tot een gedetailleerder codeboek leiden. SP maakte een visgraatdiagram van de resultaten van de patiënten-interviews. CT maakte er één van de interviews met de artsen. Na bespreking ontstond één gemeenschappelijke visgraatdiagram. SP schreef de resultaten van de interviews met de patiënten uit, CT deed hetzelfde voor de interviews met de huisartsen. Tot slot werden de discussie en het besluit samen geschreven. Hoewel elke onderzoeker dus duidelijk eigen taken had, werd er ook zeer veel overlegd. Zo werd kwaliteitscontrole bekomen.

| | **SP** | **CT** |
|---|---|---|
| *Literatuuronderzoek en introductie* | X | X |
| *Data-verzameling patiënten* | X | |
| *Data-verzameling huisartsen* | | X |
| *Codering en analyse alle interviews* | X | X |
| *Resultaten patiënten* | X | |
| *Resultaten huisartsen* | | X |
| *Discussie en besluit* | X | X |

# INHOUD


Abstract 2

Dankwoord 3

Taakverdeling 4

Inhoud 5

1. Introductie 7
   1.1 Zwangerschapsbegeleiding door de huisarts: een afnemende trend? 7
      1.1.1 Bevallingen door de huisarts 7
      1.1.2 Mannen versus vrouwen 7
      1.1.3 Het profiel van de zwangere patiënte 8
      1.1.4 Opleiding 8
   1.2 Organisatie van prenatale zorg 9
      1.2.1 Aantal zwangerschapsconsultaties 9
      1.2.2 De hulpverlener 10
      1.2.3 De inhoud 10
      1.2.4 Zwangerschapsbegeleiding in het buitenland 12
   1.3 Kwaliteitsvolle zorg door de ogen van de zwangere vrouw 12
      1.3.1 Informatienood 13
      1.3.2 De rol van de huisarts 13
      1.3.3 Continuïteit van zorgen 13
      1.3.4 Communicatie 14
      1.3.5 Gecombineerde follow-up? 14
      1.3.6 Echografie 14
   1.4 Samenwerking tussen verschillende disciplines 15
   1.5 Onderzoeksvraag 15

2. Materiaal en methoden 16
   2.1 Literatuurstudie 16
   2.2 Studie-design 16
      2.2.1 Studiepopulatie 17
      2.2.2 Dataverzameling 18
      2.2.3 Data-analyse 19
      2.2.4 Outcome 19
      2.2.5 Ethische aspecten 19

3. Resultaten 20
   3.1 Patiënten 20
      3.1.1 Beschrijving populatie 20
      3.1.2 Het verloop van zwangerschapsbegeleiding bekeken door de ogen van de zwangere vrouw 21
      3.1.3 Noden tijdens de zwangerschap 28
      3.1.4 Barrières om de huisarts te consulteren 39
      3.1.5 Suggesties voor de toekomst 41
   3.2 Artsen 44
      3.2.1 Beschrijving populatie 44
      3.2.2 Zwangerschapsbegeleiding als element in de huisartspraktijk 45

3.2.3 Implementatie van zwangerschapsbegeleiding door de huisarts 48
3.2.4 Samenwerking met de gynaecoloog 51
3.2.5 Aandachtspunten voor de toekomst 54

4. Discussie 59
4.1 Bespreking resultaten 59
4.1.1 Medewerkers 59
4.1.2 Materiaal 62
4.1.3 Methode 63
4.1.4 Omgeving 64
4.2 Vergelijking met de literatuur 65
4.2.1 Zwangerschapsbegeleiding door de huisarts: een afnemende trend? 65
4.2.2 Organisatie van de prenatale zorg 66
4.2.3 Kwaliteitsvolle zorg door de ogen van de zwangere vrouw 66
4.2.4 Samenwerking tussen de verschillende disciplines 66
4.2.5 Masterproef 'Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging' door Barbara Baert en Melanie Jacobs. 66
4.3 Implicaties voor de praktijk 67
4.3.1 Praktijkniveau 67
4.3.2 Lokaal niveau 67
4.4 Beperkingen en sterktes 68
4.5 Implicaties voor verder onderzoek 68

5. Conclusie 69

6. Referenties 70

7. Bijlagen 72
Bijlage 1: Informatieformulier voor proefpersonen (Patiënten) 72
Bijlage 2: Informatieformulier voor proefpersonen (Artsen) 73
Bijlage 3: Toestemmingsformulier voor proefpersonen (Patiënten) 74
Bijlage 4: Toestemmingsformulier voor proefpersonen (Artsen) 76
Bijlage 5: Topic-lijst 78
Bijlage 6: Interview (Patiënten) 79
Bijlage 7: Interview (Artsen) 81

# 1. INTRODUCTIE

## 1.1 Zwangerschapsbegeleiding door de huisarts: een afnemende trend?

Een Vlaamse huisarts heeft jaarlijks gemiddeld 13 zwangere vrouwen in zijn/haar praktijk (1). Omdat in België de trend bestaat dat steeds meer zwangerschappen in 2de lijn worden opgevolgd, zijn er minder huisartsen die zich met zwangerschapsbegeleiding bezig houden (1,2). Nochtans worden huisartsen nog vaak geraadpleegd voor de vaststelling van een zwangerschap, voor een miskraam en voor allerhande problemen tijdens de zwangerschap en in de kraambedperiode (1).

Ook in de Verenigde Staten merkte men een daling van het aantal zwangerschapsconsulten bij de huisarts reeds vanaf de jaren '80 op (3). Een recente studie toonde aan dat tijdens de periode van 1995 tot 2004 het aantal prenatale consulten bij de huisarts afnam van 11.6% naar 6.1% in de stedelijke gebieden en van 38.6% naar 12.9% in de landelijke gebieden (3).

De afname in het aantal zwangerschapsconsultaties bij de huisarts is één van de beweegredenen voor deze masterproef. Het is een trend die we in quasi alle geïndustrialiseerde landen zien.

### *1.1.1 Bevallingen door de huisarts*

De zwangerschapsbegeleiding zoals we ze nu kennen, verschilt op vele gebieden met hoe het vroeger was. Ook verloskunde maakte vroeger deel uit van de medische taken van de huisarts. Zo gebeurde in 1974 nog 28% van de bevallingen in Vlaanderen door de huisarts (2). Het was een manier om loyaliteit en vertrouwen van jonge families te winnen. Tegenwoordig gebeuren er veel minder thuisbevallingen. Er is minder interesse en afnemende expertise van huisartsen en toenemende technologie en druk van specialisten (1,4,5). De onvoorspelbare werkuren zijn vooral voor vrouwelijke huisartsen een reden om minder bevallingen te begeleiden (6). Andere argumenten van huisartsen zijn de medicolegale gevolgen en de wens van de patiënte (4,5).

Eind jaren '90 zag men reeds in Canada een daling van het aantal bevallingen door huisartsen (7). Evenveel mannelijke als vrouwelijke huisartsen voerden nog bevallingen uit (7), een verschuiving in vergelijking met enkele jaren eerder, waarbij mannelijke artsen meer bevallingen deden (6). De bevallingen werden, net als in ons land, overgenomen door gynaecologen (7). Het aantal huisartsen die bevallingen begeleidden, was eveneens streekgebonden. In stedelijke gebieden deden minder huisartsen bevallingen dan in landelijke gebieden, maar als ze er uitvoerden, deden ze er jaarlijks wel meer. Ook valt op dat het aantal bevallingen per jaar voor huisartsen daalt met de leeftijd (7).

### *1.1.2 Mannen versus vrouwen*

Een studie uit Ontario, Canada, bewees dat zwangerschapsbegeleiding een andere inkleuring krijgt indien zij door mannen, dan wel door vrouwen gebeurt (6). Hoewel vrouwelijke huisartsen minder vaak fulltime werken, zien zij toch meer zwangere patiënten dan hun mannelijke collega's (6). Vrouwelijke huisartsen halen vaak aan dat zwangerschapsbegeleiding veel voldoening geeft (8). Anderzijds doen mannelijke

huisartsen meer bevallingen (47.3% in vergelijking met 39% van de vrouwelijke huisartsen). De vrouwelijke huisartsen die toch nog bevallingen doen, doen er jaarlijks wel meer dan hun mannelijke collega's (6).

Hoewel de consultatieduur bij mannen en vrouwen ongeveer gelijk is, lijken vrouwen meer tijd te nemen voor preventieve geneeskunde, zoals uitstrijkjes en mammografieën, en het bespreken van familiale problemen, terwijl mannen meer tijd nemen voor de anamnese (8). Vrouwelijke artsen zijn meer geneigd prenatale screening voor het syndroom van Down, trisomie 18 en open neurale buisdefecten aan te bieden. Zij hebben hiervan ook een betere kennis (8).

### *1.1.3 Het profiel van de zwangere patiënte*

In België is het gebruik van prenatale zorg groot: slechts 0.5% van de zwangere vrouwen wordt niet opgevolgd tijdens hun zwangerschap (2). Socio-demografische en culturele factoren spelen een rol bij de soort opvolging die zwangere vrouwen genieten (2, 3). Zo wordt door sommigen een zwangerschap beschouwd als een fysiologisch proces dat geen excessieve medische zorgen behoeft (2). Vooral jonge vrouwen met een goede ziekteverzekering gaan nog naar de huisarts (2,3). Vrouwen met een jongere leeftijd, hogere pariteit, lagere socio-economische klasse of lager opleidingsniveau starten laat of niet met zwangerschapsopvolging en consulteren ook minder frequent een hulpverlener. Hetzelfde geldt voor allochtonen, ongehuwde of alleenstaande vrouwen, vrouwen die wonen in landelijke gebieden, of vrouwen die ongewenst zwanger zijn (2,9). De belangrijkste barrière om een arts te contacteren is dan ook omwille van financiële redenen (9). Vooral in de VS is dit een probleem. Bij 15% van de zwangere vrouwen dekt de ziekteverzekering de kosten van zwangerschapsbegeleiding niet (9). Een andere barrière zijn lange wachttijden om bij een arts terecht te kunnen. De wachttijd is één van de belangrijkste factoren die de tevredenheid van een zwangere vrouw bepalen. In Europa is de gemiddelde wachttijd in ziekenhuizen 5 weken (9). Een lange afstand tot de arts, mogelijke taalverschillen of culturele verschillen spelen eveneens een belangrijke rol (9).

In het Verenigd Koninkrijk werd in opdracht van het Ministerie van Gezondheid begin jaren '90 zwangerschapsbegeleiding onder de loep genomen. Zo ontstond het project 'Changing Childbirth', waarbij een toegankelijke zorg gepromoot wordt (5). De vrouw en haar kind moeten centraal staan en elke vrouw heeft haar eigen individuele noden waarmee rekening moet gehouden worden. Er moet niet enkel aandacht zijn voor de fysieke, maar ook voor de geestelijke gezondheid van de moeder. Zij moet zelf beslissingen kunnen maken in het gehele proces en moet dan ook voldoende geïnformeerd worden (5).

### *1.1.4 Opleiding*

Zorg voor zwangere vrouwen vereist specifieke kennis en vaardigheden (4). In de opleiding tot huisarts komt het aspect zwangerschapsbegeleiding weliswaar nauwelijks aan bod (10). Er wordt geconcentreerd op de zorg van het pathologische, terwijl meer aandacht moet besteed worden aan de normale, fysiologische zwangerschap (5). De opvolging van een zwangerschap is een onderdeel van de algemene zorg van een patiënt. Gezien de huisarts instaat voor deze zorg en de continuïteit na de zwangerschap moet bewaren, moet hij hiervan ook kennis hebben (5). Toch doet slechts 39% van de artsen 5 jaar na hun afstuderen nog aan zwangerschapsbegeleiding (8).

De opleiding van huisartsen betreffende zwangerschapsbegeleiding verschilt ook van land tot land. Meer dan 90% van de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk volgt een 6-maand durende stage op een obstetrische ziekenhuisdienst (5). Ook in de Verenigde Staten moeten huisartsen stage gynaecologie en obstetrie volgen gedurende 3 maanden tijdens hun residentiestage (11). Indien zij wensen zwangerschapsbegeleiding in de toekomst te doen, moeten zij dit uitbreiden (11).

In Canada bestaat er het Maternity and Newborn Care Committee van het CFPC (the College of Family Physicians of Canada), dat nauw samenwerkt met de Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Zij bieden gerenommeerde cursussen aan aan huisartsen om hun kennis over zwangerschapsbegeleiding bij te schaven (7).

## 1.2 Organisatie van prenatale zorg

De optimale organisatie van prenatale zorg was al onderwerp van menig onderzoek. Het aantal consultaties, de inhoud hiervan en de persoon die de consultatie voert wordt dan telkens onder de loep genomen. Naast het medisch optimaal handelen is echter ook van belang in welke mate de zwangere vrouw het verloop van haar zwangerschap als ideaal ervaart. Het aantal zwangerschapsconsultaties blijkt hier een belangrijke factor te zijn.

### *1.2.1 Aantal zwangerschapsconsultaties*

In het begin van de 20ste eeuw ontstond in de UK de basis van het prenatale zorgmodel. Met de vooruitgang van de technologie werden geleidelijk aan veranderingen aan het model geïntroduceerd. Ondertussen is er dan ook een grote variatie tussen het aanbevolen aantal raadplegingen voor zwangeren met een laag risico op complicaties. Dit varieert van 3 tot 4 in Zwitserland tot 14 in Finland, Noorwegen en de USA (12). Er lijkt nog geen eensgezindheid te bestaan over het optimale aantal zwangerschapsconsultaties: sommige richtlijnen raden maximaal 8 consultaties per zwangerschap aan (9), de KCE richtlijn daarentegen beveelt voor primipara en multipara respectievelijk 10 en 7 zwangerschapsconsultaties aan (13). Doch, in de praktijk zien we een gemiddelde van 14 raadplegingen per zwangerschap (14). In Frankrijk is het minimum aantal consultaties zelfs vastgelegd door de wet (9,15).

Voor al deze modellen bestaat echter weinig wetenschappelijke evidentie, wat betreft de frequentie van en het interval tussen de zwangerschapsconsultaties (12,16).

Onderzoek naar een reductie van het aantal zwangerschapsconsultaties bij zwangere vrouwen met een laag risico op complicaties leert dat indien men het aantal controles reduceert, de ontevredenheid stijgt. Sommige vrouwen vinden dat de tijdspanne tussen 2 consultaties in dat geval te groot is en kunnen dan het gevoel krijgen dat hun verwachtingen niet volledig vervuld worden (12,16,17). Hier dienen 2 opmerkingen gemaakt te worden. Ten eerste blijkt dat er in landen met hoge inkomsten geen invloed is op de maternele of perinatale uitkomst bij een reductie van het aantal zwangerschapsconsultaties (12,16). Dit is wel het geval in landen met lage of gemiddelde inkomsten, waar het aantal prenatale controles vaak al lager ligt. Indien men de controles hier nog verder reduceert, ziet men wel een toename van de perinatale mortaliteit (17). Ten tweede zijn vrouwen meestal tevreden over een zorgmodel dat bekend is voor hen. Het is mogelijk dat de tevredenheid toeneemt, indien een schema

met gereduceerd aantal zwangerschapsconsultaties de norm zou worden (17). Villar et al besluiten dat 4 zwangerschapsconsultaties per zwangerschap het minimum is (16).

In een RCT van 1996 (18) werd nagegaan welke patiënten wel of niet tevreden waren met minder zwangerschapsconsultaties. Vrouwen die tevreden waren met minder consultaties leefden vaak in gehuurde woningen en hadden vaak een zorgverlener die luisterde en aanmoedigde tot het stellen van vragen. Hieruit vloeide de stelling dat verbeterde kwaliteit kan compenseren voor kwantiteit. Vrouwen die niet tevreden waren met minder consultaties hadden ook meer kans op een depressie tijdens hun zwangerschap, werden tijdens hun zwangerschap vaak begeleid door een huisarts en hadden meer emotionele steun van vrienden en familie. Een mogelijke hypothese is dat door het spreken over zwangerschapsbegeleiding het traditionele schema de norm wordt, en dit a priori ook als aangenamer beschouwd wordt. Het is niet eenvoudig om deze 2 groepen te identificeren. Sara Clement et al besluiten daarom dat het belangrijk is te communiceren om zo de wensen van de zwangere te ontdekken. Ook is het belangrijk om sociale steun te voorzien bij depressieve vrouwen zodat zij zich niet alleen voelen met hun problemen. Artsen moeten luisteren en aanmoedigen om vragen te stellen. Het verbeteren van de psychosociale kwaliteit in de zorg kan leiden tot acceptatie van minder consultaties.

### *1.2.2 De hulpverlener*

Uit onderzoek blijkt dat zwangere vrouwen meer tevreden zijn indien zij een vroedvrouw of een huisarts consulteren voor zwangerschapsbegeleiding (16,19).

In vergelijkende studies vielen enkele dingen op. Allereerst was de continuïteit van zorgen beter, waren er minder afwezigheden, minder aanmeldingen in het ziekenhuis, en minder routinecontroles indien zwangerschapsbegeleiding gebeurde door de huisarts en/of de vroedvrouw (19). Vrouwen die begeleid werden door huisarts en vroedvrouw hechtten ook meer belang aan begeleiding door één en dezelfde persoon. Zij hadden vaak een betere relatie met de huisarts (19).

Vervolgens waren er bij patiënten die door de huisarts en/of de vroedvrouw opgevolgd werden minder gevallen van pre-eclampsie, zwangerschapshypertensie en foetale afwijkingen. Mogelijks is dit te verklaren door een lagere detectiegraad (12,18,19). Als gevolg waren er dan ook minder interventies, terwijl de zorg door gynaecologen gepaard gaat met meer episiotomies en sectio's (11). Hoe dan ook, de perinatale uitkomst in beide groepen bleef identiek (12,18,19). De zorg door de huisarts en/of de vroedvrouw bleek niet efficiënter te zijn dan opvolging door de gynaecoloog, doch wel kwalitatief vergelijkbaar (16). Routine consultaties bij de specialist hebben dus geen medisch voordeel voor de zwangere vrouw met een laag risico op complicaties (19).

### *1.2.3 De inhoud*

Er zijn tal van richtlijnen die bespreken wat de huisarts in een zwangerschapsconsultatie moet doen. Domus Medica bracht in juni 2006 een eerste versie van zijn richtlijn "Zwangerschapsbegeleiding" uit, waarna in 2008 een update verscheen. Een optimale zwangerschapsopvolging bij een normale zwangerschap omvat volgens hen een beperkt aantal doelgerichte controles (tabel 1) (1).

De Nederlandse richtlijn van NHG "Zwangerschap en kraamperiode" beschrijft de rol van de huisarts voornamelijk in het eerste trimester. Er wordt geen duidelijk schema voor

gecombineerde follow-up vermeld (20). Een verschil met de richtlijn van Domus Medica is het eerstetrimesterbloedonderzoek. De aanvraag hiervan is een taak van de gynaecoloog. Het omvat de bloedgroep, rhesusfactor, irreguliere antistoffen, hepatitis B, HIV en hemoglobine. Slechts op indicatie wordt gescreend op rubella, varicella, parvo B19, TSH, vrij T4 en nuchtere glucose. CMV wordt zelfs niet vermeld. Er wordt aangeraden 0.4 tot 0.5 mg foliumzuur per dag in te nemen, tot 10 weken amenorroeduur terwijl dit in de Vlaamse richtlijn tot 12 weken is.

De NICE-richtlijn "Antenatal care, routine care for the healthy pregnant woman" benadrukt een goede communicatie met de zwangere vrouw, gezien zij in staat moet zijn eigen beslissingen te kunnen maken, ook wat betreft het type follow-up. Betrokkenheid van een gynaecoloog in de opvolging van een ongecompliceerde zwangerschap zou de perinatale outcome immers niet veranderen (21). Er moet aandacht zijn voor het opsporen van psychische aandoeningen bij de moeder, zoals depressie, schizofrenie en bipolaire stoornissen. Dit komt in de richtlijn van Domus Medica niet uitgebreid aan bod (1,21).

| Weken | Rond 8 weken (6-10) Huisarts (± 2 consulten) | Rond 12 weken (11-14) Verloskundige | Rond 16 weken (15-17) Huisarts | Rond 20 weken (18-23) Verloskundige | Rond 24 weken (24-28) Huisarts | Rond 30 weken (29-33) Verloskundige | ≥ 32 weken (34-40) Huisarts/ verloskundige (1 x per 2 weken) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anamnese en info | Diagnose/beleving<br>• zorgplan<br>• actief risico's screenen<br>• informed consent prenatale diagnose | Beleving/klachten | Beleving/klachten | Beleving/klachten<br>• foetusbewegingen<br>• signalen vroegtijdige ontsluiting én<br>• klachten pre-eclampsie | Beleving/klachten<br>• foetusbewegingen<br>• signalen vroegtijdige ontsluiting én<br>• klachten pre-eclampsie | Beleving/klachten<br>• kindbewegingen<br>• signalen vroegtijdige ontsluiting én<br>• klachten pre-eclampsie<br><br>Infomoment prenatale oefeningen | Beleving/klachten<br>• kindbewegingen<br>• klachten pre-eclampsie<br><br>Info borstvoeding<br><br>Bespreking bevalling |
| Klinisch onderzoek | • Bloeddruk <140/90 mmHg<br>• Startgewicht (zie aanbeveling) | • Bloeddruk <140/90 mmHg<br>• Gewicht<br>• Harttonen | • Bloeddruk: <140/90 mmHg<br>• Gewicht<br>• Harttonen<br>• Fundushoogte | • Bloeddruk: <140/90 mmHg<br>• Gewicht<br>• Harttonen<br>• Fundushoogte | • Bloeddruk: <140/90 mmHg<br>• Gewicht<br>• Harttonen<br>• Fundushoogte | • Bloeddruk: <140/90 mmHg<br>• Gewicht<br>• Harttonen<br>• Fundushoogte | • Bloeddruk: <140/90 mmHg<br>• Gewicht<br>• Harttonen<br>• Fundushoogte<br>• Ligging |
| Echo | | Echo 1: vaginaal | | Echo 2: abdominaal | | Echo 3: abdominaal | |
| Labo | Hb, Hcrt, bloedgroep/Rh, indirecte Coombs, toxo IgG+IgM, rubella IgG, hiv, TPHA en TPPA, HbsAg<br><br>Aanbod prenatale screening | Prenatale screening: bèta-HCG en PaPP-A | Urinecultuur (asymptomatische bacteriurie) | | Hb, Hcrt, indirecte Coombs, glucosebelasting 50 g | | GBS-screening d.m.v rectovaginale kweek: ts 35 en 37 weken via twee wissers (1-2 cm zijwand vagina + 1 cm in aars ronddraaien) |
| Medicatie | Foliumzuur 0,4 mg per dag | Foliumzuur 0,4 mg per dag | | | Anti D (Rh) op 28 weken bij Rh neg. | | |

Tabel 1: Schema zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk (Domus Medica)

### *1.2.4 Zwangerschapsbegeleiding in het buitenland*

Het aantal zwangere vrouwen die zwangerschapsbegeleiding krijgen is niet enkel hoog in geïndustrialiseerde landen, maar ook in ontwikkelingslanden. In Botswana en Zimbabwe

worden zelfs percentages van meer dan 90% beschreven. In Ethiopië, Somalië, Soedan en Marokko ligt dit percentage daarentegen onder 25% (9). Alle Europese landen, behalve Griekenland en Portugal, rapporteren percentages boven 90% (9).

Terwijl in België, Duitsland en Luxemburg het grootste deel van de verloskundige zorg in het ziekenhuis geconcentreerd is, kent Frankrijk en het Verenigd koninkrijk een meer gedeelde begeleiding (9). 50% van de zwangere vrouwen in het Verenigd Koninkrijk wordt zelfs enkel door een vroedvrouw begeleid (22).

In Nederland ligt de nadruk op de normale fysiologische zwangerschap. 31% van de bevallingen gebeuren dan ook thuis (23). Nederland heeft een van de laagste perinatale mortaliteitscijfers (9.6/1000) ondanks weinig technologische interventies en het lage aantal keizersneden (23). Zowel de pre- als postnatale zorg is grotendeels in de handen van huisartsen en vroedvrouwen. Net als in Denemarken krijgen vroedvrouwen een grote verantwoordelijkheid en zelfstandigheid (23). Zij mogen onder andere medicatie voorschrijven en hechten. Tijdens de eerste 2 weken postpartum controleert de vroedvrouw het kind praktisch dagelijks (23). Enkele dagen na de thuisbevalling zal ook de huisarts het kind grondig onderzoeken (23). Nederlandse vrouwen zullen steeds de huisarts contacteren ter confirmatie van de zwangerschap, zeker bij een eerste zwangerschap. Bij een volgende zwangerschap kunnen zij hiervoor bij de vroedvrouw terecht. Vervolgens worden de patiënten op regelmatige basis opgevolgd door de huisarts of de vroedvrouw (23). Indien er medische problemen zijn, dient de patiënte zich aan te bieden bij de huisarts, die zo nodig verwijst naar de 2$^{de}$ lijn. Zonder deze verwijzing kunnen patiënten niet bij de 2$^{de}$ lijn terecht (22). Dit staat in contrast met het liberaal gezondheidssysteem in België, dat toelaat dat patiënten meteen een specialist raadplegen. Dit geldt zeker voor de "1$^{ste}$ lijnsspecialisten" zoals gynaecologen en pediaters (2). Ook in Nederland ziet men een afname van het aantal huisartsen die bevallingen doen, omdat de thuisbevallingen meer en meer door vroedvrouwen worden gedaan (23).

## 1.3 Kwaliteitsvolle zorg door de ogen van de zwangere vrouw

Als huisarts willen we kwaliteit van zorg bieden. Hieronder verstaan we competente medische zorg, zodat moeder en baby de beste uitkomst hebben. Zorgverlening die zowel hulpverlener als patiënte voldoening geeft (24).

Maar wat vinden zwangere vrouwen belangrijk? Zoals eerder al vermeld, hangt de tevredenheid van de zwangere vrouw in grote mate af van de ideeën die zij heeft over zwangerschapsbegeleiding. Deze ideeën ontstaan op hun beurt door vroegere ervaringen met zorg en zorgmodellen die deze vrouwen zagen bij familie en vrienden. Wat bekend is, wordt meestal meer gewaardeerd: "what is, must be best". Tevredenheid met zorg is dus niet direct verbonden met kwaliteit van zorg (17,22,25-27).

Volgens Douglas et al (28) kunnen noden en verwachtingen van zwangere vrouwen in 4 categorieën verdeeld worden: nood aan informatie, nood aan emotionele steun, nood aan competente professionele zorgen en nood aan bemiddeling. E. Joos besluit in haar masterproef dat de gezondheid van de baby en de eigen gezondheid het allerbelangrijkste is voor de zwangere vrouw (29). Ook aandacht voor het emotioneel welzijn van de zwangere vrouw, een respectvolle behandeling en betrekken van de partner zijn belangrijk.

Interessant is dat B. Baert en M. Jacobs in 2012 hun masterproef "Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging" voorstelden (25). Dit kwalitatief onderzoek ging via semigestructureerde interviews de meningen van zwangere vrouwen na en biedt enkele hypotheses aan die wij aan ons onderzoek kunnen toetsen. Zij stellen dat echografie en de daaruit volgende geruststelling zeer belangrijk is voor zwangeren. Ook persoonlijke opvolging en voldoende tijd voor vragen kunnen volgens hen bijdragen aan die geruststelling.

### *1.3.1 Informatienood*

Alle zwangere vrouwen hebben nood aan een arts die hen inlicht over de nodige medische zorgen (28). Specifiek hebben zwangere vrouwen nood aan ruimte voor informatie over de eigen gezondheid, partus en borstvoeding. In het licht van deze informatienood vinden zij de mogelijkheid tot deelname aan informatieavonden interessant (29).

### *1.3.2 De rol van de huisarts*

In 1996 gebeurde er in de UK een prospectief cohortonderzoek waaruit bleek dat 68% van de zwangere vrouwen vindt dat huisartsen een belangrijke rol spelen in zwangerschapsbegeleiding. Slechts 15% vindt dat de huisarts hier geen rol in heeft. Daaruit volgt dat het belangrijk is om tijdens de zwangerschap de voorkeuren en wensen van de zwangere vrouw na te gaan (28,30). Zwangere vrouwen willen ook weten dat de huisarts interesse heeft in zwangerschapsbegeleiding (25).

De taak die zwangere vrouwen weggelegd zien voor de huisarts is een holistische rol die zowel de psychosociale als de biomedische noden dekt (28). De huisarts is voor zwangere patiënten vaak een vertrouwenspersoon, een persoon waarmee zij een speciale band hebben, een persoon die zij waarderen omwille van zijn luisterbereidheid (25,28). Zij wensen een arts die hen met respect behandelt en hun wensen respecteert. Sommige vrouwen verwachten bovendien emotionele steun en hulp bij het maken van beslissingen (28). Ook vinden zwangere vrouwen de rol van de huisarts belangrijk omwille van de continuïteit in pre- en postnatale zorg. In de perinatale zorg lijkt de huisarts dan weer geen rol te spelen (28,30). Patiënten vinden vaak ook dat de huisarts toegankelijker, beter bereikbaar en laagdrempeliger is dan de gynaecoloog (25). Een extra troef die huisartsen kunnen gebruiken in hun praktijk is een doptone: het horen van de foetale harttonen kan bijdragen aan de geruststelling van de zwangere (25).

Er is nog verder onderzoek nodig om de taak van de huisarts bij zwangerschapsbegeleiding te specificeren en hoe deze kan samengaan met de taken van andere hulpverleners (28).

### *1.3.3 Continuïteit van zorgen*

Davey et al beschreven in hun onderzoek dat consultatieduur belangrijker is dan continuïteit van hulpverlener (31). Toch komt in vele studies boven dat sommige zwangere vrouwen het erg belangrijk vinden om bij elke consultatie dezelfde hulpverlener te zien (29). 56% van de vrouwen zou degene die de bevalling zal doen, willen leren kennen. Dit is vooral uitgesproken bij de vrouwen die thuis bevallen (30).

Ook in het onderzoek van B. Baert en M. Jacobs geven veel vrouwen aan ze wensen opgevolgd te worden door één arts, met name de gynaecoloog. Ze willen immers een band opbouwen met degene die de bevalling zal doen (25).

*1.3.4 Communicatie*

Uit eerder onderzoek bleek reeds dat communicatie belangrijk is, zowel met de zwangere patiënte, als met de gynaecoloog (29). Patiënten weten vaak niet dat de huisarts aan zwangerschapsbegeleiding doet, dus is het de taak van de huisarts dit aan hen kenbaar te maken. Optimaal gebeurt dit vóór de zwangerschap, zodat vrouwen aan het idee kunnen wennen. Want ook hier geldt het principe "what is, must be best" (22,25-27). Idealiter wordt hierbij het schema van gecombineerde zwangerschapsbegeleiding besproken (29). Ook communicatie tussen huisarts en gynaecoloog is belangrijk, want patiënten vrezen dat er medische informatie verloren gaat. Patiënten geven ook aan hun verhaal niet graag 2 keer te vertellen. Deze argumenten zouden op hun beurt kunnen verklaren waarom patiënten steeds dezelfde zorgverlener wensen (25). Zwangerschapsmap en verwijsbrief kunnen gebruikt worden als communicatiemiddel met de gynaecoloog (29).

*1.3.5 Gecombineerde follow-up?*

Zwangere vrouwen willen kunnen kiezen welk soort follow-up zij wensen (32). De belangrijkste determinant in die keuze is de veiligheid van het kind (32). Villar et al stelden vast dat de meeste vrouwen een gecombineerde opvolging wensen (16). 80% van de zwangere vrouwen zou bereid zijn zich mee te laten opvolgen door de huisarts (29). In een (kleinschaliger) onderzoek van B. Baert en M. Jacobs daarentegen, prefereerden de meeste vrouwen begeleiding enkel door de gynaecoloog. De gynaecoloog heeft volgens hen de meeste kennis en is de persoon die aanwezig zal zijn bij de bevalling. Hun geïnterviewde zwangeren zagen de huisarts vooral als een persoon die extra geruststelling kan brengen (25). Indien er een voorgeschiedenis was van miskraam of mors in utero waren vrouwen ongeruster en wensten ze frequenter opgevolgd te worden. Zij verkozen dan een meer specialistische follow-up (25). In het algemeen bleek de grootste weerstand voor gecombineerde follow-up het aantal echografieën te zijn. Ook het gebrek aan vertrouwdheid met gecombineerde follow-up kan hier parten spelen (25): slechts 60-75% van de vrouwen zou er kennis van hebben dat de huisarts aan zwangerschapsbegeleiding doet (25,29). Ook is het opmerkelijk dat deze vrouwen meestal pas tijdens hun zwangerschap op de hoogte gebracht werden (25). Het is dus aan de huisarts om (pro)actief met de patiënte te bespreken dat ze als zwangere vrouw ook bij hem terecht kan, en om te benadrukken dat zowel de huisarts als de gynaecoloog de gezondheid van moeder en baby adequaat kunnen nagaan (29).

*1.3.6 Echografie*

Echografie blijkt zeer belangrijk te zijn voor vele vrouwen, vooral omwille van de geruststelling in verband met de gezondheid van hun kindje. Het merendeel van de vrouwen in de studie van B. Baert en M. Jacobs (25) haalt aan dat ze maandelijks een echografie wensen; 3 echo's zoals het schema van Domus Medica het voorstelt, vinden zij te weinig. Ongerustheid blijkt het ergst te zijn in de 1ste zwangerschap. Naast geruststelling, vinden de meeste vrouwen een echo ook gewoon leuk, en helpt het om de partner te betrekken bij de zwangerschap. De kostprijs van echo's lijkt van ondergeschikt belang te zijn (25,29).

## 1.4 Samenwerking tussen verschillende disciplines

De huisarts, gynaecoloog en vroedvrouw zijn de belangrijkste hulpverleners bij het begeleiden van een zwangere vrouw. Deze 3 disciplines moeten trachten zo goed mogelijk samen te werken, veronderstellend dat ieder zijn grenzen kent en zo goed handelt als hij kan. Toch ondervindt men dat er onvoldoende overeenstemming is tussen de verschillende professionele takken die zich met zwangerschapsbegeleiding bezighouden (5). Dit zou voortvloeien uit de verschillende opleidingen die huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen hebben genoten. Het maakt het zwangere vrouwen dan ook moeilijk een keuze te maken tussen de verschillende vormen van zwangerschapsbegeleiding (5).

Terwijl een klein aantal gynaecologen systematisch een gecombineerde follow-up weigert (29), zou meer dan 80% van de gynaecologen slechts een minderheid van de zwangere vrouwen in afwisseling met de huisarts opvolgen. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald: zij willen de huisarts kennen en kunnen vertrouwen, niet alle huisartsen staan er voor open of de patiënte staat er niet voor open (29). Goede communicatie met de gynaecoloog kan ook hier een oplossing bieden en is dus een must! Zoals ook eerder al vermeld kan communicatie tot stand worden gebracht via een goede verwijsbrief van huisarts naar gynaecoloog, en nadien ook via het moederboekje van Kind en Gezin. Op deze manier zou het vertrouwen van de gynaecoloog in de huisarts kunnen groeien (29).

Ook de interesse van de huisarts in zwangerschapsbegeleiding varieert. Deze motivatie kan vergroot worden door een goede opleiding in zwangerschapsbegeleiding, zowel in de basisopleiding tot arts als in bijscholingen. Een goede opleiding zal leiden tot meer vertrouwen in het eigen handelen en dus ook tot meer voldoening (29).

## 1.5 Onderzoeksvraag

Met deze masterproef wordt er een antwoord gezocht op de vraag hoe zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk geoptimaliseerd kan worden, zowel vanuit patiënten- als uit artsenperspectief.

In een eerste deel onderzoekt SP via diepte-interviews bij patiënten wat zij verwachten van zwangerschapsopvolging door de huisarts. Welke noden ervaren zij en met welke barrières worden zij geconfronteerd? Het is immers essentieel dat de zwangere vrouw het zwangerschapsbeloop als ideaal beschouwt.

In een tweede deel interviewt CT huisartsen. Hoe implementeren zij bestaande richtlijnen in verband met zwangerschapsbegeleiding in de praktijk? Welke troeven maken dat zij zwangerschapsbegeleiding aantrekkelijk vinden? En hoe verloopt de samenwerking met de gynaecoloog?

Het uiteindelijke doel is het formuleren van richtlijnen voor het optimaal implementeren van zwangerschapsopvolging in de huisartspraktijk.

# 2. MATERIAAL EN METHODE

## 2.1 Literatuurstudie

In de literatuurstudie werd op zoek gegaan naar praktijkrichtlijnen, naar noden en barrières die patiënten ondervinden betreffende zwangerschapsopvolging door de huisarts en naar effectieve implementatie van interventies in de huisartspraktijk.

Het watervalprincipe werd hierbij gehanteerd: eerst werden de quaternaire bronnen geraadpleegd. Dit leverde 4 interessante richtlijnen op: de Domus Medica richtlijn "Zwangerschapsbegeleiding", de NHG richtlijn "Zwangerschap en kraamperiode (M32)", de NICE guidelines "Antenatel Care (CG62)" en de Consensus statements "(VA/DoD) Clinical practice guideline for management of pregnancy". Navraag bij gynaecologen leerde dat zij in hun praktijk regelmatig de KCE richtlijn "Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen" van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg gebruiken.

Vervolgens werd op zoek gegaan in de tertiaire bronnen, zoals Minerva, Clinical Evidence en EBM, maar dit leverde geen extra informatie op.

Daarna werden de secundaire bronnen doorzocht via pubmed en werd gebruik gemaakt van een combinatie van verschillende mesh termen: "pregnancy", "pregnant women", "general practitioner", "general practice", "family physician", "maternity care", "prenatal care", "practice management", "follow-up", en "barriers". Indien nodig geacht, werden de limits "meta-analyse", "RCT" en "review" gebruikt. Op basis van de abstracts werden 25 artikels relevant bevonden voor het onderzoek.

Ten slotte werd op zoek gegaan naar interessante masterproeven van voorgangers. Dit leverde het eindwerk van E. Joos "Toepassing van de Domus Medica aanbeveling over zwangerschapsbegeleiding in de praktijk. Zijn alle betrokken partijen bereid deze tool te gebruiken?" en B. Baert en M. Jacobs "Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging" op.

## 2.2 Studie-design

Een tweeledig kwalitatief onderzoek vond plaats, telkens aan de hand van diepte-interviews. Enerzijds werden 9 zwangere vrouwen of vrouwen die recent zwanger waren en anderzijds 7 artsen die aan zwangerschapsbegeleiding doen, geïnterviewd. Deze semigestructureerde interviews werden uitgevoerd door respectievelijk SP en CT.

Het doel van dit onderzoek was vooral het exploreren van de visies van zowel zwangere vrouwen als van huisartsen en het creëren van hypotheses. Bruikbare richtlijnen voor de huisartsenpraktijk werden vervolgens aangeboden. Omwille van dit onderzoeksopzet werd geopteerd voor kwalitatief onderzoek.

*2.2.1 Studiepopulatie*

### 2.2.1.1 Selectie

- Patiënten

Initieel werd op zoek gegaan naar een tiental gezonde zwangere vrouwen tussen week 12 en week 32 van de zwangerschap. Er werd gescreend naar vrouwen tussen 18 en 35 jaar, ongeacht of zij in het verleden al zwanger waren en ongeacht hun sociale klasse. Eveneens werden een vijftal postpartum vrouwen gezocht, die gedurende de voorbije 6 maanden zwanger waren geweest. Ook hier was klasse van geen belang. Exclusiecriteria waren een leeftijd onder 18 jaar of boven 35 jaar, patiënten waarbij complicaties tijdens de zwangerschap te verwachten waren (relevante familiale aandoeningen, voorgeschiedenis van pre-eclampsie, diabetes mellitus, ernstige hart- of nieraandoeningen), een zwangerschapsduur van minder dan 12 weken of meer dan 32 weken, alsook patiënten met een postpartumduur van meer dan 6 maanden. Tijdens de dataverzameling werd echter het besluit genomen ook vrouwen ouder dan 35 jaar, en vrouwen met pre-eclampsie in de voorgeschiedenis te weerhouden, gezien dit interessante nieuwe gegevens kon opleveren. Om een realistisch en zo weinig mogelijk vertekend beeld te krijgen van de noden en ervaringen van de zwangere vrouw, werd verkozen om enkel zwangere vrouwen, of vrouwen die recent zwanger waren, te selecteren voor het onderzoek.

- Artsen

Artsen tussen 25-65 jaar die in zijn/haar praktijk aan zwangerschapsbegeleiding doet, werden geselecteerd. Er werd gestreefd naar een tiental interviews, met een min of meer gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen. Locatie van de praktijk was van geen belang in dit onderzoek. Huisartsen die geen zwangere vrouwen begeleiden, werden niet in de studie opgenomen.

### 2.2.1.2 Recrutering

- Patiënten

In de periode april 2012 tem augustus 2012 werd in de praktijk, waar SP HAIO is, via de zoekfunctie "HCG positief" in Medidoc een lijst gemaakt van zwangere patiënten met bijhorende zwangerschapsleeftijd. Er werd nagegaan welke patiënten nadien nog consulteerden omwille van zwangerschapsopvolging en welke patiënten dat niet deden. Na overleg met de praktijkopleider werden patiënten van beide groepen telefonisch gecontacteerd. Op dezelfde manier kon eveneens een lijst bekomen worden van zwangere vrouwen met een postpartumduur van minder dan 6 maanden, waaruit een aantal vrouwen telefonisch werden gecontacteerd. In totaal werden 9 vrouwen geïnterviewd.

- Artsen

Voor het 2$^{de}$ deel van het onderzoek werd telefonisch contact opgenomen met praktijkopleiders van collega-HAIO's uit de seminariegroepen en collega's uit de wachtkring Wevelgem/Gullegem/Moorsele, waarvan CT lid is. Er werd hen gevraagd of ze aan zwangerschapsbegeleiding deden en zo ja, of ze wilden deelnemen aan een interview. In totaal werden 7 huisartsen geïnterviewd.

Alle patiënten en huisartsen die telefonisch gecontacteerd werden, werden volledig geïnformeerd over de studie, mede uit naam van de praktijkopleiders. Indien zij dit wensten, werd het informatie- en toestemmingsformulier (bijlage 1, 2, 3 en 4) naar hen opgestuurd. De patiënten die wensten deel te nemen aan het onderzoek, werden in de praktijk waar SP HAIO is, uitgenodigd. De huisartsen werden steeds in hun eigen praktijk geïnterviewd. Vooraleer de eigenlijke interviews van start gingen, werd gevraagd het informatie- en toestemmingsformulier nogmaals te lezen en indien zij akkoord gingen, te ondertekenen. Zo werd een informed consent bekomen voor elke deelnemer.

*2.2.2 Dataverzameling*

Na de literatuurstudie werd een topic-lijst (bijlage 5) opgesteld. Deze topic-lijst bevatte de deelaspecten waar informatie over gewenst werd. Elk van deze topics werd onderverdeeld in enkele concrete vragen, welke het eigenlijke interview (bijlage 6 en 7) zouden vormen. Deze vragen waren slechts een leidraad, waarvan kon worden afgeweken indien dit interessant leek.

Alle interviews vonden plaats tussen augustus 2012 en oktober 2012. Het precieze aantal van de interviews werd voornamelijk bepaald door datasaturatie.

Vooraleer het eigenlijke interview van start ging, werden enkele gegevens verzameld.

- Patiënten
    - Leeftijd?
    - Zwangerschapsleeftijd?
    - A P G M?
    - Persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van aandoeningen?
    - Aandoeningen die opvolging bij de gynaecoloog noodzakelijk maken (bijvoorbeeld hart- of nieraandoeningen)?
    - Gecombineerde follow-up?
- Artsen
    - Leeftijd?
    - Solo-of groepspraktijk?
    - Stedelijke of landelijke praktijk?
    - Hoeveel zwangere vrouwen begeleidt u per jaar?

Deze gegevens waren interessant voor de analyse van de resultaten en konden ook exclusiecriteria aan het licht brengen.

Vervolgens ging het eigenlijke interview van start. Om zo veel mogelijk informatie te bekomen, werden open vragen geformuleerd. De interviews duurden zo lang als nodig geacht, dit varieerde van 30 minuten tot 90 minuten. Alle interviews werden met toestemming van de deelnemers via webcam en bandrecorder opgenomen.

*2.2.3 Data-analyse*

De interviews werden vastgelegd door middel van audio-opnames en werden nadien volledig uitgetypt. Inhoudsanalyse en open codering vonden hierna plaats. De codering bestond uit het selecteren van tekstfragmenten waar vervolgens een code aan gegeven werd. Alle 16 interviews werden eerst afzonderlijk door beide onderzoekers gecodeerd. Nadien werden de codes vergeleken, waardoor nieuwe codes tot stand kwamen en andere codes werden weggelaten. Zo kwamen 2 codeboeken tot stand, 1 voor de artsenpopulatie en 1 voor de patiëntenpopulatie. Vervolgens werden de codes in groepen geplaatst. Deze groepen van codes werden door de onderzoekers gestructureerd in de topic-lijst en werden opnieuw vergeleken. Voor de analyse werden de groepen van codes bestudeerd en werden er verbanden gezocht tussen deze groepen.

*2.2.4 Outcome*

Analyse van de bevindingen resulteerde uiteindelijk in het formuleren van een aanbeveling om de richtlijn "zwangerschapsbegeleiding door de huisarts" op doeltreffende wijze te implementeren in de praktijk.

*2.2.5 Ethische aspecten*

Elke patiënte of huisarts had het recht om deelname aan het onderzoek te weigeren. Zij konden ook op eender welk moment en om eender welke reden de studie verlaten indien zij dat wensten. Bij de deelnemende zwangere vrouwen werd benadrukt dat dit geen gevolgen zou hebben voor de verdere arts-patiëntrelatie.

Er was van dit kwaliteitsverbeterend project geen gezondheidsrisico voor patiënten of huisartsen, noch onmiddellijk voordeel te verwachten. Er werden geen kosten aangerekend aan de patiënte of huisarts.

De rapportering in dit onderzoek gebeurde uiteraard anoniem.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van Antwerpen (B300201213769 en B300201213770).

# 3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van de demografische en medische gegevens van de geïnterviewde patiënten en artsen. Daarna wordt een overzicht gegeven van de verkregen data.

De data die de interviews opleverden, worden voor de patiënten in 4 grote delen opgesplitst. Eerst en vooral wordt beschreven hoe zwangerschapsbegeleiding verloopt in de ogen van de zwangere vrouw. Daarna komen de noden tijdens de zwangerschap aan bod en worden de prioriteiten van de zwangere vrouw beschreven. Vervolgens wordt weergegeven welke de barrières zijn om de huisarts te consulteren en welke factoren de drempel kunnen verlagen. Het laatste deel focust op aandachtspunten voor zwangerschapsbegeleiding in de toekomst.

De data uit de interviews met de artsen worden eveneens in 4 categorieën onderverdeeld. Eerst wordt beschreven of huisartsen zwangerschapsbegeleiding als onderdeel van de huisartsgeneeskunde zien en welke de beweegredenen hierachter zijn. Vervolgens wordt de implementatie van zwangerschapsbegeleiding in hun praktijk weergegeven en komt de samenwerking met de gynaecoloog aan bod. Tot slot wordt weergegeven welke de mogelijkheden zijn om zwangerschapsbegeleiding in de huisartsenpraktijk aantrekkelijker te maken.

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

## 3.1 Patiënten

### *3.1.1 Beschrijving populatie*

In totaal werden uit de praktijk van SP 9 vrouwen geïnterviewd, waarvan de meesten voor de 1ste of de 2de keer zwanger waren. Hun leeftijd varieert van 22 jaar tot 39 jaar. Alle vrouwen hebben de Belgische nationaliteit en spreken Nederlands als moedertaal. Vier van hen werden tijdens hun zwangerschap afwisselend gezien door de huisarts en de gynaecoloog en dit min of meer gebaseerd op het schema van Domus Medica. Vijf van hen gingen uitsluitend naar de gynaecoloog voor zwangerschapsbegeleiding (tabel 2).

| | **Leeftijd** | **Zwangerschapsleeftijd** | **APGM*** | **Gynaecologische PVG/FVG**** | **Type follow-up** |
|---|---|---|---|---|---|
| *S1* | 39j | Postpartum | A0P2G2M2 | 2x In vitro fertilisatie<br>T-vormige uterus | Gynaecoloog |
| *S2* | 34j | Postpartum | A1P3G4M3 | - | Gynaecoloog |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *S3* | 30j | Postpartum | A0P1G1M1 | - | Gecombineerd |
| *S4* | 30j | Postpartum | A0P1G1M1 | Cholelithiasis tijdens zwangerschap | Gynaecoloog |
| *S5* | 29j | 34 weken | A0P0G1M0 | Borstprothese | Gynaecoloog |
| *S6* | 30j | Postpartum | A0P1G1M1 | - | Gecombineerd |
| *S7* | 27j | 25 weken | A1P0G2M0 | - | Gynaecoloog |
| *S8* | 22j | 17 weken | A0P1G2M1 | - | Gecombineerd |
| *S9* | 39j | Postpartum | A0P1G1M1 | Endometriose | Gecombineerd |

Tabel 2: Gegevens patiëntenpopulatie
*APGM: abortus, pariteit, graviditeit, materniteit
**PVG/FVG: persoonlijke of familiale voorgeschiedenis

*3.1.2 Het verloop van zwangerschapsbegeleiding bekeken door de ogen van de zwangere vrouw*

### 3.1.2.1 Zwangerschapsbegeleiding door de gynaecoloog

- Rol van de gynaecoloog

Veel respondenten, en vooral deze die kiezen voor zwangerschapsopvolging enkel door de gynaecoloog, vinden dat alles wat met de vrouwelijke geslachtsorganen te maken heeft, weggelegd is voor de gynaecoloog. Er zijn daarom enkele respondenten die voor een gynaecologisch onderzoek en anticonceptie jaarlijks de gynaecoloog consulteren. De gynaecoloog is in hun ogen een ervaringsdeskundige. Zwangere vrouwen verwachten dan ook van de gynaecoloog veel informatie te verkrijgen in verband met zwangerschap en bevalling.

> *"Voor uitstrijkjes, en voorschriften voor voorbehoedsmiddelen ben ik ook altijd daar geweest. Ja, dat is voor mij altijd gescheiden geweest: de gynaecoloog voor gynaecologische zaken en de huisarts voor de rest." (S1)*

> *"Da's gelijk als je tandpijn hebt, dan ga je ook naar de tandarts. en met mijn huid ga ik naar de dermatoloog. Dus ik ben zwanger en ik ga naar de gynaecoloog. En*

*dan denk ik daar ook niet zo over verder van "oh, ik kan evengoed naar de huisarts gaan"." (S5)*

De meeste zwangere vrouwen die zich uitsluitend door de gynaecoloog laten opvolgen, vinden dit ook gewoon evident. Dat is nu eenmaal zo bekend in onze maatschappij. Respondenten vermelden dat de gynaecoloog bovendien bij de 1ste consultatie vaak zelf al alle afspraken vastlegt voor de rest van de zwangerschap.

*"Evidentie eigenlijk. 't Is eigenlijk helemaal niet in mij opgekomen om dat anders te doen. Dat is het proces hoe dat verloopt, dat komt door de achtergrond van de maatschappij. Ik weet dat in Nederland de regels helemaal anders zijn: daar beval je met de vroedvrouw. Als dat in België zo was geweest dan was ik bevallen met de vroedvrouw, dus je wordt in een richting gestuurd zonder dat je het weet." (S4)*

*"Ik schrok daar ook echt wel van als ik hoorde van andere mensen, dat die zo maand per maand afwisselend bij de huisarts en de gynaecoloog gaan. Ik vond dat kei raar, bij mij werden gewoon al die afspraken direct vastgelegd. Ik heb daar niet verder bij nagedacht." (S5)*

De gynaecoloog wordt geassocieerd met puur medische, klinische en lichamelijke feiten. Vrouwen verwachten van de gynaecoloog dat hij/zij alles in het werk zet om de gezondheid van hun kindje na te gaan. Echografie speelt hierin de grootste rol en wordt in zeer sterke mate geassocieerd met de gynaecoloog. Bovendien vinden zwangere vrouwen het ook gewoon leuk om hun kindje te zien. Het uitvoeren van een echografie speelt dus enorm in het voordeel van de gynaecoloog. Naast het echografietoestel heeft de gynaecoloog ook nog ander gesofisticeerd materiaal zoals een monitor, wat kan bijdragen aan het veilig gevoel van de zwangere vrouw. De meeste vrouwen vinden dat de consultaties bij de gynaecoloog eerder praktisch zijn en dat het emotionele aspect weinig aan bod komt.

*"De lichamelijke controle bij de gynaecoloog vind ik prioritair. De gynaecoloog kan wel vragen hoe het gaat, maar dat babbeltje vind ik meer voor bij de huisarts, zo dat algemeen welzijn en zo. Bij de gynaecoloog gaat het echt om de lichamelijke bevestiging met de echo, en dat hij echt kan zien dat het hartje bloed pompt, en dat het maagje werkt omdat het vol zit, en dat er genoeg vruchtwater is. Echt de fysische kenmerken, dat mijn bloeddruk "zoveel" is, dat mijn hartslag "zoveel" is. Dat je zwart op wit feiten hebt, dat alles ok is, dat ik die bevestiging lichamelijk krijg, dat is meer voor de gynaecoloog. Ik voel dat ook aan alsof de gynaecoloog de pediater van ons kind is. Ik ga niet voor mij, ik ga om te weten of met haar alles goed is." (S5)*

Het eerste zwangerschapsconsult bij de gynaecoloog wordt door vele vrouwen als een speciaal moment ervaren, hier wordt immers door middel van echografie nogmaals de zwangerschap bevestigd en de hartactiviteit voor de 1ste keer nagekeken.

*"Ik vond het eigenlijk wel leuk dat de gynaecoloog zei "alle, proficiat!". Je krijgt dan direct die doos mee naar huis met al die spulletjes, en het 1ste echootje. Op dat moment heb je zoiets van "'t is bevestigd". Tot aan dat punt probeer je het voor jezelf te houden, omdat het nog bevestigd moet worden. Dan heb je zoiets van "ok, 't staat vast, het is bevestigd". Dat is wel een leuke 1ste afspraak dan hè." (S4)*

Bovendien is de gynaecoloog voor alle vrouwen in dit onderzoek dé persoon bij uitstek die de bevalling tot een goed einde moet brengen.

> *"Die doen de éne bevalling na de andere, dus je kan je leven in hun handen leggen hè." (S4)*

- Tijdsaspect en toegankelijkheid

De vrouwen in dit onderzoek vertellen dat hun gynaecoloog een schema meegaf met data waarop de zwangere patiënte moest terugkomen. Sommige gynaecologen laten de patiënte elke keer bij henzelf terugkomen, andere gynaecologen geven een gecombineerd schema mee.

> *"De gynaecologen maken sowieso de afspraken hoor. Vanaf je dan naar de gynaecoloog geweest bent, moet je eigenlijk niet meer naar hier komen, want die regelen eigenlijk de volgende afspraak. Dus als huisarts krijg je eigenlijk geen kans." (S2)*

> *"De gynaecoloog had dat voorgesteld. Zij maakte een schema waarop ik afwisselend naar huisarts en gynaecoloog moest gaan. Ik heb dat zo gedaan. Ik heb mij daar eigenlijk weinig vragen bij gesteld. Ik ging er van uit dat dat de normale gang van zaken was." (S9)*

De meeste respondenten vinden dat ze niet snel terecht kunnen bij de gynaecoloog, en dat wachttijden zeer lang zijn. Hierdoor wordt het noodzakelijk om reeds vroeg van tevoren afspraken vast te leggen. Sommige respondenten vinden dit zeer gemakkelijk, anderen ervaren dit als een beperking van hun vrijheid.

> *"Een barrière bij de gynaecoloog is ook wel: lang wachten vaak hè. Bij de huisarts maak je een afspraak voor de avond zelf nog, en bij de gynaecoloog is dat als er een plekje vrijkomt, of als er iemand afbelt, en anders zal het voor binnen 5 weken zijn." (S4)*

> *"Ik heb een paar keer gedacht dat ik naar de gynaecoloog zou willen, maar dat ik het toch maar niet ging doen, omdat ze er geen tijd voor zou hebben, je ziet dat die mensen het druk hebben." (S4)*

Ook in de wachtzaal van de gynaecoloog moeten patiënten vaak lang wachten, waardoor zij veel tijd verliezen. Vrouwen die de gynaecoloog consulteren in het ziekenhuis vinden bovendien vaak dat er een drukte heerst. Zij spreken van een fabrieksgevoel.

> *"Die neemt heel veel tijd voor u, maar ook voor iedereen voor u. Met het gevolg dat je daar altijd moet wachten." (S3)*

> *"Heel die wachtzaal zit daar vol, ze roepen je naam af, dat loopt dan uit, dat je het gevoel krijgt dat het bandwerk is." (S6)*

Over de tijd die de gynaecoloog neemt voor de consultatie en de mate waarin respondenten ruimte voor informatie krijgen, zijn de meningen verdeeld. Sommige vrouwen vinden dat de gynaecoloog voldoende tijd vrijmaakt, anderen hebben het gevoel dat het vooruit moet gaan. Deze vrouwen hebben de indruk dat ze niet terecht kunnen bij de gynaecoloog, zijn ontevreden over het gebrek aan informatie en hebben soms minder vertrouwen in de gynaecoloog.

*"Mijn gynaecoloog gaf mij echt wel het gevoel dat dat mijn moment was, dat ik vragen kon stellen en dat er een onderzoek ging gebeuren." (S6)*

*"Bij de gynaecoloog heb ik nu altijd het gevoel dat het rap rap moet gaan, en daardoor is het vertrouwen ook minder." (S8)*

Ook vinden vrouwen dat het omslachtig is om de gynaecoloog telefonisch te bereiken, doordat gynaecologen zich vaak op wisselende locaties bevinden: de eigen privé-praktijk, de verloskamer, de consultatieruimte, het operatiekwartier, enzovoort.

- Contact met de gynaecoloog

Een terugkomende stelling is dat de gynaecologen van de vrouwen in dit onderzoek hun patiënten meestal niet lang kennen. De meeste respondenten hebben dan ook geen echte vertrouwensband met hun gynaecoloog en het contact voelt soms afstandelijk aan. Enkele vrouwen die jaarlijks op controle gaan bij de gynaecoloog voor een uitstrijkje, borstonderzoek en pilvoorschrift vinden dat ze wel een goede band hebben met hun gynaecoloog.

*"De gynaecoloog kent u ook niet hè, want ja, hoeveel kom je daar. Dus als ik daar kom, dan moet hij nog altijd mijn geboortedatum vragen, want hoeveel patiënten zien die niet? En je komt daar ook maar heel kort, en daarna bijna niet meer." (S5)*

Er zijn ook uiteenlopende meningen over de houding van de gynaecoloog. De meeste respondenten zijn zeer positief over het contact met hun gynaecoloog en zouden bij een volgende zwangerschap opnieuw dezelfde gynaecoloog kiezen. Enkele respondenten hebben echter negatieve ervaringen met de gynaecoloog: zij hebben het gevoel een nummertje te zijn, vinden de gynaecoloog te kordaat of vinden dat emoties te weinig aan bod komen.

*"Het gevoel dat ik had bij de gynaecoloog van – negatief gezegd - daar gewoon een nummertje te zijn. Op 1 2 3 ben je daar buiten. Hij geeft niet de indruk dat hij met je begaan is, en dat wringt dan wel een beetje. Het vertrouwen is dan niet zo optimaal." (S8)*

*"Die is heel kordaat. Je moet daar niet met iets kleins afkomen, dat ondervind je heel snel." (S9)*

- Continuïteit van zorgen

Over de continuïteit van zorg zijn er uiteenlopende meningen. Sommige vrouwen vinden het een meerwaarde om telkens bij dezelfde gynaecoloog te komen. Op die manier kunnen zij een band opbouwen met de persoon die hun kindje ter wereld zal brengen.

*"In het ziekenhuis waar ik ga bevallen, daar is het echt de dokter van wacht die de bevalling doet. Ik heb het daar persoonlijk moeilijker mee, als dan een andere dokter mijn bevalling komt doen. Ja, ik vind de gynaecoloog een vertrouwenspersoon. Iemand die je 9 maanden opvolgt, en dan bij de bevalling plots iemand anders, het meest intense moment, heb je dan een andere dokter. Dat lijkt mij raar." (S7)*

Andere vrouwen hechten er minder belang aan om telkens dezelfde zorgverlener te zien. In het moderne wachtdienstsysteem is het immers niet altijd de vertrouwde gynaecoloog die de bevalling zal doen. Zolang hun kindje maar gezond geboren kan worden.

> *"Ik had op die 1ste 20 weken al 4 gynaecologen gezien, dus ja, als er dan nog een 5de bij komt, dat maakt mij allemaal niet uit hé, zolang als die mij allemaal kunnen zeggen dat alles in orde is, dan is dat voor mij al meer dan genoeg." (S3)*

#### 3.1.2.2 Gecombineerde opvolging door huisarts en gynaecoloog

- Rol van de huisarts

In dit onderzoek blijkt dat enkele taken tijdens de zwangerschap meestal door de huisarts worden uitgevoerd. Dit geldt vooral voor bloednames, zowel om de zwangerschap te bevestigen als tijdens de zwangerschap zelf, (griep)vaccins en medische problemen die niet onmiddellijk aan de zwangerschap gerelateerd zijn. De glucose challenge test gebeurt nog vaak in het ziekenhuis.

Sommige vrouwen verkiezen om op regelmatige basis en afwisselend met de gynaecoloog de huisarts te consulteren. Zij verwachten dat tijdens zo'n consultatie bij de huisarts ten minste een urine-onderzoek, bloeddrukcontrole, de bepaling van de ligging en grootte van de foetus en een bevraging van het algemeen welzijn gebeurt. Daarnaast wensen zij tips en advies in verband met vragen over zwangerschapskwaaltjes en voeding.

De meeste vrouwen in deze studie geven aan dat voor hen de huisarts een 1ste aanspreekpunt is bij medische problemen. Zij verkiezen om eerst informatie in te winnen bij de huisarts, die hen zo nodig zal doorverwijzen naar het ziekenhuis. De huisarts blijkt een belangrijke rol te hebben in het geruststellen van de zwangere vrouw.

> *"In het begin van mijn zwangerschap had ik een bloeding. Dan was dat wel handig dat ik naar hier kon bellen. Hier kennen ze dan de situatie en ze weten dat ik zwanger ben, dat gaf mij ook al voor een stuk geruststelling. En dan kom ik in het ziekenhuis aan, en dan had de huisarts al gebeld dat ik op komst was en dan moet je uw verhaal niet meer doen, en dan konden ze al direct voort. Dus dat was ook wel gemakkelijk." (S3)*

> *"Zo tussendoor, als je twijfelt, is mijn reflex ook wel altijd nog efkes naar de huisarts te bellen. Dikwijls is dat zo maar dat je moet gerustgesteld worden eigenlijk hè en dan is dat met een telefoontje op te lossen." (S5)*

Een minderheid van de vrouwen geeft aan dat zij de huisarts slechts zal contacteren indien de gynaecoloog onbereikbaar is. Zij zien de huisarts als een "back-up" van de gynaecoloog. Hier wordt ook geargumenteerd dat de huisarts vroeger meer deed in zwangerschapszorg, maar dat dit tegenwoordig niet meer echt behoort tot zijn takenpakket.

> *"Ik denk dan eerder aan scenario's zoals bijvoorbeeld mijn huidige gynaecoloog niet meteen beschikbaar is en ik dringend iemand nodig heb om me laten onderzoeken, of om te spreken. Dat ik dan meteen ook bij de huisarts terecht kan." (S7)*

Wel is de huisarts de persoon bij uitstek die geconsulteerd wordt, indien de pas bevallen vrouw vermoedt dat ze een postnatale depressie heeft.

De vrouwen die afwisselend de huisarts en de gynaecoloog consulteren, vertellen allemaal dat dit zo gekomen is doordat de gynaecoloog een dergelijk schema voorstelde. Zij kunnen zich allemaal zeer goed vinden in dit schema, zeker als de zwangerschap vlot verloopt. Eén vrouw koos uitdrukkelijk voor een gecombineerde opvolging omwille van negatieve ervaringen bij de gynaecoloog tijdens de vorige zwangerschap.

> *"De gynaecoloog stelde dat eigenlijk zelf voor. Zij had een schema opgesteld waarin bepaalde weken belangrijk waren voor een echo, en in bepaalde weken moest ik dan op controle gaan bij de huisarts. Ik vond dat in het begin wel raar dat ik bij de huisarts moest langsgaan! Maar eens je vertrokken bent, had ik zoiets van, "ja, eigenlijk is dat wel oké"." (S6)*

> *"Zeker voor de 2de zwangerschap nu was de keuze snel gemaakt om opnieuw mij tussentijds te laten opvolgen door de huisarts, omdat ik het vorige keer zo beleefd had bij de gynaecoloog. Het gevoel is veel beter bij mijn huisarts dan bij mijn gynaecoloog." (S8)*

- Tijdsaspect en toegankelijkheid

Bijna alle vrouwen delen de mening dat de huisarts veel tijd neemt voor een consultatie. Bovendien vinden zij dat de wachttijd in de wachtzaal goed meevalt en dat ze relatief snel terecht kunnen bij de huisarts. Vrouwen ervaren op deze manier een grotere flexibiliteit dan bij de gynaecoloog.

> *"Bij de huisarts is het gemoedelijker, en je hebt het gevoel dat je hier meer tijd hebt, ondanks dat de wachtzaal hier ook vol kan zitten." (S6)*

> *"Ik vond dat eigenlijk wel handiger. Ik had er minder tijd voor nodig om naar hier te komen, dat ging gemakkelijker 's avonds, want bij de gynaecoloog moest dat dan overdag dus dan moest ik op het werk vertrekken. En hier was dat dan 's avonds, mee met de raadplegingen gewoon. En dat is hier op 5 minuten van mijn deur." (S3)*

De meeste vrouwen ervaren een laagdrempeligheid om de huisarts te contacteren en hebben het gevoel terecht te kunnen bij de huisarts indien zij vragen hebben of zich zorgen maken omtrent de zwangerschap.

> *"Daarom heb ik ook gekozen om tussentijds naar hier te komen, omdat ik weet dat als ik ongerust ben of vragen heb, die hier kan stellen en een antwoord krijg. En dat heb ik bij de gynaecoloog niet. Ik heb het gevoel meer bij de huisarts terecht te kunnen." (S8)*

Slechts 1 vrouw vindt dat huisartsen het tegenwoordig ook enorm druk hebben waardoor men niet meer zo snel bij hen terecht kan.

> *"Ik bedoel dat als je wil langskomen voor een verkoudheid, dat het kan zijn dat je 2 dagen moet wachten alvorens er een consultatie mogelijk is." (S7)*

- Contact met de huisarts

De huisarts is voor de meeste respondenten een persoon die zij al geruime tijd kennen. Hierdoor is de sfeer en ontvangst meestal aangenaam en is er een vertrouwensband. Vrouwen krijgen daardoor het gevoel dat ze met vragen en intieme zaken steeds bij de

huisarts terecht kunnen. Bovendien belicht de huisarts ook vaker de psychosociale aspecten.

> *"Emotionele zaken zoals je seksleven, of hoe je man reageert, ik denk wel dat je dat gemakkelijker bij je huisarts ter sprake brengt omdat daar meer die vertrouwdheid is. Die vertrouwdheid is toch niet echt bij de gynaecoloog." (S5)*

Slechts 1 vrouw haalt aan dat ze, tot recent, geen huisarts had die haar voorgeschiedenis kent, en er dus geen band met de huisarts bestond op het moment van de zwangerschap.

- Continuïteit van zorgen

De huisarts is de persoon die het globaal medisch dossier beheert, waardoor patiënten het belangrijk vinden dat de huisarts goed op de hoogte is van het verloop van de zwangerschap. Zeker omdat de toekomstige baby ook in de huisartsenpraktijk terecht zal komen. Op deze manier wordt continuïteit van de zorg gegarandeerd.

> *"Dan kennen de huisartsen ook een beetje de voorgeschiedenis en dan weten ze wat wij hebben meegemaakt. Ik denk dat het anders ook een beetje raar is als je na de zwangerschap dan met je kind op consultatie komt, want ineens is dat kind daar dan. Of als je met problemen van net na je bevalling komt, en je gaat naar de huisarts, dan hebben die niet meegemaakt wat er aan voorafgegaan is." (S6)*

#### 3.1.2.3 Zwangerschapsbegeleiding door de vroedvrouw

- Rol van de vroedvrouw

Ook de vroedvrouw heeft voor de meeste respondenten een belangrijke rol tijdens en na de zwangerschap. Zij beschouwen haar als een ervaringsdeskundige en dus een rijke bron van informatie, zeker wat betreft zwangerschapskwaaltjes.

Indien een alternatief opvolgingsschema voorgesteld wordt bij vrouwen die tijdens de huidige zwangerschap enkel de gynaecoloog consulteren, blijkt dat enkele respondenten de vroedvrouw boven de huisarts verkiezen. Eén van hen vindt dat vroedvrouwen vooral belangrijke tips kunnen geven voor pijnbestrijding tijdens de bevalling, een andere is van mening dat vroedvrouwen meer tijd kunnen vrijmaken.

> *"Je krijgt veel meer tips en advies voor de bevalling, zonder pijnbestrijding, dat je dus je eigen lichaam de pijn meer laat opvangen, zoals een kersenpitkussen, in bad gaan, rondlopen, die dingen. Terwijl de gynaecoloog meer ervaring heeft, die zal misschien sneller een epidurale voorstellen, dat was mijn punt dan om naar een vroedvrouw te gaan." (S7)*

Vooral in het postpartum is de hulp van vroedvrouwen zeer welkom. Zowel bij het geven van borstvoeding, als bij het afbakenen van het bezoekuur kunnen zij een belangrijke rol spelen. Het postpartum is immers voor de meeste vrouwen een vermoeiende en soms stresserende periode, zeker indien borstvoeding geven niet meteen goed lukt.

> *"Eigenlijk vind ik de taak van de vroedvrouw wel heel belangrijk. Want je ziet soms dat de familie al aan de deur staat. Dat daar ook rol is weggelegd voor de vroedvrouwen, die ze ook wel opnemen als je het vraagt, maar dat ze daar toch een grotere rol in spelen om te zeggen "bezoek, a.u.b., de tijd is om". Het is*

*moeilijk om dat tegen je eigen familie te zeggen hè. Of dat je borstvoeding moet geven en dat er 10 man binnenzit en dat je denkt "oh, moet ik nu vragen om op de gang te gaan wachten?" Je hebt stress hè, en dat is enorm, en je moet die borstvoeding geven op de 1ste of de 2de dag, en die familie staat buiten te wachten! Ik heb dat toch zo ervaren bij borstvoeding. Ja, uiteindelijk is dat toch iets tussen jou en je kind hè." (S4)*

Net zoals bij de huisarts wordt ook bij de vroedvrouw gewaardeerd dat zij extra aandacht heeft voor de psychosociale dimensie in de zorg.

*"De vroedvrouw vraagt hoe het gaat, hoe voel je je, hoe gaat het met je kindje, heb je goed geslapen? Die speelt toch wel in op een ander soort vragen dat je op die moment ook hebt. Daar kun je meer aan vragen dan aan een gynaecoloog ook. Die is meer met je bezig, omdat die ook pilletjes geeft, de verzorging." (S4)*

- Tijdsaspect en toegankelijkheid

De meeste vrouwen vinden dat een vroedvrouw meer tijd heeft dan een arts. Dit brengt het voordeel dat er meer tijd en ruimte is voor informatie. Eén van de respondenten in dit onderzoek haalt ook aan dat ze het enorm fijn vindt dat vroedvrouwen aan huis komen.

*"Die komen aan huis, dat is dan ook in huiselijke sfeer, dat is ook wel plezant. En die brengen allerlei attributen mee en die doen oefeningen. Dat is een basisschema en naar je eigen noden kan je dat aanvullen hè. En als je nood hebt aan puf-oefeningen, kunnen zij dat doen. Ja, die neemt meer de tijd." (S4)*

- Contact met de vroedvrouw

De vroedvrouw is meestal een persoon die de respondenten goed kennen en waarmee een goede band ontstaat tijdens de zwangerschap. Ook door lichamelijk contact kan de band met de vroedvrouw versterkt worden.

*"Ze zijn ook mee melk uit mijn borsten komen knijpen, en dan met het lepeltje aan het kindje gegeven. Het schept toch een band eigenlijk hè, als mensen zo aan je lichaam zitten." (S4)*

- Continuïteit van zorgen

Enkele respondenten vermelden dat ze het zeer fijn vinden doorheen hun zwangerschap dezelfde vroedvrouw te hebben.

*"Dus dat was voor mij wel een hele leuke leidraad door mijn zwangerschap. Zo 1 en dezelfde persoon. Die had ook juist de nacht als ik binnen ging in het ziekenhuis. Die is komen horen hoe het ging en of ik het zag zitten en of ik iets aan haar uitleg had gehad en of ik nog vragen had ondertussen. En dan heeft die mij in het ziekenhuis verzorgd, en dan daarna aan huis gekomen." (S4)*

*3.1.3 Noden tijdens de zwangerschap*

#### 3.1.3.1 Nood aan geruststelling

Dé allerbelangrijkste behoefte van àlle vrouwen in dit onderzoek is nood aan geruststelling. Vrouwen willen het gevoel hebben dat ze terecht kunnen bij een arts, om

hun bezorgdheid te uiten en gerustgesteld te worden. Vrouwen willen weten dat alles in orde is met hun kindje, zeker in het begin van de zwangerschap als ze hun kindje nog niet voelen bewegen. Ongerustheid kan vele vormen aannemen, maar blijft toch bij vele respondenten aanwezig gedurende de hele zwangerschap.

> *"Ik vond het wel belangrijk dat ik sowieso, als ik ongerust was, ergens terecht kon. Dat was belangrijk, want ja, als je zwanger bent, zo'n klein vruchtje. Ja, da je toch een veiliger gevoel hebt als je ergens terecht kunt bij de dokter of bij de gynaecoloog die je dan verder helpt. Dat je zeker bent "ok, alles zit goed". Dat is het belangrijkste vind ik." (S2)*

> *"Buiten komen, en horen dat alles goed is, da's super! Da's onbeschrijflijk, dan ben je zó gelukkig!" (S9)*

> *"Ik heb zo heel fel die mijlpalen afgeteld, zo eerst naar 3 maanden afgeteld. Dan was de kans op een miskraam klein, en dan dacht ik "oké, zit veilig". En dan afgeteld naar 26 weken, omdat je dan weet "onderste grens van levensvatbaarheid". Ik telde voor de 26 weken heel fel de weken af, terwijl nadien was dat minder. Dan had ik een gerustere periode, want dan dacht ik "als ze nu komt, dan heeft ze nog hulp nodig, maar dan leeft ze nog wel, en dan is ze bij ons". (S5)*

Vaak gaat het hier om angst voor afwijkingen. Goede testresultaten zijn dus enorm belangrijk voor zwangere vrouwen. De angst hangt af van de leeftijd van de moeder en het voorkomen van al dan niet erfelijke aandoeningen bij een van beide ouders, zoals prematuriteit.

> *"Ik was heel bang, omdat ik al 38 ben, dat speelt wel mee. Ik was bang voor het syndroom van Down, ook al zit dat niet bij ons in de familie. Maar ze zeggen hoe langer je wacht met kindjes, hoe groter je kans daarop hè. Weet je, je zit met zoveel spanning, omdat je weet dat er ergens een kans is dat je die baby niet gaat kunnen houden, of dat ze je baby gaan moeten wegnemen." (S9)*

Indien testresultaten afwijken, zoals een kleine afwijking op echografie, vergroot opnieuw de ongerustheid.

> *"Mijn partner, die heeft iets aan zijn nieren, maar dat was normaal niet erfelijk. Maar die ene keer dat we gingen, was haar blaasje niet gevuld, en dan zit je daar toch wel mee in je gedachten! De gynaecoloog zei dan dat ik haar de volgende keer moest herinneren dat ze moest checken of dat blaasje gevuld was. En dan ga je buiten, maar dat draag je toch mee tot de volgende echo hè." (S9)*

Het is opmerkelijk dat ongerustheid het grootst is bij de 1ste zwangerschap. Vrouwen vertellen dat ze bij een 2de of een volgende zwangerschap veel beter weten wat ze kunnen verwachten.

> *"Tijdens mijn 1ste zwangerschap ben ik heel ongerust geweest altijd. Ik heb zelfs op een gegeven moment, als ik ben wakker geworden en ik had geen gespannen gevoel meer in mijn borsten, dat was dan paniek! Ik ben dan naar de supermarkt gereden om een 2de zwangerschapstest te halen om dat toch terug te testen. Ik was veel minder ongerust bij de 2de zwangerschap. Ja, omdat je weet wat er gaat gebeuren, wat normaal is." (S1)*

Geruststelling wordt het snelst bekomen door het horen van de foetale harttonen of door het zien van hun kindje op echografie. Alle vrouwen vinden het zeer fijn om de hartslag van hun kindje te horen via doptone, maar de meeste verkiezen echografie indien zij de keuze krijgen. Echografie kan immers naast de harttonen ook een bewegend beeld van hun kindje weergeven.

> *"Ook als ik naar de huisarts kwam, hier konden ze dan geen echo nemen, en dan lieten ze de harttoontjes horen, en ja, ik was dan wel elke keer blij als ik dat gehoord had." (S6)*

> *"Voor mij was dat doptone toestel ook al meer dan voldoende, maar daar zie je natuurlijk niets mee, als er dan een probleem is of zo." (S3)*

In het kader van geruststelling hebben enkele respondenten ook nood aan vergelijking met andere zwangere vrouwen. Zo willen ze te weten komen of hun zwangerschap normaal verloopt.

> *"Waar ik vooral ook nood aan had was "referentie", bijvoorbeeld "hoeveel zijn andere mensen al bijgekomen t.o.v. mij?" of "hoe groot is het kind bij een ander in dezelfde periode?" Dat je toch ergens gerustgesteld wordt omdat je ergens in de middenmoot valt. Dat ben ik wel altijd nog gaan opzoeken. Want de gynaecoloog zegt wel altijd "het kindje is groot genoeg", " het weegt al genoeg", "je bent niet te veel bijgekomen". Maar ik wou dan voor mezelf nog wel eens zien hoe ik in die curve zat." (S4)*

Naar het einde van de zwangerschap ontstaat er bij vele vrouwen ook de angst voor de bevalling. Deze angst neemt toe naarmate het geboortegewicht stijgt en kan ondersteund worden door goedbedoelde reacties van vrienden en familie.

> *"Ik was bang om te bevallen. Dat was het enige waar ik mij zorgen over maakte op het einde. In het begin denk je daar nog niet aan. Maar toen ze aan 3.700 kg kwam, toen begon ik toch wel te panikeren hoor. Hoe ga ik dat doen? Hoe krijg ik die daar uit? Nee, ik zag dat echt niet zitten. Ik heb daar ook een paniekaanval over gehad. Ik ben op een bepaalde moment beginnen wenen omdat ik echt dacht dat ik dat niet ging kunnen! Iedereen maakte mij ook bang hè! Ik kwam dan van de gynaecoloog, en dan woog ze 3.700 kg, en dan was het de gewoonte van naar de dichte familie een sms'je te sturen hoe het was geweest. En de echte goeie vrienden wisten dan ook wel dat het "gynaecologendag" was geweest en die vroegen dan meestal 's avonds hoe het was geweest. En dan kreeg ik reacties van "amai, 3.7kg, begint maar al epidurale te vragen! Jij gaat afzien binnenkort!" En dat is allemaal wel grappig en goed bedoeld, maar 's avonds als iedereen weg is, dan lig je in bed en dan denk je "ja, hoe ga ik dat in feite doen?"" (S9)*

Vrouwen in dit onderzoek vertellen ook dat nefaste gebeurtenissen bij vrienden of kennissen de ongerustheid vaak vergroot. Het blijkt soms een moeilijk evenwicht te zijn tussen overbezorgd zijn en willen en kunnen genieten van de zwangerschap.

> *"Ik denk dat dat vooral komt, vorig jaar, door een collega van mij op het werk die een tweeling had op 22 weken en ze konden de weeën niet meer tegenhouden. En die 2 kindjes zijn dan geboren en zijn dan 20 minuten later gestorven. En dat heeft mij wel heel fel getekend in die schrik die ik daar nu voor heb. Je neemt dat mee dus vandaar dat ik die geruststelling wil hebben. En als ik die baby efkens niet voel*

*bewegen in mijn buik, dan zou ik eens op mijn buik kloppen tot ze reageert zodat ik die bevestiging heb dat alles nog goed is. Daarvóór was dat zo gemakkelijk hè, je bent die 3 maanden door en dan is de miskraamperiode voorbij. En dan bleek dat zo ineens niet te zijn." (S5)*

Sommige respondenten vinden de tijd tussen zwangerschapsconsultaties bij de gynaecoloog te lang. Daarom zouden ze graag tussentijds nog eens bij de huisarts op controle gaan, zonder daarentegen hun consultatiefrequentie bij de gynaecoloog te wijzigen.

*"Ik vond dat de controles vaak te lang duurden, en je weet niet wat normaal is, wat je moet voelen, dan was ik altijd blij dat ik terug kon gaan. In het begin ben je dan gerustgesteld als je juist geweest bent, maar dan 3 weken later denk je oei oei, is alles nog wel goed?" (S1)*

#### 3.1.3.2 Nood aan echografie

Zoals hoger vermeld kan echografie leiden tot geruststelling, zeker bij complicaties. Echografie kan die geruststelling bieden omdat het de ideale manier is om de normale evolutie van de foetus na te gaan: grootte, gewicht en hartactiviteit van de foetus kunnen objectief weergegeven worden. De meeste vrouwen willen dan ook de tijd tussen 2 echo's beperkt houden, een maand is voor veel respondenten te lang. Zij wensen ook het aantal echo's zelf te kunnen bepalen.

*"Emotioneel is dat iets te weinig vind ik, want ja, je wilt je kindje wel eerder zien, dan altijd een maand ertussen." (S7)*

Respondenten vinden het ook belangrijk dat er voldoende informatie gegeven wordt tijdens de echografie, voor henzelf, maar ook voor de partner. Dit verhoogt volgens hen de betrokkenheid van de partner. Eén respondent vermeldt ook dat zij vindt dat een echografie de band met het ongeboren kindje versterkt, zowel voor haarzelf als voor haar partner.

*"Ik kan mij ook niet voorstellen dat ik dan weer 2-3 maanden zou moeten wachten om dat baby'tje weer eens te zien. Ik vind dat je daardoor ook veel sneller een band krijgt met je kindje en ik denk dat dat voor mijn man ook wel een verschil maakt. Ja voor die band. Ik heb sowieso wel die band, maar als je die dan ziet, dan is dat weer echt helemaal een mensje. Dan is die zo dichtbij." (S5)*

Veel vrouwen vinden een echografie ook gewoon leuk: zij kunnen op die manier hun kindje zien en het geslacht ontdekken.

*"En dan op 20 weken het geslacht te horen krijgen, dat was 1 van de leukste keren dat ik naar de gynaecoloog ben geweest. Dan weet je éindelijk of het een jongen of een meisje wordt! Dat was tof!" (S9)*

Enkele respondenten hechten minder belang aan een echografie en vinden het niet noodzakelijk dat dit gebeurt bij elke consultatie. Enerzijds vinden zij dat echografie soms zeer snel wordt uitgevoerd, zodat zij niet echt de ruimte kregen om alles goed te laten doordringen. Anderzijds stellen zij zich de vraag of dit voor iedereen wel financieel haalbaar is en misschien onterecht schuldgevoelens kan veroorzaken. Er worden immers door de mutualiteit slechts 3 echo's terugbetaald, terwijl de meeste gynaecologen in dit onderzoek soms meer echo's voorstellen. Eén respondent spreekt van misbruik van het

sociaal systeem. Enkele vrouwen vinden het de taak van de gynaecoloog om duidelijk te maken dat het medisch gezien niet nodig is om bij elke consultatie een echografie te doen.

> *"Ik moest dat zelf niet zien, die beelden maakten voor mij niet zoveel uit. Ik heb dat eigenlijk nooit gemist. Want ja, als je dan bij de gynaecoloog gaat, tenzij die ene keer dat ze dan een uitgebreide echo doen, dan gaat dat eigenlijk zo snel, en zeker tegen het einde dat hij dan groot wordt, dan geraakt hij toch niet meer op dat scherm. Ik ging niet naar de gynaecoloog met het idee "joepie, ik kan weer naar dat schermpje zien!". Het feit dat de gynaecoloog zei dat alles in orde was, was voor mij al meer dan genoeg." (S3)*

> *"De mutualiteit betaalt er 3 terug, maar ze doen er bij de gynaecoloog veel meer en ze zeggen dan "de mutualiteit betaalt er máár 3 terug, de rest zullen we dan wel zo doen". Dus je betaalt wel wat minder, maar daar krijg je ook geen briefje van om binnen te brengen bij de mutualiteit. Dat vind ik toch een beetje opdringerig, terwijl zij hun zwarte kas vullen." (S4)*

Ook wat betreft de 3D echografie geldt dat er voor- en tegenstanders zijn. Voorstanders vinden het fijn omdat ze het een manier vinden om hun kindje zo realistisch mogelijk te zien. Tegenstanders vinden daarentegen dat 3D echo's helemaal niet realistisch zijn.

> *"En met 3D zie je echt dat kind hè, da's geen vaag vlekje. Je ziet op wie je kindje lijkt en zo, ja voor die band, die echo's, da's pure luxe dat wij dat altijd krijgen." (S5)*

> *"Die 3D echo, die je kan laten doen, die wordt eigenlijk wat opgedrongen hè. Daar wordt zo een uitleg aan gegeven van "medisch gezien zou dat niet slecht zijn als je dat een keer laat doen, dan kunnen we nog eens duidelijk zien dat alles zeker in orde is" waardoor je eigenlijk als ouder niet "nee" kan zeggen, want als het ooit fout zou lopen, dan voel je je schuldig. En van die 60 euro, daar wordt niets van terugbetaald. We hebben dat kind 2 seconden gezien, want die lag niet goed, dus je zag niets. En dat trekt ook op niets die 3D echo. Als ik de volgende keer zwanger ben, dan doe ik dat niet meer." (S4)*

#### 3.1.3.3 Nood aan informatie

- Informatiedomein

Zwangere vrouwen hebben een enorme nood aan informatie, zowel wat betreft de zwangerschap, de bevalling en het postpartum. Zij willen immers al het nodige doen om optimale omstandigheden te creëren voor hun ongeboren kindje. Zo blijkt dat vele vrouwen in het begin van hun zwangerschap informatie wensen over voeding tijdens de zwangerschap, infecties die de foetus kunnen aantasten, allerlei zwangerschapskwaaltjes zoals harde buiken en sporten tijdens de zwangerschap. Naar het einde van hun zwangerschap willen vrouwen ook weten hoe een normale bevalling verloopt, wat weeën zijn, wat een epidurale juist inhoudt, wanneer een inductie of een sectio overwogen wordt, wat een episiotomie is en op welke manier de partner hen kan ondersteunen tijdens de partus. Het is voor de respondenten ook belangrijk om zich goed voor te bereiden op de komst van hun kindje en daarom wensen ze informatie over borstvoeding. Toch zegt één respondent dat ze het opmerkelijk vindt dat er zoveel

informatie over borstvoeding gegeven wordt. Eén vrouw vermeldt ook dat ze tijdens haar zwangerschap al een goede pediater wil vinden voor haar kindje.

> *"Wat ik ook wel opmerkelijk vond tijdens die zwangerschap was zo de hele discussie over flessenvoeding en borstvoeding. Ik had daar voor de zwangerschap ook niet zo bij stilgestaan en ik had vóór de zwangerschap voor mezelf die keuze al gemaakt zonder dat ik er veel over gelezen had, wat achteraf gezien misschien wel een beetje egoïstisch is, en daarna krijg je bakken informatie over die voeding – dat was echt een overload – maar uiteindelijk ben ik bij mijn standpunt gebleven. Maar ik vond het heel opmerkelijk dat daar zoveel over te doen is. Dat is natuurlijk wel heel belangrijk, maar ik vond het raar dat er over andere onderwerpen minder werd gezegd, terwijl borstvoeding wel in elk boekje of folder ter sprake kwam. Ze geven het gevoel dat borstvoeding het beste is, en dat flesvoeding op de 2de plaats komt, zodat je je soms zelfs schuldig begint te voelen als je dat allemaal leest." (S6)*

Vooral bij een 1ste zwangerschap is de nood aan informatie groot, vrouwen weten immers nog niet zo goed wat normaal is. Indien er afwijkende testresultaten zijn, wordt de informatienood nog groter.

> *"Tijdens mijn zwangerschap was bij de 1ste suikertest de suiker te hoog en dan moest ik een uitgebreide test gaan doen, zonder dat ik uitleg kreeg van de gynaecoloog waarom dat nodig was, welke gevolgen er waren. Die dingen heb ik zelf moeten opzoeken, en dan lees je natuurlijk dingen waarover je je zorgen begint te maken. En dat had niet nodig geweest als dat uitgelegd geweest was. Dat je weet wat het zou kunnen zijn en dat ik me nog geen zorgen moet maken, want dat we het eerst gewoon gaan testen. Ik heb op dat moment geen uitleg gekregen, en daar werd ik ongerust over, en dan dacht ik dat er misschien iets ernstigs was." (S8)*

- Informatiebron

Zwangere vrouwen hebben verschillende bronnen om hun informatiehonger te stillen. Naast de medisch opgeleide gynaecoloog, huisarts en vroedvrouw zoeken zwangere vrouwen ook informatie bij familie zoals de eigen moeder. Eén respondent waarbij de moeder-dochterrelatie min of meer verbroken is, ervaart de afwezigheid van haar moeder dan ook als een gemis. Een zwangere vrouw heeft dus vaak nood aan een moeder die meeleeft en bezorgd is, en er mee over waakt dat alle praktische zaken geregeld worden. Maar de nood aan een moeder breidt zich ook verder uit. Zo zal de zwangere vrouw, indien ze zich zorgen maakt over haar zwangerschap, haar moeder vaak als 1ste contacteren. Vrouwen in dit onderzoek vinden het ook fijn om samen met hun moeder de komst van de baby voor te bereiden, zoals bijvoorbeeld de kinderkamer behangen, kleertjes kopen enzovoort. Bovendien rijst bij zwangere vrouwen naar het einde van de zwangerschap vaak ook de vraag hoe de eigen bevalling destijds verliep.

> *"Ik denk dat het anders is omdat ik ook geen contact meer heb met mijn moeder. Daarom was het wel handig dat mijn beste vriendin er was, en dat die zei "de kinderkamer is in orde" of "mijn valies is gemaakt". Daardoor dat ik wist wat ik moest doen. Want anders heb je waarschijnlijk wel dat uw mama vraagt "heb je dat al gedaan" of "heb je dat al gedaan"? En dat had ik niet. Allé, ik had daar nood aan en ik denk dat ik dat ook wel gemist heb tijdens mijn zwangerschap, een mama die*

*meeleeft en waarschijnlijk ook veel te bezorgd is. Weet je die is daar ook allemaal doorgeweest, dus je hebt de ervaring dan wel die meespeelt ja." (S3)*

*"Dat is zo meer met mijn mama die moeder-dochterrelatie en wij krijgen dan ook een dochter dus dan gaat dat zo verder, dat is wel leuk. Om zo de oma dingen te doen, de geboortelijst leggen, kinderkamertje behangen. Dat zijn zo de gezellige leuke oma-dingen, die voorbereidende dingen. Ook als er zoiets is dan ga ik toch eerst naar ons mama bellen. Dat ik zo eerst efkens bij haar pols omdat van alle mensen zij u toch het beste kent. Zo ook met die harde buik, is dat normaal dat ik dat al vijf uur heb. Dan pols ik eerst even om te zien of ik niet overbezorgd ben." (S5)*

Naast de eigen familie, kan het kan ook een zwangere vriendin of de kinesist met ervaring over de eigen zwangerschappen, zijn. Eén vrouw vermeldt dat het niet zozeer uitmaakt wie het is, zolang het maar iemand met kennis is. Vrouwen vinden het soms fijn om een 2$^{de}$ mening te horen.

*"Veel mensen geven hun mening, dus dat je dat aan iemand met een medische achtergrond kan vragen, dan voelde ik mij daar geruster bij." (S6)*

Een opmerking van enkele vrouwen bij deze informatie is dat het voor hen belangrijk is dat de informatie op niveau van de patiënte is en dat de informatieoverdracht stapsgewijs gebeurt. Deze vrouwen benadrukken dat ze teveel informatie op korte tijd niet goed kunnen onthouden. Eén vrouw in deze studie moest een cholecystectomie ondergaan omwille van cholecystolithiasis. Ook in haar geval was er een duidelijke informatienood over deze ingreep en de gevolgen voor haar kindje. Zij vermeldt dat het voor haar daarentegen belangrijk is enkel van het hoogst noodzakelijke op de hoogte gebracht te worden.

Vrouwen gaan ook vaak zelf op zoek naar informatie in boeken en op internet, de zwangerschapsforums. Zij nemen meestal actief deel aan zwangerschapscursussen, informatieavonden en rondleidingen in het ziekenhuis. Bij één vrouw ontstaat het idee van een 24/24 telefonische hulplijn in het geval dat er nood is aan informatie, en het onmogelijk is om iemand met kennis te bereiken.

#### 3.1.3.4 Nood aan psychosociale aandacht

De meeste vrouwen beschrijven de zwangerschap als een bijzondere beleving, waarbij hun gedachten en ideeën vaak verschillen van voor de zwangerschap. Sommige vrouwen die altijd zeer carrièregericht waren, zeggen dat de prioriteiten volledig bij het ongeboren kind gaan liggen tijdens de zwangerschap. Andere vrouwen hadden nooit gedacht dat ze zo fanatiek gingen zijn in verband met hun gezondheid en hun voeding tijdens de zwangerschap.

*"Ik had dat nooit verwacht, want ik werd vroeger zo gek van die zwangere vrouwen die het alleen maar over dat kind hebben en shit, nu ben ik zelf zo geworden! Vroeger was dat alleen carrière en bijstuderen en nog iets in bijberoep gaan doen. En nu ja, dat is nog allemaal belangrijk, maar de prioriteit is toch helemaal veranderd. Nu draait alles rond ons kindje." (S5)*

*"Ik ben niet iemand die voor het minste naar de huisarts gaat. Maar nu tijdens die zwangerschap doe je dat wel en ik vind dat zelf ook wel raar." (S5)*

Het valt voor sommige respondenten ook op dat mensen tijdens hun zwangerschap zich plots anders gaan gedragen. Mensen gaan vaker het welzijn van de zwangere vrouw bevragen. Dit gebeurt vooral zodra de zwangerschap zichtbaar wordt. Andere mensen worden aangetrokken door het ongeboren kind en gaan vaak de buik van de zwangere vrouw betasten. Enkele respondenten vermelden dat ze dit niet fijn vinden.

> *"Kennissen en collega's die wat verder af staan, zien je allemaal als moedertje. Niet meer als competente collega of om een pint mee te gaan drinken. En dat is al wat collega's nog vragen, normaal gaat dat enkel over het werk, en nu ineens gaat dat alleen over die kleine en niets meer over het werk. Allé, da's heel fijn dat ze allemaal zo bezorgd zijn, maar da's raar. In de ogen van andere mensen word je iemand anders. Ik ben niet meer "de flapuit", of "de leerkracht, de pedagoog". Ineens ben je "de moeder" en dan pas die andere rol. Heel raar, heel bizar! En dat begint ook vooral wanneer die buik zichtbaar wordt." (S5)*

Vrouwen praten ook erg graag over hun zwangerschap. Enkele vrouwen in dit onderzoek hebben de nood om specifiek met zwangere vrouwen of vrouwen die recent bevallen zijn, te spreken. Zij vinden het fijn om te spreken met personen die hetzelfde voelen als hen.

> *"Je kan dat wel tegen je partner zeggen, en dat is ook leuk, maar toch is dat anders, want die voelt niet wat jij voelt. Daar had ik dus wel behoefte aan." (S6)*

Enkele vrouwen beleven hun zwangerschap als een emotionele rollercoaster die zij niet onder controle hebben. Een blij gevoel en onzekerheid naar de toekomst wisselen elkaar af. Enkele respondenten vertellen dat ze veel nood hebben aan emotionele steun en vragen begrip van de omgeving. Vrouwen vragen ook vooral van hun partner dat hij rekening met hen houdt.

> *"Want al die hormonen vliegen rond in je lichaam, en je kan dat niet vertellen hoe dat voelt. Dat is een rollercoaster, alsof je een marionet bent die aan touwtjes hangt en door iemand anders gedirigeerd en geambeteerd wordt. Je kan daar niets aan doen en hebt dat totaal niet onder controle. Die hormonen kan je gewoon niet in bedwang houden hè." (S9)*

> *"Je gevoelens veranderen helemaal. Een onnozele reclame op tv kan je al doen wenen, wat je daarvoor niet deed. De partner moet op dat moment toch wat meer rekening houden met mijn gevoelens. Vooral het rekening houden met, is belangrijk, zowel met mijn fysieke als mentale veranderingen." (S7)*

Omwille van deze veranderende beleving hebben vele vrouwen nood aan een vertrouwenspersoon. Deze persoon is vaak de huisarts of de vroedvrouw, want vrouwen vinden dat deze hulpverleners vaak deze extra dimensie belichten, die nergens anders aan bod komt. Vrouwen vinden het dus zeer belangrijk dat een arts het welzijn van de zwangere vrouw bevraagt. Zij hebben immers nood om intieme zaken te bespreken.

> *"Zo van lichamelijke veranderingen die je merkt, terwijl je wel weet dat het erbij hoort, maar toch eens even wil aankaarten. Dat zal ik bij de gynaecoloog niet doen, omdat die vertrouwdheid er niet is zoals wel bij de huisarts." (S5)*

Uit dit onderzoek blijkt ook dat er reeds tijdens de zwangerschap een zeer sterk moederinstinct aanwezig is. De band met het ongeboren kindje is zeer uitgesproken. Respondenten vinden dat hun zwangerschapsgevoel in contrast staat met de

zwangerschapsbeleving van de toekomstige vader, die vaak nog niet echt die band heeft met het ongeboren kindje. Daarom vinden zwangere vrouwen het heel belangrijk dat de partner betrokken wordt bij de zwangerschap.

> *"Ik was daar constant mee bezig omdat ik dat ook voelde leven. Je zit in een andere versnelling. Ik zat er al veel verder in, bij hem is dat langer abstracter gebleven. Het enige wat hij ziet is mijn buik die groter wordt, hij heeft dat wel eens gezegd dat voor het doordringt van "ik word papa" of "er is een baby op komst", dat ik dan denk ik al 4 of 5 maand zwanger was. Je ervaart het anders." (S3)*

#### 3.1.3.5 Nood aan medische zorg

Vrouwen hebben nood aan begeleiding tijdens hun zwangerschap. Dit kan begrepen worden in kader van de informatienood, hun nood aan geruststelling en hun nood aan psychosociale aandacht. Zwangere vrouwen vinden het belangrijk dat ze terecht kunnen bij een arts. Zij hebben nood aan vertrouwen in hun arts en zij wensen een eerlijke hulpverlening.

Eerst en vooral is het voor vrouwen belangrijk dat hun gezondheid wordt nagegaan, en dat artsen rekening houden met hun voorgeschiedenis. Indien zij klachten hebben, wensen zij dat deze klachten serieus genomen worden en dat deze verder onderzocht worden. Eén respondent met cholecystolithiasis zegt dat die zorg niet altijd evident is. Ondanks haar uitgesproken pijn, heeft zij zelf tijdens haar zwangerschap ervaren dat de baby vaak op de eerste plaats kwam, en dat haar ziekte op de achtergrond terecht kwam. Een bijkomende moeilijkheid in dit geval was dat de finale verantwoordelijkheid tot induceren van de zwangerschap bij haar werd gelegd.

> *"Ik ben vanaf mijn 6$^{de}$ maand galcrisissen beginnen krijgen en dat doet gewoon heel pijn. En ze konden mij niet opereren omdat dat kindje in de weg zat. Je kwam dan binnen in de kliniek en dan zeg je "het is voor de spoed, want ik heb een galcrisis" en dan zagen ze dat ik zwanger was en dan zeiden ze: "nee nee, jij mag niet naar de spoed, jij moet naar de materniteit". En dan kwam ik op materniteit, en daar zeiden ze "jaja, we zullen je aan de monitor leggen". En dan zei ik "ja maar, ik kan niet aan de monitor, ik kan niet bewegen, ik crepeer van de pijn!" . Dokters legden mij altijd aan de monitor en dan kwamen ze mij vertellen "het kindje heeft niets hoor". Op dat moment had ik pijn, en mijn baby had geen pijn, en dat was heel moeilijk. Dat was precies of ik was egoïstisch. Dat kwam zo over omdat ze niet naar mij keken, maar altijd eerst naar dat kind, terwijl ik enorme pijnen had. Maar bij mij was dat echt zo van "je moet **mij** helpen". Ze hadden meer aandacht aan **mij** moeten besteden." (S4)*

Zwangere vrouwen verwachten ook van hun arts dat hij/zij luistert naar de patiënte, zowel wat betreft hun medische als hun psychosociale behoeften. Zij willen zich begrepen voelen. De arts moet nagaan wat de wensen van de patiënte en haar partner zijn en deze wensen respecteren.

> *"Ik kan begrijpen dat de dokters de HCG-waarde in het oog willen houden, maar uiteindelijk is het mijn keuze. En ik had zoiets van "wil ik dit wel weten?". Dat was 2.5 week emotioneel echt heel belastend. Ik was 11.5 week toen ik mijn miskraam kreeg, dus net geen 3 maanden, je weet ergens dat het niet goed gaat. En als ik me niet goed voel of als er iets verdacht is, zoals bijvoorbeeld bloedverlies, als vrouw weet je dan ook dat het 5 voor 12 is, en dat het niet de goede richting uit*

*gaat. Er is toen weinig rekening mee gehouden wat ik ervan vond van die herhaalde bloednames, en mijn gevoel, en de gevoelens van mijn echtgenoot." (S7)*

#### 3.1.3.6 Nood aan rust

De meeste vrouwen in dit onderzoek getuigen dat de zwangerschap een zeer vermoeiende periode is. Vooral het 1ste trimester blijkt zeer vermoeiend te zijn. Zij spreken dan ook uit dat alle hulp van hun partner en familie meer dan welkom is. Respondenten zeggen dat het belangrijk is dat de partner hun vermoeidheid serieus neemt en hen tegemoet komt in het huishouden.

*"Ja, met de zwangerschap dat hij echt rekening houdt met moeheid. In het begin is dat enorm. En ja misselijkheid, daar heb ik veel last van gehad. Dat de partner dan huishoudelijke taken overneemt, zoals koken, voor de andere gezinsleden zorgen, echt ondersteunen en tegemoetkomen als het niet gaat. U weer serieus nemen, dat je het meent, dat je niet aan het zwanzen bent." (S8)*

Ook op professioneel gebied is het soms compromissen sluiten. Enerzijds vinden zwangere vrouwen het goed om het werkritme te behouden, anderzijds kan de vermoeidheid de werkdruk ook verhogen. Begrip van collega's is daarom zeer belangrijk voor zwangere vrouwen.

#### 3.1.3.7 Nood aan betrokkenheid van de partner

Zoals eerder vermeld, vinden vrouwen het belangrijk dat hun partner bij de zwangerschap betrokken wordt. Zij vinden het daarom fijn dat de partner mee gaat naar alle zwangerschapsconsultaties en hier ook informatie krijgt. Zij vinden het belangrijk dat artsen de betrokkenheid van de partner stimuleren, maar dat dit nog te weinig gebeurt.

*"Ik vind dat wel heel belangrijk dat je dat intens samen beleeft. Samen naar de gynaecoloog gaan, samen naar de prenatale lessen gaan – dat zijn zo'n dingen die het gevoel versterken dat je het met 2 doet. Als vrouw ben je er continu mee bezig, want je ziet dat en je voelt dat, maar als partner sta je er toch soms even buiten." (S6)*

Verder willen zwangere vrouwen met hun partner af en toe een goed gesprek hebben over de zwangerschap en hun ongeboren kindje. Ze wensen ook dat hun partner hun zwangerschapskwaaltjes serieus neemt en bezorgd is. Zo kan de steun van de partner bij rookstop tijdens de zwangerschap heel belangrijk zijn. Bovendien is het voor vrouwen erg belangrijk dat de partner mee enthousiast is over de zwangerschap en dat hij goed voorbereid is op de zwangerschap en de komst van de baby, om op die manier hun vrouw goed te kunnen steunen en helpen.

*"Wat ik recent als positief heb ervaren: als we naar de rondleiding zijn geweest in het ziekenhuis, dan was er een papa-hoek georganiseerd waar werd gezegd wat er door de vader geregeld moet worden, navelstreng doorknippen of niet. Ik vind dat goed, want ik heb altijd het gevoel dat alles rond de moeder draait, maar uiteindelijk is de partner daar even belangrijk in. Ik vind het belangrijk dat hij van zo'n dingen op de hoogte is: wat is een zwangerschap, hoe evolueert dat, wat kan er misgaan, hoe zal de bevalling zijn?" (S7)*

*"Ik was juist bevallen, en moe, en dan staat daar nog zo'n stuntelige vader die niet goed weet wat hij moet doen, want ja voor hem was dat nieuw. Hij voelde zich ook*

*ambetant dat hij mij daarin moest storen. Ja, je ligt daar moe, niet geslapen. "En hoe warm moet dat water zijn?" en "wat moet ik daar in doen?" en "is dat de voorkant van de pamper?". Dat is allemaal wel koddig en schattig, maar ik had zoiets van "grrr, ge hebt u niet goed voorbereid"." (S4)*

De meeste vrouwen hebben ook heel sterk nood aan bevestiging van de partner dat ze nog aantrekkelijk zijn. Vrouwen getuigen dat er tijdens de zwangerschap immers heel wat onzekerheid over het eigen lichaam ontstaat, omdat de zwangerschapskilo's en de bijhorende zwangere buik het lichaamsbeeld veranderen. De visie van de partner op seksueel contact tijdens de zwangerschap kan bovendien veranderen. De onzekerheid van de zwangere kan hierdoor nog vergroten, terwijl de nood aan intimiteit gelijk blijft.

*"En zo ook op seksueel gebied, vond hij dat allemaal ineens heel raar. En dat hij dat zo wat afblokte en zei "ons dochter is er nu wel bij hè!". Ja, hij heeft dat zo heel fel dat hij zich afvraagt "Ga ik ze niet pijn doen of zo?". Voor hem ben ik nu het nestkastje waar ons kindje zit in te groeien. Ik vond dat wel moeilijk die 5-6 maand. Want voor mij was dat ook mijn partner, waar ik seks mee heb. Dat is wel wennen dat hij afstandelijker is en mij op een andere manier bejegent. Ik denk dat dat ook iets typisch vrouwelijk is dat je dan onzeker wordt van "oei er is iets mis, hij vindt me niet meer aantrekkelijk"." (S5)*

### 3.1.3.8 Noden tijdens het postpartum

Zoals hoger reeds besproken, is het postpartum een zeer vermoeiende periode en kunnen vele vrouwen wel wat hulp gebruiken. Naast de hulp van de partner bij het regelen van praktische zaken, wordt vooral de hulp van vroedvrouwen geapprecieerd. In het verlengde van deze hulp van de vroedvrouw in het ziekenhuis ligt de hulp van Kind & Gezin. Het postpartum is ook vermoeiend voor vele vrouwen omdat vele hulpverleners passeren: vroedvrouwen, de kinesist, de pediater, de gynaecoloog.. Enkele respondenten zouden dit opgelegd schema liever anders ingevuld zien.

*"'s Morgens krijg je meteen je eten, de dokter komt, want die doen hun ronde rond 8h30, om 8h krijg je je eten, je kind moet ondertussen gewassen worden, je hebt weinig geslapen, je ligt niet in je eigen bed, je hebt pijn, je kind ligt te wenen, en ik kreeg dan ook nog eens de kinesist 's morgens op bezoek die mij een half uur oefeningen liet doen waar ik helemaal geen zin in had. En dan nog eens de kinderarts die langskwam. De verzorgingen komen daar dan nog eens tussen. En dan was het al bezoekuur, maar tegen dat het bezoekuur was, was ik al kapot, en dat vond ik zelf verschrikkelijk. Ik had liever de dag anders ingedeeld." (S4)*

Enkele respondenten missen hier de psychosociale dimensie.

*"Ik hoop echt dat ze terug wat meer tijd gaan maken voor de patiënt, want nu heb ik het gevoel dat ik in een fabriek terecht kwam. Je bent een pakje dat op een band wordt geplaatst en je moet maar mee alles doorlopen tot je thuis bent, dan is het gedaan. Ik heb het moeilijk daar mee. En toen ik daar lag voor mijn bevalling, zeiden ze ook dat als er nog spontane bevallingen gingen binnenkomen, dat "de rest" dan achteruitgeschoven werd. Precies of ik een auto was die ze later wel gingen herstellen. Dat gevoel heb je dan wel. Ik had heel sterk het gevoel dat ze geen rekening hielden met de psychologie van de patiënten." (S9)*

Ten slotte blijkt er ook nood te zijn aan frequentere consulten bij de gynaecoloog postpartum. Nu is er 1 laattijdig consult voorzien op 8 weken, en dit is volgens de meeste respondenten te weinig.

> *"En één keer moet je dan nog langsgaan bij de gynaecoloog, en dan is het gedaan en dat sprak elkaar zo hard tegen! Daarvoor is dat om de maand, en dan om de 2 weken, en dan in het ziekenhuis, en dan ben je uit het ziekenhuis, en dan zegt die "hup, binnen 8 weken mag je nog eens op controle komen". En dat terwijl dat allemaal kei veel pijn doet! En dan ben ik op controle geweest, en dan op 2 minuten sta je terug buiten, terwijl je daar anders zeker een kwartier binnen zat." (S4)*

*3.1.4. Barrières om de huisarts te consulteren*

#### 3.1.4.1 Niet weten dat de huisarts aan zwangerschapsbegeleiding doet

De meeste respondenten die zich enkel bij de gynaecoloog laten begeleiden, weten niet dat de huisarts aan zwangerschapsbegeleiding doet en wat er op een controle bij de huisarts gebeurt. Respondenten brengen als argument dat het de gewoonte van de maatschappij is om naar de gynaecoloog te gaan voor hun zwangerschap.

> *"Ik had dat pas gehoord toen ik al zwanger was, van een collega die de één maand naar de gynaecoloog gaat, en de andere maand naar de huisarts. Ik vond dat kei raar! Ik wist dat helemaal niet dat dat gedaan werd." (S5)*

#### 3.1.4.2 Personalia huisarts

Leeftijd en geslacht van een arts kunnen een belangrijke barrière vormen om een huisarts te consulteren. Dit geldt trouwens ook voor de gynaecoloog. Respondenten vinden de barrière groter om hun huisarts te contacteren indien het gaat om een mannelijke arts met hogere leeftijd. Anderzijds kan een familieband met de huisarts het bespreken van sommige zaken ook bemoeilijken.

> *"Misschien heeft dat er ook mee te maken dat mijn huisdokter een oudere dokter was, en een man. Niet dat ik dingen bewust niet gevraagd heb, maar misschien dat ik toch onbewust dingen niet gevraagd heb, da's anders. Met jongere, vrouwelijke huisartsen, vraag je gemakkelijker intiemere dingen. Bijvoorbeeld hoe lang de kraamvloed kan duren, of vanaf wanneer je intiem mag zijn na de bevalling. Die dingen zou ik niet gevraagd hebben aan mijn huisdokter, die mens zou dan waarschijnlijk denken "seg hou u eens een keer in hè". Want die is misschien van de oude stempel. Maar dat zijn wel vragen waarmee je zit." (S9)*

Een andere respondent vermeldt dat als ze niet bij haar eigen huisarts terecht zou kunnen voor zwangerschapsbegeleiding, dit voor haar ook een barrière zou vormen. Een andere respondent zegt slechte emotionele ervaringen te hebben bij de huisarts wat betreft zwangerschapsbegeleiding en dat ze zich daarom niet gecombineerd wil laten opvolgen.

#### 3.1.4.3 Materiaal en infrastructuur

Sommige respondenten vinden dat de infrastructuur bij de huisarts te gering is, waardoor sommigen enkel de gynaecoloog consulteren. Het gaat hier voornamelijk over een echografie-toestel. Maar ook een monitor en een omkleedhokje worden genoemd.

Enkele respondenten die met kennissen spreken over hun gecombineerde opvolging krijgen soms negatieve reacties.

> *"Ik ga elke maand naar de gynaecoloog, en die neemt ook elke maand een 3D echo dus wij hebben elke maand onze fotootjes en die zet dat dan ook altijd op USB stick dus wij hebben elke keer 6-7 foto's van ons dochter, dat scheelt denk ik ook wel heel veel dat ik minder gebruik maak van de service van de huisarts." (S5)*

> *"Collega's van mij die zeiden: "ah, dat zou ik niet graag doen om de beurt naar huisarts en gynaecoloog, want je mist elke keer een echo!"" (S3)*

> *"Ik kan toch beter naar de gynaecoloog gaan, als er dan iets is dan kunnen die direct iets doen, die hebben het materiaal liggen om meteen verder te onderzoeken. Want ik vraag mij af welke toestellen er in de huisartspraktijk zijn, en als er dan iets is, ja dan moet je toch verder gaan." (S5)*

#### 3.1.4.4 Verbondenheid aan het ziekenhuis

De huisarts is meestal niet verbonden aan het ziekenhuis, terwijl dit bij de gynaecoloog wel het geval is. Dit feit kan eveneens een argument zijn om de huisarts niet te consulteren.

> *"Je denkt dat je bij de gynaecoloog in de beste handen bent. Je bent direct in het ziekenhuis, want de gynaecoloog is gelinkt aan het ziekenhuis. Eigenlijk komt het hier op neer: "stel in worst case, waar ben ik het beste af?"" (S4)*

#### 3.1.4.5 Kennis

Sommige respondenten, en voornamelijk deze die enkel de gynaecoloog consulteren, vinden dat de huisarts onvoldoende kennis heeft om een zwangere vrouw te begeleiden. De gynaecoloog wordt immers beschouwd als degene die het meeste kent en weet van alles wat met gynaecologie en verloskunde te maken heeft, terwijl de huisarts beschouwd worden als iemand met algemene kennis.

> *"Het medische vooral hè. Dat is uiteindelijk ook het belangrijkste hè, dat alles goed loopt, die mensen hebben daarvoor gestudeerd, die zouden dat het beste moeten weten en die hebben de ervaring hè. Ik denk dat als alles prima verloopt, je dat even goed bij de huisarts kan laten doen. Maar dan zou ik schrik hebben, want wat als er dan iets misloopt? Stel dat de huisartsen iets missen? Dat de gynaecoloog sneller kleine dingen opmerkt, die anders over het hoofd gezien zouden kunnen worden bij de huisarts." (S4)*

#### 3.1.4.6 Aard van het medisch probleem

Een veelgenoemde barrière om een huisarts te consulteren is dat het probleem niet belangrijk genoeg is, uit angst wat de arts van hen zal denken. Dit geldt trouwens ook voor de gynaecoloog. Eén respondent vermeldt dat zij uit angst voor een vaginaal toucher, liever een arts telefonisch contacteert dan op raadpleging te gaan.

> *"Misschien omdat ik zou denken dat de vragen die ik heb een beetje dom zijn. Dat ik me er niet zo druk over moet maken, dat het wel allemaal normaal is, dat ik die mensen hun tijd niet moet gaan verdoen. Of als ik denk dat het onbelangrijke dingen zijn, of dingen die ik zelf kan oplossen. Dan zal ik niet komen." (S7)*

Anderzijds kan een urgent probleem ook een barrière vormen om de huisarts te consulteren, omdat de huisarts in de ogen van de patiënten toch niet veel zal kunnen doen en toch zal moeten doorverwijzen.

#### 3.1.4.7 Factoren die de barrière om de huisarts te consulteren, verlagen

Als belangrijkste factor vermelden de geïnterviewde vrouwen dat de afstand in het voordeel van de huisarts speelt. Zwangere vrouwen wonen meestal vlakbij hun huisarts, terwijl de gynaecoloog en het ziekenhuis verder verwijderd zijn.

Verder is het voor sommige patiënten ook een barrière om naar het ziekenhuis te gaan. Het ziekenhuis wordt over het algemeen geassocieerd met ernstige pathologie. Sommige respondenten zeggen dat ze liever eerst bij de huisarts op consultatie gaan, die hen zo nodig dan wel zal doorsturen en voor de communicatie kan instaan.

Eén respondent vertelt dat ze slechte emotionele ervaringen heeft bij de gynaecoloog en daarom liever bij de huisarts komt voor zwangerschapsopvolging.

*3.1.5. Suggesties voor de toekomst*

#### 3.1.5.1 Gecombineerde opvolging bekend maken

Respondenten vinden dat de huisarts kenbaar moet maken dat zwangere vrouwen ook bij hem/haar terecht kunnen voor zwangerschapsbegeleiding en wat er tijdens zo'n consultatie gebeurt. Op die manier kan de huisarts meer zwangere vrouwen naar zich toe trekken. Respondenten vinden dat de huisarts het beste proactief te werk gaat. Zo kan de huisarts dit bijvoorbeeld kenbaar maken aan een vrouw die komt voor een bloedname omwille van zwangerschapswens.

> *"Ik vind dat de huisarts zich wel wat meer mag tonen op dat vlak. Hij moet niet op de achtergrond staan." (S4)*

Respondenten suggereren dat dit op verschillende manieren kan gebeuren: mondeling, via brief, via posters in de wachtzaal, via flyers en folders en via de website van de praktijk. Vrouwen vinden ook dat huisartsen moeten laten weten aan gynaecologen en ziekenhuizen dat zij openstaan voor zwangerschapsbegeleiding. Vervolgens kan de gynaecoloog aan de zwangere patiënte voorstellen dat zij ook bij haar huisarts terecht kan voor zwangerschapsbegeleiding. Eén respondent vindt dat een belangrijke rol is weggelegd voor scholen: bij lessen over seksuele opvoeding en uitstrijkjes moet ook meegegeven worden dat men voor vele gynaecologische zaken en dus ook voor zwangerschapsbegeleiding bij de huisarts terecht kan. Een andere respondent vindt dat ook Kind en Gezin de taak heeft om dit mee te geven aan toekomstige ouders. Nog een andere respondent vindt dat de maatschappij hier ook kan aan meewerken, bijvoorbeeld door een campagne die zwangerschapsbegeleiding door de huisarts promoot.

> *"En dat de mutualiteit ook meer pusht. Want nu trekken we alles terug van de gynaecoloog. Dat de mutualiteit zegt "oké, dat kost ons veel meer als je altijd naar de gynaecoloog gaat, we gaan daar een campagne rond voeren om mensen meer naar de huisarts te sturen, in plaats van naar de specialisten". Want dat doen ze wel op andere gebieden. "Slaag de 1ste lijn niet over en als de 1ste lijn het niet kan, dan sturen ze je wel verder naar de gynaecoloog". Als je die informatie al duidelijk kan overbrengen aan de mensen, dan lijkt me dat al een hele barrière die overbrugd is." (S4)*

Vrouwen vinden het ook belangrijk dat wanneer zij bij de huisarts komen voor het bevestigen van de zwangerschap, de huisarts hen informatie geeft over de mogelijkheden van zwangerschapsopvolging. Zo wensen zij meer informatie te krijgen over het schema bij gecombineerde opvolging en wat een huisarts precies allemaal doet op een zwangerschapscontrole. Zwangere vrouwen willen weten hoeveel controles voorzien worden bij de huisarts en bij de gynaecoloog en welke testen kunnen of moeten gebeuren op welke zwangerschapsleeftijd. Uiteindelijk kan de zwangere vrouw dan kiezen welk schema zij verkiest.

> *"Ik denk dat je als huisarts dan ook de volledige uitleg moet doen dan: wat zijn de voordelen, wat kan er allemaal onderzocht worden tijdens zo'n consultatie? Wat als het stopt bij de huisarts, als wij niet verder kunnen, waar kan je dan terecht? Dat de mensen een volledig beeld krijgen. En dat ze bij de huisarts terecht kunnen met hun vragen." (S7)*

#### 3.1.5.2 Communicatie

Bijna alle respondenten vermelden spontaan dat de communicatie tussen huisarts en gynaecoloog slecht is. Nochtans vinden zij communicatie tussen hulpverleners, en dan vooral tussen de gynaecoloog en de huisarts, de beheerder van het globaal medisch dossier, zéér belangrijk. Als vrouwen merken dat de communicatie niet goed verloopt, ebt hun vertrouwen in de kennis en kunde van de medische staf weg.

> *"Tussen de vroedvrouwen was dat wel een groot probleem. "Ahja das toch je milt dat ze hebben weggenomen?" "nee, dat is mijn gal". Of nog zo'n pijnlijke: "ah, jij mag vandaag naar huis?" "nee, ik word morgen geopereerd". En oh, dat doet pijn op dat moment! En die mensen weten dat op die moment wel dat ze een grote blunder begaan, maar de impact is op dat moment wel groot. En als je op die momenten één persoon hebt, dan gebeurt dat niet, één persoon die alles opvolgt." (S4)*

> *"Ik heb het in het ziekenhuis ook gehad: een verpleegster die de draadjes van mijn keizersnede kwam uitdoen, waarop ik zei "ik heb helemaal geen keizersnede gehad". Die zei dan "oei, dan ben ik verkeerd gebriefd", woef, en die was weer buiten. Oh, dat vind ik verschrikkelijk! Dat geeft al geen goed gevoel hè. Dan heb je al geen vertrouwen meer in de mensen hè." (S4)*

Om verwarring en misverstanden te voorkomen, worden enkele respondenten liefst opgevolgd door zo weinig mogelijk hulpverleners. Hoe minder hulpverleners, hoe minder communicatie immers noodzakelijk is. Anderzijds zeggen sommige respondenten dat ze overleg en communicatie appreciëren. Meer kennis geeft volgens hen betere beslissingen. Sommige zwangere vrouwen verkiezen om begeleid te worden door slechts één hulpverlener die hen door en door kent. Naast de communicatiekwestie vinden zij dat op die manier een goede band kan ontstaan tijdens de zwangerschap, wat hen vertrouwen kan geven voor de bevalling.

Hoewel communicatie van groot belang is, wensen sommige respondenten zo min mogelijk bij de communicatieoverdracht betrokken te zijn. Eén respondent stelt zich de vraag of een verwijsbrief nog wel modern is in tijden van hoogtechnologische snufjes.

> *"Dat is zoals met een verwijsbrief, dan geven ze dat briefje, en dan moet je als patiënt met dat briefje naar de specialist. En dan als ze dat briefje hebben gelezen,*

*dan weten ze pas waarvoor je komt, dat is eigenlijk een beetje belachelijk hè. Allé, een briefje, dat is zo precies van "allé, hier is mijn rapport, wat vind je ervan?" Dat briefje zegt niet alles en de patiënt weet ook niet altijd wat hij er nog bij moet zeggen, dus dan moet hij zijn verhaal toch nog terug doen dus." (S4)*

#### 3.1.5.3 Kennis van de huisarts

Sommige respondenten stellen voor dat huisartsen zich subspecialiseren in zwangerschapsbegeleiding en op die manier hun kennis kunnen vergroten. Dit zou de drempel om zich mee te laten opvolgen door de huisarts kunnen verlagen. Een suggestie van een respondent is dat de huisarts die zich bezighoudt met zwangerschapsbegeleiding dan één moment in de week voorziet voor het opvolgen van zwangere vrouwen. Op die moment zouden er dan ook gezamenlijke infosessies of activiteiten voorzien kunnen worden.

*"Misschien gezamenlijke infosessies, of gezamenlijke activiteiten. Bijvoorbeeld dat je zegt dat je vrijdagmiddag enkel voor zwangere vrouwen is en dan zitten die samen in de consultatie. Dat is ook altijd plezant omdat die dan kunnen tetteren. Ik denk dat mensen wel bij elkaar gebracht kunnen worden omdat ze 1 gemeenschappelijk ding hebben: ze gaan allemaal bevallen. En dat je kan praten over je problemen of over je gevoelens. En dat je daar als huisarts daar wat op kan inspelen gewoon." (S4)*

#### 3.1.5.4 Materiaal en infrastructuur

Het verbeteren van materiaal en infrastructuur kan de drempel om de huisarts te consulteren ook verlagen. Zoals eerder vermeld wordt hier dan gedacht aan een omkleedhokje, maar vooral ook aan een echografietoestel. Uiteraard vergt dit een specifieke kennis en opleiding.

#### 3.1.5.5 Emotionele aspecten

Bij het bespreken van testresultaten is ruimte voor emoties zeer belangrijk. Respondenten vinden dat men deze testresultaten ook bij de huisarts moet kunnen bespreken, en dus dat elk testresultaat in kopij naar de huisarts gestuurd moet worden. Respondenten vinden immers dat de drempel lager is om de huisarts te contacteren en hebben vaak het gevoel dat er bij de huisarts meer ruimte is voor informatie.

*"Als je testen laat doen, moet je als patiënt niet bellen om de resultaten te bespreken of om te vragen hoe het is geweest met die testen. Ze zegt "geen nieuws, is goed nieuws". Daar had ik het moeilijk mee. Want ik was heel bezorgd om de gezondheid van die baby omdat ik bang was voor syndroom van Down door mijn leeftijd. Dus ik belde naar de gynaecoloog en die was kort tegen mij!!! En die smeet de telefoon in. Ik ben beginnen wenen, echt waar! Ik was daar zo van aangedaan!" (S9)*

Ook de begeleiding tijdens en na een miskraam moet volgens een respondent geoptimaliseerd worden. Huisartsen moeten kenbaar maken dat patiënten steeds bij hen terecht kunnen en dit zo lang als de patiënte het nodig acht.

*"Als het zoals in mijn geval slecht afgelopen is, daar nog verder in te begeleiden. Dat de arts vraagt of je graag nog eens op consultatie komt om het samen te bespreken, tot je denkt dat je erover bent, dat het voorbij is, dat het oké is. Ik ben*

*daar toch een paar maanden nadien emotioneel niet goed van geweest. Dus sowieso, ik vind de begeleiding achteraf ook heel belangrijk bij zo'n dingen." (S7)*

Ten slotte is het belangrijk om ook de patiënte achter de zwangere niet te vergeten. De respondent in dit onderzoek die cholecystolithiasis onderging heeft het zo ervaren dat steeds de baby primeerde, terwijl ook zij als patiënte nood aan medische zorgen had.

#### 3.1.5.6 Praktische aspecten

Een respondent vermeldt dat zij door de verplichte moederschapsrust een sterk gevoel van isolatie kreeg, alsof ze was uitgesloten van de maatschappij. Zij zou dit graag veranderd zien, door bijvoorbeeld in een overgangsfase deeltijds te gaan werken.

*"Vanaf dat je je draai gevonden hebt, na een 6- à 8-tal weken was dat bij mij, dan had ik echt nood om al deeltijds terug te integreren in de maatschappij, want ik voelde me echt uitgesloten van de maatschappij. Je hoorde niets meer, je zag niets meer. Je leven bestond uit je eigen coconnetje, voor de rest niets meer. Het feit dat je dan van de ene dag op de andere weer terug zou moeten gaan werken… Ik had liever een periode deeltijds gewerkt terug, zodat je gemakkelijker kan overstappen en dat je die saaiheid thuis niet hebt. Toch een moeilijke periode geweest. Dan begin je na te denken en verkeerde conclusies te trekken, wenen en lachen tegelijk, da's moeilijk." (S4)*

Een andere vrouw vermeldt dat ze nooit de keuze kreeg waar en op welke manier ze wou bevallen. Zij zou graag zelf kiezen waar, thuis of in het ziekenhuis, en op welke wijze, bijvoorbeeld onder water, ze wil bevallen.

## 3.2 Artsen

*3.2.1 Beschrijving populatie*

Er werden in totaal 7 huisartsen geïnterviewd: 4 mannelijke en 3 vrouwelijke artsen. De leeftijd varieert tussen 34 en 65 jaar. Drie huisartsen zijn gevestigd in de provincie Antwerpen, de overige in West-Vlaanderen. Drie artsen werken in een duo-praktijk, één arts in een groepspraktijk en drie artsen hebben een solo-praktijk. Twee artsen beschrijven hun praktijk als zowel een stedelijke als een landelijke praktijk. De overige 5 huisartsen beschouwen de eigen praktijk als landelijk. Het gemiddeld aantal zwangere patiënten die door de huisartsen gevolgd worden, varieert tussen een 3- tot een 24-tal per jaar (tabel 3).

| | **Geslacht** | **Leeftijd** | **Praktijk** | **Woonplaats** | **Aantal zwangere patiënten begeleid per jaar** |
|---|---|---|---|---|---|
| *C1* | M | 61j | Duo - Stedelijk en landelijk | Geel | 10-15 |
| *C2* | M | 55j | Solo - Stedelijk en landelijk | Gullegem | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *C3* | M | 60j | Groeps - Landelijk | Booischot | 10 |
| *C4* | M | 65j | Duo - Landelijk | Booischot | 10 |
| *C5* | V | 43j | Solo - Landelijk | Lendelede | 8-10 |
| *C6* | V | 48j | Solo - Stedelijk | Gullegem | 12-24 |
| *C7* | V | 34j | Duo - Landelijk | Moorsele | 10 |

Tabel 3: Gegevens artsenpopulatie

*3.2.2 Zwangerschapsbegeleiding als element in de huisartspraktijk*

### 3.2.2.1 Zwangerschapsbegeleiding

Alle artsen beschouwen zwangerschapsbegeleiding als een deel van de huisartsgeneeskunde en doen dit ook graag. De meesten geven als reden aan dat zwangerschapsbegeleiding een positief aspect is van de geneeskunde, het gaat hier niet om een ziekte.

> *"Meestal moet je miserie oplossen als huisarts. En dat is geen miserie hé. Dat is eens een positief verhaal." (C6)*

> *"De mensen zijn dan ook wel, zou ik zeggen, meestal blij en opgeruimd omdat ze zwanger zijn. Het is een heel ander publiek dan iemand die komt klagen omdat hij ziek is of omdat hij moe is of omdat hij niet vooruit kan." (C3)*

Het nauwe patiëntencontact, dat men ondervindt bij deze begeleiding, wordt eveneens als positief ervaren. Men ziet immers een gezin ontstaan, wat een intens gebeuren is in iemands leven. Door aan zwangerschapsbegeleiding te doen, ziet men de patiënt in deze fase meer. Er wordt een vertrouwensband opgebouwd en patiënten zullen achteraf ook sneller de huisarts consulteren voor hun kindje.

> *"Ik heb mij daar altijd goed bij gevoeld en als je vraagt waarom doe je dat, waarschijnlijk is dat ook omdat via zwangerschapsbegeleiding dat je heel dicht bij mensen komt te staan, heel dicht bij koppels komt te staan. En dat dat eigenlijk toch een intense periode is van die negen maand samen zijn." (C2)*

> *"En ook naar het kindje toe, dat ik dan ook duidelijk maak dat wij ook kleine kindjes en baby's, dat we dat als huisarts ook kunnen doen. Dat ze daarvoor ook niet direct naar een pediater hoeven te gaan. Dat zit er dan ook allemaal in verweven." (C7)*

Bovendien vinden de meeste respondenten zwangerschapsopvolging eenvoudig en routine. Ze hebben er expertise in opgebouwd, waardoor ze zich meer gewaardeerd voelen.

*"Als je dan wat expertise, als ik dat zo mag zeggen, kreeg in iets, dan krijg je daar ook wat waardegevoel uit hé en word je daar ook voor gewaardeerd. Ja, en komen ze ook bij u daarvoor." (C2)*

De interesse in zwangerschapsbegeleiding bij de jongste huisarts heeft ook te maken met de levensfase waarin zij zich bevindt, gezien zij recent zwanger is geweest en de patiënten dus meer haar leeftijdsgenoten zijn.

*"Het is een boeiend concept. En gewoon omdat ik zelf in die levensfase mij beweeg. Ik heb ook al 2 kleine kinderen, dus 2 zwangerschappen achter de rug. Dus je weet zelf ook al een beetje hoe je je daarbij dan voelt, wat dan een beetje de kwaaltjes kunnen zijn, de ongemakjes. En ik vind dat dat ook wel boeiend is om de vrouwen in de praktijk tijdens hun zwangerschap daarin voor een stuk te begeleiden en daarin een beetje te helpen en te ondersteunen." (C7)*

Niet alles aan zwangerschapsbegeleiding wordt positief bevonden. Vooral het te maken krijgen met een miskraam bij één van de patiënten beschouwen artsen als een negatief aspect.

*"Ja als je mors in utero hebt of je hebt een miskraam, dan is dat minder leuk natuurlijk. We hebben afgelopen maand er twee gehad die een vroegtijdig miskraam hebben gedaan. Dat zijn geen lollige zaken dus… Dat komt er dan ook wel eens tussen. Niet zo frequent. Maar het komt er tussen." (C3)*

Ook de hoge werkdruk voor sommige artsen zorgt ervoor dat zij niet staan te springen om patiënten voor zwangerschapsbegeleiding aan te trekken.

*"Ik zit daar ook niet echt achter. Ik heb al werk genoeg. Ik word overspoeld door het werk. Dus ik heb zeker ook niet de ambitie om werk te creëren door nog iedereen aan te trekken voor zwangerschapsbegeleiding." (C6)*

#### 3.2.2.2 Bevallingen

Niet alle huisartsen beschouwen bevallingen tot de huisartsgeneeskunde. Twee van de respondenten hebben in het verleden zelf bevallingen uitgevoerd, maar zijn hiermee gestopt. Eén van deze artsen beschouwt dit nu als een taak die behoort tot het terrein van de gynaecologen. De andere ziet een bevalling begeleiden wel nog als onderdeel van de huisartsgeneeskunde, maar dit is door de verhoogde werkdruk voor hem onmogelijk geworden.

*"Ik heb een tijd gehad dat ik er een 50-tal per jaar deed. Op het laatste was dat minder. Waarom? Omdat het eigenlijk ongewenst drukker in de praktijk werd. Huisartsgeneeskunde is een drukke bezetting. Ik vind nog steeds dat dat tot de huisartsgeneeskunde behoort. Maar de werkdruk voor de huisartsen is groot en andere dingen moeten ook gedaan worden." (C1)*

Eén respondent doet nog steeds bevallingen, weliswaar zeer zelden. Deze interesse vindt zijn oorsprong in zijn stagejaren. Jaren geleden begeleidde hij nog een 12- à 15-tal bevallingen per jaar. Dit is afgenomen tot 1 of geen per jaar. De belangrijkste reden hiervoor is dat huisartsen geen bevallingen in het verloskwartier van het ziekenhuis meer mogen doen, waardoor de expertise verloren gaat. Ook het niet meer continue

beschikbaar willen zijn, speelt een rol. Hierdoor verliest hij weliswaar patiënten voor zwangerschapsbegeleiding.

> *"Sinds 3 jaar mogen huisartsen in AZ Groeninge geen bevallingen meer doen. Ja dat is natuurlijk… dat heeft een enorme impact op zwangerschapsbegeleiding. Als je aan zwangere vrouwen zegt, dat je er op het einde niet meer kan bij zijn, dan is de stap om zich verder te laten opvolgen minder gemakkelijk." (C2)*

> *"Als je zwangerschapsbegeleiding doet, dat dat heel intensief is qua beschikbaarheid. Dat je moet bereikbaar zijn, ook in het weekend, altijd in het weekend hé. En dat op een bepaald moment, nu dat ik wat ouder geworden ben, dat ik daar ook niet meer voor kies om het hele jaar door altijd maar beschikbaar te zijn, zaterdag, zondag." (C2)*

Bevallingen begeleiden is voor hen wel stressvol geweest. Het wordt immers niet als routine beschouwd, waardoor het onzekerheid bij de huisarts veroorzaakt.

> *"Zo een bevalling doen is ook stresserend hè. Dus het is spannend, het is een uitdaging. Maar heel plezant." (C1)*

Eén van de artsen vermeldt de voorwaarden waaraan moest voldaan worden om een bevalling te kunnen begeleiden: terug kunnen vallen op collega-huisartsen om de praktijk over te nemen én terug kunnen vallen op een gynaecoloog bij problemen.

> *"Maar het is dan ook heel urenbenemend hè. Allé daarvoor moet ik mij kunnen vrijmaken hé. Dat wil zeggen als dat een bevalling is op een drukke maandag dan moet ik iemand hebben die mijn patiënten moet kunnen overnemen." (C2)*

> *"Ik kon als huisarts maar bevallingen doen, omdat ik ook een gynaecoloog achter mij had. Dus ik werkte heel vaak met dezelfde gynaecoloog. En op de duur wist die wat ik kon en wat ik niet kon. En hij kon mij gemakkelijk zeggen, ik hou dit nu voor u, het zal wel gaan, zelfs als ik wat onzeker was. Maar omgekeerd kon hij ook zeggen, nu mag je het niet meer doen, nu wordt het gevaarlijk hé." (C2)*

De overige huisartsen hebben verkozen geen bevallingen te begeleiden in hun carrière. Angst voor medicolegale problemen, onvoldoende opleiding en niet altijd beschikbaar willen zijn, zijn de belangrijkste redenen.

> *"Ik had daar schrik van, medicolegaal. In mijn opleiding heb ik dat ook te weinig gedaan vond ik. En ook de beschikbaarheid, vooral dat denk ik. Dat zag ik echt niet zitten om 's nachts op te staan en in het weekend beschikbaar te zijn. Want ik vind als je zelf bevallingen doet, moet je er ook wel staan voor je patiënten. Dan kun je niet zeggen, het is nu wachtdienst, ga maar naar de collega. En dat had ik er echt niet voor over. Het is al druk genoeg zo." (C6)*

Eén arts vindt bevallingen voor de huisarts te hoog gegrepen, gezien je toch regelmatig zou moeten verwijzen en zo te weinig ervaring kan opdoen.

> *"Ik heb ooit in het begin van mijn carrière erover nagedacht om zelf bevallingen te doen en er zijn misschien nog collega's hier en daar die dat doen. Maar ongeveer de helft van de zwangerschappen stelden toch één of ander probleem waardoor dat mijn ervaring dus toch al geringer zou worden sowieso, omdat ik te weinig bevallingen zelf zou kunnen doen. Daarom heb ik dat niet gedaan." (C3)*

#### 3.2.2.3 Stadium tijdens de zwangerschap waarop zwangeren consulteren

De meeste artsen zien vrouwen meer in het begin van de zwangerschap. Voor de bevestiging van de zwangerschap komen zij meestal bij de huisarts terecht. Afhankelijk van de gynaecoloog zien zij de patiënte nog een aantal keer terug tot de 7de-8ste maand. Vanaf dan neemt de gynaecoloog volledig over.

> *"Zeker in het begin sowieso, omdat ze komen voor de eerste bloedname. De meesten dus voor de bevestiging. En dan een beetje afhankelijk van de gynaecoloog die ze opvolgen, zie ik ze meestal op regelmatige basis of op iets minder regelmatige basis." (C7)*

De respondenten menen wel dat zwangere vrouwen sneller bij hen terecht zullen komen voor acute pathologie. Als hoofdreden hiervoor geven enkelen aan dat patiënten moeilijker terecht kunnen bij de gynaecoloog.

> *"In het begin van de zwangerschap zien we de moederkes vaker. Ook voor acute dingen gaan ze gemakkelijker bij ons komen. Ook omdat dat moeilijker is om bij de gynaecoloog binnen te geraken." (C1)*

*3.2.3 Implementatie van zwangerschapsbegeleiding door de huisarts*

#### 3.2.3.1 Protocol

Twee van de huisartsen hanteren de richtlijn van Domus Medica. De overige artsen hebben hier geen kennis van. Eén arts baseert zich louter op het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin en twee andere artsen hanteren een protocol opgesteld door de gynaecologen van een nabij centrum. De overige 2 artsen baseren zich op eigen ervaring. Eén van deze artsen vindt het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin immers niet overzichtelijk. Van overige richtlijnen is er geen sprake.

Criteria voor een goed protocol zijn door de meesten overzichtelijkheid en gemakkelijke hanteerbaarheid. Voor twee van de artsen is wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn ook noodzakelijk.

#### 3.2.3.2 Anamnese en informeren

Op het eerste zwangerschapsconsult bevragen de meeste huisartsen de datum van de eerste dag van de laatste menstruatie. Sommigen zullen, indien niet gekend, de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis navragen.

Tijdens vervolgconsulten wordt stilgestaan bij tekens van acute pathologie, zoals miskraam of pre-eclampsie. Er wordt aandacht geschonken aan de kindsbewegingen, de beleving van de moeder en eventuele zwangerschapskwaaltjes. Het merendeel van de artsen vindt het een belangrijke taak om de patiënt gerust te stellen. Er is dan ook ruimte voor persoonlijke vragen.

Twee huisartsen vermelden specifiek het kinkhoestvaccin. Zij hebben graag dat patiënten hiervoor bij hen komen. Zo zien ze de patiënt nog eens na de bevalling.

> *"Trouwens de Boostrix® wordt ook altijd besproken. Ik zou dat precies graag zelf doen. Dan zie je ze ook eens na de bevalling en ook een keer met het kindje dikwijls. En dan kun je al weer wat vragen naar borstvoeding. En dan merkt ze*

*ook van 'tiens, die kent daar ook wat van'. Dat is dan ook wel weer een aanknopingspunt." (C7)*

Informatie wordt dus grotendeels mondeling gegeven. Sommigen zullen een informatiebrief meegeven aan de patiënten. Velen werken met folders, zoals het boekje van de Bond van Grote en Jonge Gezinnen.

*"Wij hebben de informatiebrochure van de Bond van Grote en Jonge Gezinnen, dat wij dan gewoonlijk verstrekken. En dan ook de zwangerschapsmap die geproduceerd is door Kind en Gezin en die in samenwerking is geweest vroeger met de wetenschappelijke vereniging." (C3)*

De meeste onderwerpen die aan bod komen zijn voeding, vitamines en infecties, zoals toxoplasmose. Sommigen staan stil bij het medicatiegebruik van de zwangere en haar werksituatie. Ook kan er al even stilgestaan worden bij de borstvoeding.

*"Klachten, de subjectieve klachten die ze hebben. Ook informatie geven, van wat is normaal, wat is niet normaal, wat mogen ze verwachten, downscreening, informatie over voeding, over toxoplasmose, preventie. Zo al die dingen, dat doen wij wel ja. Ja en ik neem daar toch mijn tijd voor." (C5)*

#### 3.2.3.3 Klinisch en technisch onderzoek

Eén van de huisartsen heeft de indruk dat er minder belang wordt gehecht aan de klinische controles. De overige respondenten vermelden hier niets van.

*"Maar de klinische controle, daar wordt precies niet meer zoveel belang aan gehecht. Ik heb zelfs de indruk als ik nu sommige begeleidingen beluister van patiënten dat dat, dat de begeleiding zich vooral toespitst op die echografie. Dat is dus de grote gouden standaard blijkbaar hé, maar al de rest is, allé, lijkt mij precies overbodig." (C2)*

De bevestiging van de zwangerschap zal bij iedereen gebeuren door een bloedafname. Indien nog niet gekend, zullen dan ook antistoffen tegen belangrijke infectieziekten bepaald worden. Eén van de artsen bepaalt eveneens CMV-antistoffen, de overige vermelden hier niets van. Iedereen doet ook de bloedafname voor de triple test en de suikertest. Sommige artsen zien echter dat dit ook meer in het ziekenhuis gebeurt.

Eén van de artsen vindt een bloedafname ook noodzakelijk op het einde van de zwangerschap.

*"En op het einde van de zwangerschap zou je eigenlijk nog eens bloedname moeten doen, om eens te kijken of alles wel in orde is." (C1)*

Alle artsen meten bij elk consult de bloeddruk en het gewicht en doen een urinetest. Iedereen bezit een doppler om de harttonen te meten. Eén van de huisartsen gebruikt dit wel niet bij elke controle. Twee van de artsen vermelden dat zij de handgrepen van Leopold toepassen om de ligging van de foetus te bepalen.

*"Dat is een ritueeltje dat iedereen op den duur kent hé. Dus je doet een weging, patiënten kleden zich uit tot op haar onderbroek. Ik neem de bloeddruk. Mijn doppler werkt pas vanaf 12 weken. Ik controleer dan ook altijd de baarmoederhals. Albuminurie, de glucosurie…" (C2)*

De meeste artsen doen een vaginaal touché aan het einde van de zwangerschap om opening en verweking van de cervix te meten. Ze doen dit echter niet vaak, gezien patiënten op het einde van hun zwangerschap toch meer naar de gynaecoloog gaan. Twee artsen vinden dit overbodig geworden.

> *"Een touché deed ik vroeger heel regelmatig bij de moeders, maar dat doe ik nooit meer. Omdat eigenlijk, je hebt dat niet meer nodig een touché. Als je ziet hoe dat dat kopje ligt, heb je al voldoende informatie. En ja, met een touché kan je ook de weeën opwekken of bloedverlies krijgen." (C1)*

> *"Die doe ik niet. Dat is eigenlijk een goede vraag, omdat ik er eigenlijk nog niet echt mee bezig geweest ben, dat ik het eigenlijk nooit gedaan heb. En ja, dat is eigenlijk soms wel een beetje dubieus." (C7)*

Eén huisarts doet aan het begin van de zwangerschap een borstcontrole, om een gezwel uit te sluiten, gezien dit moeilijk wordt in de loop van de zwangerschap. Hij beseft dat de huidige richtlijnen hieraan minder aandacht besteden.

> *"Ik weet dat in mijn tijd een borstcontrole belangrijker was dan nu, want als ik de guidelines lees, heeft borstcontrole nu niet meer veel waarde. Maar het is heel belangrijk dat in het begin van de zwangerschap er niks is van aanleg van een gezwel, want het wordt in de loop van de zwangerschap alleszins moeilijker om een borstonderzoek te doen." (C2)*

Iedereen noteert de bevindingen in het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin. Twee artsen beschikken over een zwangerschapsdossier in het elektronisch medisch dossier.

#### 3.2.3.4 Echografie

Eén van de respondenten heeft een echografietoestel ter beschikking. Wanneer zwangere vrouwen op consultatie komen, zal hij steeds een echografie nemen. De nekplooimeting laat hij echter over aan de gynaecoloog. Zelf vindt hij dit een pluspunt voor de praktijk. Wanneer patiënten zich zorgen maken, geeft de echografie immers geruststelling.

> *"De mensen verschieten daarvan dat wij hier een echo hebben. En dan komen ze hier wel gemakkelijker voor opvolging." (C1)*

> *"We zien ze dus ook wanneer ze zich niet goed voelen, of steken hebben in hun buik. Dan komen ze ook naar hier hè. En dan kunnen we naar hiernaast gaan om een echo te nemen. Dat geeft hen dan ook geruststelling hè." (C1)*

Eén arts laat op 7 weken een eerste echografie uitvoeren door een privé-radioloog.

> *"Eigenlijk vraag ik heel rap een echo aan rond 7 weken omdat dat voor mij, goh, precies een stuk geruststelling is. Als je op 7 weken een kloppend hartje hebt, dan denk ik dat de miskraamkans ook een stuk kleiner wordt. De meeste miskramen doen zich vroeger voor of komen nooit voor in het stadium van een kloppend hartje. Het kan nog wel hé, maar dat is een stuk een geruststelling. En die echo laat ik, allé als ik mijn gang mag gaan, laat ik doen door de privéradioloog hier in Wevelgem." (C2)*

De overige huisartsen laten dit over aan de gynaecoloog. De belangrijkste redenen zijn de hoge kostprijs van een echografie, onvoldoende kennis hiervan en eventuele

medicolegale problemen die dit teweeg kan brengen. Zij vinden dat dit ook niet opweegt tegen de toegenomen technologie van de gynaecoloog, met onder andere de 3-dimensionele-echografieën.

> *"Ik ben daar wel in geïnteresseerd maar ik denk dat dat niet aan ons is voor een echografie te doen. Je hebt daar de routine niet voor. In het eerste geval is het duur een echotoestel, dus je moet dat daar een beetje kunnen uithalen. En medicolegaal, ik vind dat te riskant om daar te oordelen over een echografie en daar te zeggen "alles is oké". We zijn daar niet voor opgeleid. Ik weet zelfs niet of daar opleidingen voor bestaan. Nu met die drie-dimensionele echo's denk ik dat ze daar veel meer uit kunnen halen dan met de gewone, goedkope echo's." (C6)*

*3.2.4 Samenwerking met de gynaecoloog*

### 3.2.4.1 Evolutie in de tijd

De meeste huisartsen hebben het gevoel dat gynaecologen meer naar zich toe trekken. Vooral de oudere artsen zien dat dit met de tijd veranderd is.

> *"Eigenlijk had ik vroeger de controle van de begeleiding. En was ik het die naar de gynaecoloog verwees. Dus ik doe de klinische opvolging en drie keer gaan ze naar de gynaecoloog. Maar nu is het eigenlijk andersom." (C2)*

Zij wijten deze vermindering van samenwerking onder andere aan een gevoel van afname in vertrouwen van gynaecologen in huisartsen. Huisartsen en gynaecologen kennen elkaar minder dan vroeger. Hierdoor weten gynaecologen vaak niet dat huisartsen aan zwangerschapsopvolging doen.

> *"Vroeger waren wij hier maar met 2 huisartsen in de omgeving hè. En wij kenden de gynaecologen goed. En die wisten ook dat wij bezig waren met zwangerschap en bevallingen en zo. Zij wisten dat wij daar echt kennis over hadden, dus dan vertrouwden ze er ook op als wij iets vaststelden. Nu zijn we met veel meer huisartsen. En sommigen doen al meer aan zwangerschapsopvolging dan anderen. Dus ze weten dat gewoon niet." (C1)*

Sommige oudere huisartsen hebben de indruk dat jonge gynaecologen minder willen samenwerken. Terwijl sommige jongere huisartsen juist een betere samenwerking hebben met jongere gynaecologen.

> *"Ik merk ook dat oudere gynaecologen ook meer respect hebben voor de oudere huisartsen die dat mee opvolgen dan de jongere gynaecologen." (C3)*

> *"De jongere gynaecologen, de jongere specialisten in het algemeen, zijn veel minder geneigd samen te werken met een huisarts. Dat is echt opvallend. Een beetje een trend vind ik." (C6)*

> *"De jongere generatie staat daar wel meer voor open. De ouderen willen blijven zoals ze het altijd gedaan hebben." (C5)*

Ze menen eveneens dat de opleiding van jonge gynaecologen veranderd is. Er ligt nu meer nadruk op het technische aspect, waardoor huisartsen minder aan bod kunnen komen.

*"Ik merk dat jonge gynaecologen toch anders opgeleid zijn. Nu zijn er meer kunstmatige bevallingen. Vroeger als er bij een moederke een keizersnede moest gebeuren, oei, dat was een overleg van hier tot ginder. Maar nu gebeurt dat veel rapper hè. Een inductie ook bijvoorbeeld. In het begin gebeurde dat heel weinig, en dat is nu ook veel meer. Het kunstmatige aspect van de verloskunde is toch wel wat verhoogd tegenover vroeger ja. En op dat gebied komt de huisarts veel minder aan bod." (C1)*

Eén huisarts ziet een verandering van de visie van gynaecologen. Hij doet amper nog bevallingen omdat hij niet meer wordt toegelaten op het verloskwartier.

*"De gynaecologen hebben beslist om huisartsen niet meer toe te staan in de materniteit, dan zegt dat toch veel rond visie dat de gynaecologen hier eigenlijk verloskunde als iets van de tweede lijn beschouwen." (C2)*

Met de jaren is de attitude van de huisarts ten opzichte van gynaecologen dan ook veranderd. De oudere huisartsen proberen meer te verwijzen naar bepaalde gynaecologen, waarvan ze weten dat die de patiënt naar hen terugstuurt. Er zijn ook artsen die het echt kenbaar maken aan gynaecologen dat zij deel willen uitmaken van de zwangerschapsopvolging.

*"Zij gaan patiënten niet sturen voor een klinische controle. Dat zie ik niemand doen. Ik moet het sturen, ik moet aan hen kunnen zeggen hoe dat ik het wil, want van hen uit is er geen beleid waarin zij de huisarts nog betrekken." (C2)*

#### 3.2.4.2 Communicatie

Volgens de meeste artsen is er een probleem met de communicatie tussen de gynaecoloog en de huisarts.

Er zijn huisartsen die een verwijsbrief meegeven aan de patiënte na bevestiging van de zwangerschap, maar waarbij de gynaecoloog de patiënt niet terug verwijst. Als ze terug verwijzen hebben sommigen het gevoel dat dit enkel uit beleefdheid is.

*"Dat is dan meestal één rechte lijn naar de bevalling toe en waarvan het dan van de gynaecoloog, laat ons zeggen, een soort gentlemen's agreement is om de patiënten nog ne keer terug te sturen. Maar eigenlijk, zou ik zeggen, doet de gynaecoloog bijna de ganse zwangerschapsbegeleiding. Dus hetgeen dat hij naar de huisartsen toe verstuurt, ja dat zijn eigenlijk kadookes." (C4)*

Alle huisartsen nemen zelf contact op met de gynaecoloog bij problemen, maar vinden dat de gynaecoloog veel minder contact opneemt met hen. De meeste huisartsen krijgen wel een brief na de bevalling, maar missen communicatie tijdens de zwangerschap. Velen geven aan dat zij door de gynaecoloog op de hoogte willen gebracht worden wanneer er problemen, zoals een miskraam, optreden bij één van hun patiënten.

*"Ik denk dat er eigenlijk niet zoveel samenwerking is. Er is één gynaecoloog die systematisch brieven stuurt, de meesten doen dat niet. Ik ben natuurlijk wel op de hoogte gebracht op het moment dat de baby geboren wordt. Dat wel ja, maar voor de rest... Ik vind nu niet dat hier zoveel samenwerking is." (C6)*

*"Wanneer alles goed is, dat ze dan geen brief sturen, tot daar. Maar als er iets misloopt, wil ik echt wel op de hoogte gebracht worden. Het is zo dat labo voor*

*mongolisme, het meeste komt wel automatisch in het dossier via medibridge. Er zijn een paar gynaecologen die niet met medibridge werken. En dan komt er een patiënte "ah heb je die brief niet gekregen?" en je vindt dat niet meteen terug of dat papier komt dan twee dagen later als ze hier op consult zijn geweest. Dat is heel vervelend." (C6)*

#### 3.2.4.3 Verschil in aanpak tussen huisarts en gynaecoloog

De meeste huisartsen zien in dat zij beperkingen hebben tegenover de gynaecologen. Het belangrijkste is de echografie, die zij meestal niet bezitten.

> *"Je merkt ook dat patiënten zelf meer naar de gynaecoloog gaan omdat ze dan een echo krijgen en dat kindje kunnen zien, dat hartje kunnen zien kloppen en zo. Dat is dan een soort geruststelling hè." (C1)*

De gynaecoloog heeft volgens één van de respondenten ook een machtspositie, wat maakt dat patiënten minder gemakkelijk zullen terugkeren naar de huisarts.

> *"De patiënt moet een beetje gewapend zijn om terug te kunnen komen naar de huisarts. De gynaecoloog is waarschijnlijk ook meer een soort machtspositie, een soort leidinggevende positie daarin." (C3)*

Toch vinden de huisartsen dat zij ook veel voordelen kunnen bieden. Er is meer patiëntencontact dan bij de gynaecologen, gezien de huisarts de voorgeschiedenis en de familiale situatie van de patiënt kent. Ze kunnen ook meer tijd uittrekken voor patiënten om hun vragen te beantwoorden.

> *"Heel veel weerklank van de patiënt was dan ook, "jullie geven heel veel uitleg, aan jullie kunnen wij iets vragen. Bij de gynaecoloog was het weeral druk en we moesten rap terug buiten en we hadden geen tijd om onze vragen te stellen". Dat is iets wat ik nu heb leren uitspelen. In die zin dat ik weet dat de patiënt niet altijd vragen kan stellen bij de gynaecoloog, dat ik dan ook zeg "ok, als er vragen zijn, je kan hier ook altijd terecht"." (C3)*

Bovendien is de drempel om bij de huisarts te gaan ook lager. Patiënten kunnen snel bij hen terecht. Veel huisartsen vinden de wachtlijst bij de gynaecoloog erg lang.

> *"Ik denk niet dat ik de eerste 2-3 maand een afspraak kan maken. Zeker 2 maand eer dat ik een afspraak kan maken. Daar wat dat vroeger veel vlotter ging. Dat waren veel minder wachttijden." (C3)*

Huisartsen die de richtlijnen van de gynaecologen volgen, zien gemakkelijker de patiënten terug. Er is dan ook een beter contact met de gynaecoloog.

> *"Het is eigenlijk een goede samenwerking met de gynaecologen. Nu is dat zo, om de andere keer ziet elk van ons de patiënten. Wij verstaan ons goed met de gynaecologen. En de bedoeling is dat ook te onderhouden. En alles komt aan bod in die richtlijnen. Ik vind dat een goed schema." (C1)*

Hoewel de meeste huisartsen graag deel uitmaken van de zwangerschapsbegeleiding, willen zij niet dat patiënten te veel consulten moeten doen.

*"Jongere gynaecologen willen elke maand een echo. Dan zeg ik ook eerlijk, als de gynaecoloog elke maand een echo wil, dan wil ik niet dat jij 2 keer naar de dokter komt. Ene keer voor de echo, en dan ene keer bij mij gewoon voor u te wegen. Allé, niet dat ik dat niet wil doen, maar ik vind dat zo, dat vind ik precies geldverspilling en tijdverspilling voor de patiënt om 2 doktoren te doen wat eigenlijk in 1 consultatie kan. En daar voel ik, geef ik het direct uit handen." (C2)*

*3.2.5 Aandachtspunten voor de toekomst*

Sommige artsen zien het somber in voor de toekomst wat betreft zwangerschapsbegeleiding. Er is een zodanige verschuiving van de begeleiding naar gynaecologen dat zij het nog moeilijk vinden om hiervoor te ijveren.

*"Het is zo ingeburgerd dat dat gynaecologenwerk is dat je eigenlijk alleen staat met uw verlangen om daar ook iets aan te doen. En de cultuur is er niet. Je kan daarvoor ijveren en daarover dromen om dat te willen. Maar waarschijnlijk ga je je erg moeten weren om aan de bak te komen om die droom in te vullen." (C2)*

Anderen daarentegen zien een aanpak om meer zwangerschapsbegeleiding te doen wel nog zitten. Zij zouden patiënten wel meer willen zien tijdens hun zwangerschap. Een groot probleem schuilt zich immers ook in een laag aantal zwangere patiënten, waardoor men minder ervaren en dus onzeker wordt deze patiënten te behandelen.

*"Ik vind het wel goed dat je toch nog contact hebt met een zwangere patiënte hé. Omdat je ze anders 9 maanden kwijt bent en je anders niet weet hoe het verlopen is. Hoe beperkt ook. Ik vind het toch belangrijk in die periode contact te hebben." (C6)*

*"Heel veel huisartsen doen ook geen zwangerschapsbegeleiding meer wegens te weinig patiëntenpopulatie dikwijls. Omdat de gynaecologen al het grootste stuk afroomt. Op den duur de vrees van niet kunnen of van niet, zou ik zeggen, bekwaam te zijn op dit terrein." (C3)*

### 3.2.5.1 Kenbaar maken aan patiënten

Sommige huisartsen hebben niet meer de ambitie om zwangere patiënten aan te trekken, gezien zij al werk genoeg hebben.

*"Die ambitie ben ik kwijt. Ik neem nog aan en ik doe graag wat mij aangeboden wordt. Maar ik zoek geen extra werk meer. Waarschijnlijk is het omdat ik in een fase zit waarin ik geen extra werk meer wil. Dus ik hoef niks nóg liever te gaan doen." (C2)*

De meeste respondenten willen hier wel nog voor ijveren. Zij vinden dat men patiënten duidelijk moet maken dat ze ook bij de huisarts terecht kunnen voor een deel van de begeleiding. Ze schuiven daarvan de schuld deels in eigen schoenen.

*"Maar ik denk misschien ook een stuk bij onszelf, dat daar ook een probleem is. In die zin dat mensen ook niet altijd weten dat in het kader van zwangerschapsbegeleiding dat ze daarvoor bij ons terecht kunnen. Je vroeg daarstraks ook of ik daarmee actief bezig ben, eigenlijk niet. En misschien heb je dan wel die vrouwen die dat weten of ergens misschien ne keer gehoord hebben. Maar misschien moeten we dat hier in de praktijk ook ne keer duidelijker*

*communiceren zelf dat ze voor een heel stuk van de zwangerschapsbegeleiding toch ook hier terecht kunnen. We zouden daar ook een inspanning voor kunnen doen." (C7)*

Sommigen maken het mondeling kenbaar tijdens het prenataal onderzoek of tijdens het eerste consult. De meeste vrouwen komen immers wel voor de bevestiging van de zwangerschap bij de huisarts terecht.

> *"In dat eerste contact, allé, waar ik ook meld dat ik zwangerschapsbegeleiding doe, maar de bevallingen niet meer, laat ik hen nadenken hoe dat ze dat dan verder willen." (C2)*

> *"Ik probeer de mensen, vooraleer ze naar de gynaecoloog gaan, ook te zeggen dat het hier ook kan en dat wij wat laagdrempeliger zijn dan de gynaecoloog. Sommigen gaan daarop in en doen het wisselend. Dat is het initiatief van de patiënt. Het initiatief van de gynaecoloog staat daar tegenover." (C3)*

Andere manieren om dit duidelijk te maken zijn folders leggen of affiches uithangen in de wachtzaal of een vermelding op de website van de praktijk plaatsen.

Daarnaast zijn er ook voorstellen om patiënten op andere tijdstippen op de hoogte te brengen dat zij bij de huisarts terecht kunnen, ook voor de hele gynaecologische problematiek.

> *"Misschien ne keer ter sprake brengen als je een pilvoorschrift maakt, dat je dat ook een keer kort meldt dat ze hier terecht kunnen als het zover is. Een beetje de hele gynaecologische problematiek, dat ze daarvoor terecht kunnen." (C7)*

Eén huisarts wil zijn jongere collega inzetten, die erg geïnteresseerd is in obstetrie, om dit zowel aan patiënten als gynaecologen kenbaar te maken. Zij vraagt ook aan gynaecologen om haar bevallingen van patiënten te laten bijwonen.

> *"Die is daar geweldig geïnteresseerd in om dat te doen en we steunen haar daar volledig in. En ik kan mij wel voorstellen dat die dan haar eigen voorstellen komt doen. Bijvoorbeeld dat hier dan echt iets komt uit te hangen dat zij daarmee bezig is." (C1)*

Verder stelt men een campagne op nationaal niveau voor, ter promotie van de huisarts en waarbij de overheid huisartsen ook hulpmiddelen aanbiedt om de zwangerschapsbegeleiding te faciliteren. Voorbeelden hiervan zijn boekjes, informatiebrochures en opleidingen.

> *"Je kan daar ook een campagne voor doen, je kan dat ook nationaal doen. Dus een stuk promotie doen voor de huisarts. Nu, je kan dat alleen maar doen als de huisarts die taak kan en wil opnemen. Dus dan zou je ook moeten zien dat er ook de tools aanwezig zijn om het goed te doen. Dan moet je dat waarschijnlijk in een programma doen, met enerzijds communicatie naar de bevolking toe, zo van oké, de huisartsen kunnen ook zwangerschapsbegeleiding doen in samenwerking met de gynaecoloog en langs de andere kant de tools aanreiken dat de huisarts dat op een kwaliteitsvolle manier kan doen. Anders krijg je het als een boomerang terug." (C3)*

Sommige huisartsen hebben niet de nood om dit specifiek kenbaar te maken. Dit komt spontaan. Veel van hun patiënten weten dat zij zich ermee bezig houden en vertellen dit door.

> *"Ik denk wel dat ik enthousiasme uitstraal dat ik dat nog altijd graag doe hè. Veel patiënten weten dat ik dat graag doe en dat ik dat op een bepaalde manier doe aan de hand van dat moederboekje." (C2)*

> *"Het is dikwijls ook een mond-aan-mond-reclame. Ja, ik zie op het ogenblik dus, zou ik zeggen, de kinderen van de zwangere vrouwen die ik vroeger begeleid heb, die nu zwanger zijn. Dus het wordt ook zo een stuk doorgegeven. Je hebt dan ook een zekere reputatie opgebouwd of ervaring daarin. Die komen dan terug langs." (C3)*

#### 3.2.5.2 Optimalisatie van de samenwerking met de gynaecoloog

De samenwerking met gynaecologen is voor vele respondenten voor verbetering vatbaar. Verbetering kan volgens de meesten gebeuren door met hen in dialoog te treden. Als enkeling kan je daar moeilijk tegen optreden, voor de meesten is dit enkel mogelijk op kringniveau.

> *"Dat de kring in dialoog gaat met de ziekenhuizen zodat men met de gynaecologen daarrond afspraken kan maken. Zoals men dat nu doet voor hartfalen of opvolgen van borstkanker of nierinsufficiëntie of diabetes denk ik dat er ook perfect afspraken regionaal kunnen gemaakt worden met de gynaecologen. Maar dat is een veel moeilijkere groep om rond de tafel te krijgen dan andere specialisten." (C3)*

Er moet dan gewezen worden op het feit dat huisartsen graag op de hoogte gebracht worden, voornamelijk wanneer er iets misloopt.

> *"Wat mij het meest stoort dat als er zoiets is als een miskraam of een zwangerschapsonderbreking voor een gehandicapt kind, vind ik wel dat ze dat kunnen laten weten in plaats van dat een week later via brief te krijgen. Dus de gynaecoloog moet ne keer bellen hé, van "we hebben gezien, het is een gehandicapt kind, we gaan een zwangerschapsonderbreking doen". Dat zijn toch dramatische dingen in de mensen hun leven. Allé, dat zou wel goed zijn. Als alles goed is, moeten ze natuurlijk niet bellen. Maar serieuze dingen… Als er tijdens de bevalling iets misgelopen is, dat ze dat toch laten weten."(C5)*

Anderzijds is dat de perfecte gelegenheid om een manier te vinden waarop huisartsen betrokken worden in de begeleiding. Voor sommigen zou dit alles ook al in de opleiding van de gynaecologen aan bod moeten komen.

> *"Van hoe zien gynaecologen hun functie en waar zien zij een plaats voor ons. Ik denk dat wij dat toch ook voor een stuk verdienen. En dan met die tussentijdse controles bij de gynaecoloog, ik zie dat ze nu toch meer moeten wachten. Terwijl dat vroeger dikwijls om de 4 weken kon gebeuren. Dat dat nu toch 6-8 weken wordt. Ik merk dat dat voor de zwangere vrouwen toch wel lang is. En dat je daarin dat toch een beetje kunt opvangen. Dat je die tussentijdse controles kunt doen. Ik denk dat dat misschien wel een goede manier van werken kan zijn." (C7)*

*"Dat zou misschien kenbaar gemaakt moeten worden tijdens hun opleiding. Ik denk dat ze dat gewoon niet doen omdat ze dat niet beseffen dat dat belangrijk is voor de huisarts." (C5)*

Er moet tevens meer gewerkt worden met het zwangerschapsboekje en meer briefwisseling is ook een must.

*"Bijvoorbeeld dat zwangerschapsboekje. Dat je perfect weet van de gynaecologen, allé dat je perfect op de hoogte zijt van alle parameters en van het verloop van de zwangerschap. Dat je niet meer hebt dat iemand toekomt met niets en dat je zoiets hebt van 'begin maar'. Meestal ga je er zo een beetje vanuit van het zal vorige keer wel in orde zijn geweest want ik hoor niks en die vrouw zegt niks, maar eigenlijk weet je het niet." (C6)*

Enkele huisartsen beseffen ook dat zij zelf moeten kenbaar maken aan gynaecologen als er problemen zijn met de samenwerking.

*"Misschien dat als er eens iets is, waarvan je gedacht hebt, dat had ik toch liever anders gezien. Een telefoontje doen hè. Een beetje overleggen hè. En ik denk dat je goede afspraken moet maken met de gynaecologen." (C1)*

*"Ik zeg, als er echt een probleem geweest is, dan maak ik hen dat wel duidelijk, dat wel. Ik vind dat het minste wat zij kunnen doen als zij weten dat wij een patiënt sturen." (C6)*

#### 3.2.5.3 Opleiding van de huisarts

Voor velen gaat een gebrek aan kennis gepaard met onzekerheid. Het is voor hen dan ook van belang om huisartsen voldoende op te leiden over zwangerschapsbegeleiding.

Bijscholingen of LOK-vergaderingen organiseren over dit onderwerp wordt door vele respondenten voorgesteld. Hierdoor leer je de gynaecologen ook kennen.

*"Ik denk niet dat er ooit een bijscholing is over gynaecologie. Ik kan het mij niet herinneren. Terwijl je dat wel op andere domeinen ziet. Maar met gynaecologie maken wij dat amper mee. En daardoor ken je ze ook niet hé. Je kent ze niet persoonlijk. Je kent ze soms van aan de telefoon, van naam, maar je leert ze niet kennen. En daardoor blijft die afstand bestaan natuurlijk. Ik denk ook dat het is omdat wij bijna geen zwangere vrouwen niet meer zien hé. Ik ben dan nog een vrouwelijke arts." (C6)*

*"Ik denk dat wij nog een stuk kunnen werken aan onze kwaliteit. Dat huisartsen in het kader van zwangerschapsbegeleiding misschien te weinig vorming en ervaring en minder nascholing hebben. Dat komt praktisch nooit aan bod in de nascholing. Gynaecologische problemen zien wij heel weinig. Wij zien veel hypertensie en hartfalen en weet ik wat. En alle mogelijke bijscholingen gaan over longziekten en chronische aandoeningen. Maar wij zien heel weinig bijscholing over de zwangerschapsbegeleiding zelf. En dat maakt natuurlijk dat huisartsen daar een stuk onzekerder in worden en de gynaecoloog dat terrein nog meer gaat bezetten." (C3)*

#### 3.2.5.4 Troeven van de huisarts

Sommige respondenten beseffen dat zij troeven bezitten, die zij moeten uitspelen om zwangerschapsbegeleiding aantrekkelijker te maken.

Huisartsen werken bijvoorbeeld op afspraak en kunnen dan ook tijd maken voor de patiënten. Dit is toch iets waar gynaecologen tekort kunnen schieten.

> *"Ik denk dat dat een grote troef is, ik denk de tijd. Hoewel ik denk dat een gynaecoloog tijd moet maken, weet ik dat dat niet gebeurt. Wij hebben bijvoorbeeld een gynaecoloog die 2 patiënten per 15 minuten ziet, een vrouwelijke gynaecoloog, die verschrikkelijk veel werk heeft. Dus die tijd kunnen wij erin steken, als we op afspraak werken, als dat niet de maandagmorgen is." (C6)*

Door tijd te maken en uitleg te geven, kunnen huisartsen hun expertise aan de patiënten tonen. Zo groeit het vertrouwen van zwangere vrouwen in hun huisarts.

> *"En dan ook uitleg geven, zodat het duidelijk is dat wij dat kunnen en dat de patiënten daar ook meer vertrouwen in hebben. Dat we ook een heel deel van die dingen beheersen en daar ook de kennis voor hebben." (C7)*

Door de patiënten te kennen, kunnen sommigen hen mondiger maken tegenover de gynaecoloog. Zo kunnen zij kenbaar maken aan de gynaecoloog dat zij graag een gedeelde opvolging wensen.

> *"Ik maak de patiënten mondiger. Want normaal is dat niet correct als ik de vragende partij ben hé. Als de patiënte dat wil, moet ik de patiënte mondiger maken en vragen dat zij het zo bespreekt met de gynaecoloog of het voor hem zo kan." (C2)*

> *"Want van gynaecologen uit wordt waarschijnlijk de vraag niet meer gesteld hé: In welke mate wens jij die begeleiding te delen met de huisarts? Ik denk dat die vraag niet in het eerste gesprek met de gynaecoloog komt. Ik zou dat aan mijn patiënten moeten vragen hè. Maar patiënten moeten zich bijna opstellen tegen de gynaecoloog om te bekomen dat wij ook nog betrokken zijn." (C2)*

De respondenten beschouwen zich eveneens toegankelijker dan specialisten. De meeste patiënten kunnen diezelfde dag nog bij hen terecht. De wachttijd bij gynaecologen kan daarentegen zeer lang zijn.

#### 3.2.5.5 Andere voorstellen

Eén huisarts suggereert om een bijkomend honorarium op te starten voor zwangerschapsbegeleiding.

> *"Voor mij persoonlijk nu niet, maar moesten ze daar nu één of ander nummertje aan koppelen, dan zullen sommigen misschien ook wat meer gemotiveerd zijn om dat te doen. Maar dat is voor mij persoonlijk nu niet de basis. Ik denk dat veel vrouwelijke huisartsen daar meer voor open staan en dan vooral degenen die daar minder aan doen, dat dat vooral de oudere collega's zijn." (C7)*

# 4. DISCUSSIE

## 4.1 Bespreking resultaten

Met dit onderzoek werd nagegaan hoe het komt dat zwangerschapsbegeleiding door de huisarts tegenwoordig minder aantrekkelijk blijkt te zijn. Hiervoor werden zowel zwangere vrouwen of vrouwen die recent bevallen waren als huisartsen geïnterviewd. De verkregen data werden geanalyseerd en weergegeven in de vorm van een visgraatdiagram[1] (figuur 1).

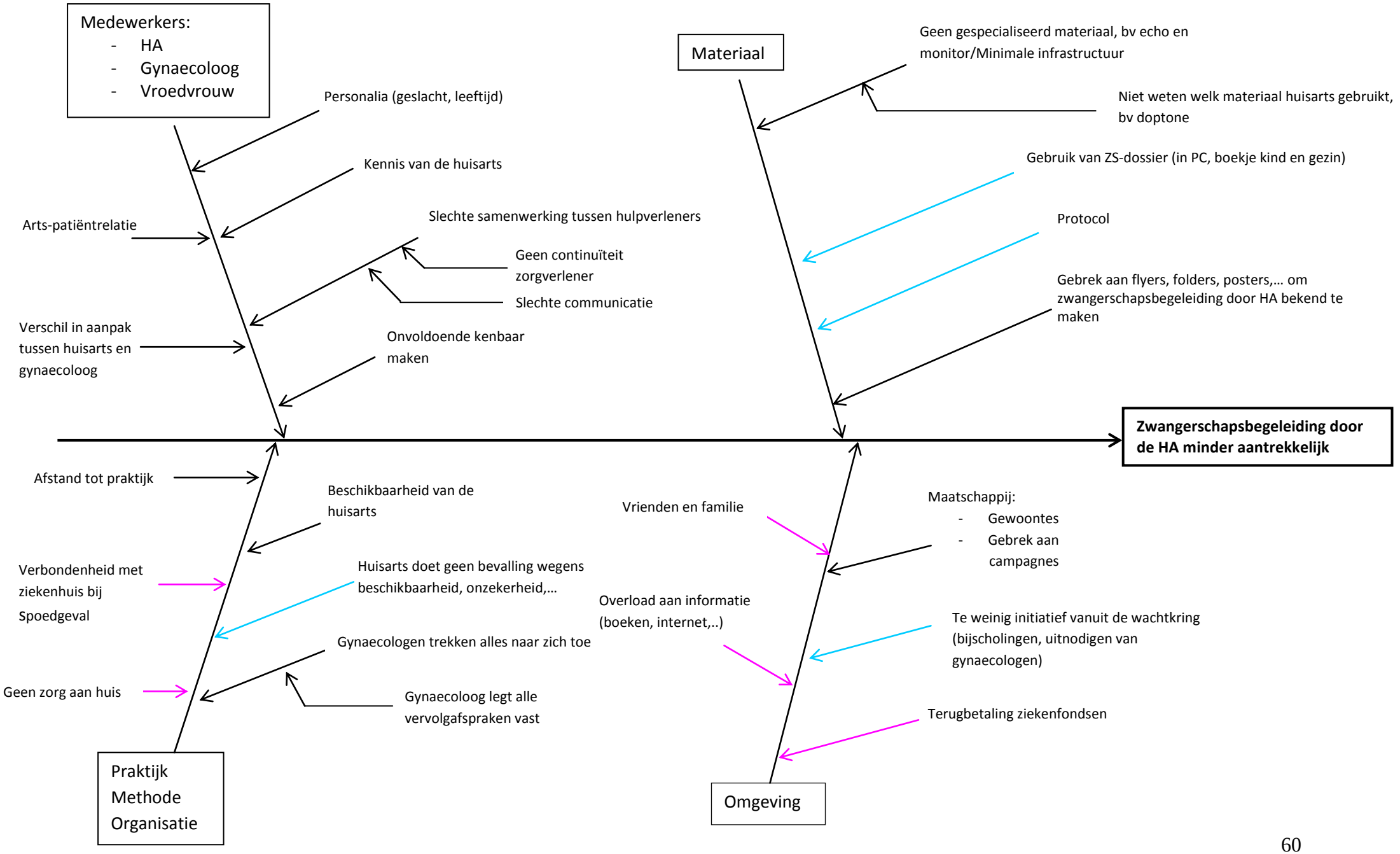
Dit visgraatdiagram is een weergave van factoren die kunnen bijdragen aan de aantrekkelijkheid van zwangerschapsbegeleiding door de huisarts. Er zijn 4 grote categorieën die bepalend zijn: medewerkers, materiaal, methode en omgeving.

### *4.1.1 Medewerkers*

De belangrijkste hoofdrolspelers in zwangerschapsbegeleiding zijn de gynaecoloog, de huisarts en de vroedvrouw. Factoren die gerelateerd zijn aan deze medewerkers en een invloed kunnen hebben op het al dan niet consulteren van de huisarts voor zwangerschapsbegeleiding worden hier besproken.

De állerbelangrijkste barrière voor zwangerschapsbegeleiding door de huisarts is waarschijnlijk het onvoldoende kenbaar maken. Geen enkele patiënte in dit interview was er van op de hoogte dat zij bij de huisarts terecht kan voor zwangerschapsbegeleiding. Artsen beseffen anderzijds wel dat zij zwangere vrouwen hierover onvoldoende informeren en dat dit een werkpunt is voor de toekomst. Sommige artsen geven echter bewust geen informatie omdat zij geen extra werk willen aantrekken. Er zijn verschillende manieren om kenbaar te maken dat zwangere vrouwen ook bij huisartsen terecht kunnen voor zwangerschapsbegeleiding: via flyers, affiches in de wachtzaal en via de website van de praktijk. Het is ook belangrijk dat huisartsen het mondeling meedelen als zij een patiënte zien voor een gynaecologisch consult. Patiënten vinden ook dat er een rol weggelegd is voor gynaecologen, die de verschillende mogelijkheden van zwangerschapsbegeleiding moeten uitleggen en de keuze bij de patiënte moeten laten. Huisartsen kunnen dan aan gynaecologen laten weten dat zij openstaan voor zwangerschapsbegeleiding. Het is opvallend dat patiënten en artsen dezelfde ideeën hebben over de manieren van kenbaar maken.

[1] Het visgraatdiagram is een tool dat bedoeld is om oorzaken van problemen in kaart te brengen. Deze methode werd ontwikkeld door Kaoru Ishikawa die destijds werkzaam was bij Kawasaki Heavy Industries in Japan. Hij bedacht een eenvoudig en grafisch hulpmiddel om potentiële oorzaken van een probleem of een effect ordelijk weer te geven. De methode is oorspronkelijk vooral van toepassing op productieprocessen en de bijbehorende kwaliteitscontrole. Tegenwoordig is de methode ook bekend voor de dienstensector. Het diagram maakt onderscheid in oorzaken en gevolgen. Aan de rechterkant wordt het veroorzaakte effect of probleem beschreven. Aan de linkerkant worden de oorzaken in kaart gebracht. De oorzaken worden ingedeeld in categorieën waarbij weer vertakkingen naar sub-oorzaken worden gelegd.




Figuur 1: Visgraatdiagram

Een ander heikel punt is de kennis van huisartsen. Ongeveer de helft van de patiënten in dit onderzoek vindt dat de huisarts onvoldoende kennis heeft over zwangerschapsbegeleiding. Zij consulteren liever de gynaecoloog omdat zij vinden dat de gynaecoloog een ervaringsdeskundige is die jaren extra gestudeerd heeft om meer kennis te vergaren. Zij hebben vaak ook angst dat de huisarts kleine dingen zal missen. De meeste huisartsen vinden daarentegen dat zij wel de kennis hebben om aan zwangerschapsbegeleiding te doen, maar dat deze kennis onvoldoende bijgeschaafd wordt. Het gebrek aan voldoende zwangere patiënten zorgt ervoor dat er minder routine is, wat leidt tot onzekerheid. Zij staan dan ook open voor LOK vergaderingen en bijscholingen over zwangerschapsbegeleiding.

Uit dit onderzoek is eveneens gebleken dat bijna alle patiënten vinden dat er een zeer slechte communicatie is tussen hulpverleners. Dit leidt vaak tot een daling van het vertrouwen in de kunde en kennis van artsen. Het kan er ook toe leiden dat zwangere vrouwen zich liever laten begeleiden door één en dezelfde hulpverlener. Communicatie moet vlot verlopen in 2 richtingen, en zonder dat de patiënt hier te veel in betrokken wordt. Ook vinden alle huisartsen dat er een gebrek aan goede communicatie bestaat met de gynaecoloog. Zij ervaren het vooral als eenrichtingsverkeer: zij verwijzen naar de gynaecoloog of nemen telefonisch contact op bij problemen, maar krijgen te weinig feedback. Nochtans is het voor hen belangrijk dat de gynaecoloog hen op de hoogte brengt, zeker wanneer er iets fout gaat tijdens de zwangerschap zoals een miskraam. Zij verkiezen dat dit niet enkel gebeurt via brief enkele weken later, maar ook telefonisch.

Een andere reden waarom sommige patiënten zich liefst laten begeleiden door de gynaecoloog alleen is omwille van de continuïteit van zorg. Zij bouwen graag een vertrouwensband op met de gynaecoloog, omdat ze tijdens de bevalling het leven van hun kindje en van henzelf in handen van deze hulpverlener leggen. Om alles piekfijn te laten verlopen, willen zij immers dat deze persoon hen door en door kent. Sommige huisartsen begrijpen dan ook dat zij minder patiënten zien voor zwangerschapsbegeleiding, als ze de bevalling niet zelf kunnen doen. Er zijn uiteenlopende redenen waarom huisartsen geen bevallingen meer kunnen of willen doen: medicolegale redenen, onvoldoende opleiding, de verplichte beschikbaarheid die nakende bevallingen met zich meebrengen of een verbod van gynaecologen om bevallingen te doen in het verloskwartier.

Huisartsen vinden dat de samenwerking met gynaecologen kan verbeteren door met hen in dialoog te treden. Dit gebeurt volgens hen best op kringniveau. Huisartsen kennen gynaecologen ook te weinig. Om dit te verbeteren, stellen sommigen voor hen uit te nodigen om te spreken op bijscholingen of LOK-vergaderingen.

Zowel patiënten als huisartsen beseffen dat leeftijd en geslacht een barrière kunnen vormen om de huisarts te consulteren. Patiënten voelen zich over het algemeen beter thuis aan een vrouwelijke arts van ongeveer hun leeftijd. Dit laat hen toe om ook intiemere onderwerpen aan te snijden. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat jonge vrouwelijke huisartsen graag zwangerschapsbegeleiding doen net omdat zij zich in dezelfde levensfase bevinden.

Er blijkt ook een verschil in aanpak te zijn tussen de huisarts en de gynaecoloog. Patiënten vinden vaak dat de huisarts een vertrouwenspersoon is. Het is een persoon die ook de psychosociale dimensie in de zorg belicht, terwijl de gynaecoloog meer de nadruk legt op de fysieke gezondheid van moeder en baby. De gynaecoloog wordt geassocieerd

met objectief waarneembare feiten. Patiënten voelen hierdoor vaak tijdsdruk bij de gynaecologen waardoor zij niet altijd voldoende informatie krijgen. Zij vinden dat ze bij de huisarts meer tijd krijgen, en bovendien vinden ze de huisarts laagdrempeliger dan de gynaecoloog. Ook huisartsen vinden van zichzelf dat ze toegankelijker zijn en dat ze meer tijd kunnen vrijmaken voor patiënten dan gynaecologen. Zij beseffen dat het in hun voordeel speelt dat zij het globaal medisch dossier beheren, omdat zij de patiënte en hun gezin op die manier vaak zeer goed kennen.

Zo komen we bij de arts-patiënt relatie: vrouwen beamen dat de huisarts hen vaak zéér lang kent, waardoor er een soort vertrouwensband is ontstaan. Hierdoor is het contact laagdrempeliger en durven vrouwen intiemere onderwerpen aansnijden. Met de gynaecoloog is de relatie veel afstandelijker. Patiënten kennen hun gynaecoloog immers vaak nog niet lang en beseffen dat de relatie slechts van korte duur zal zijn. Huisartsen vinden het op hun beurt ook fijn om de zwangerschap mee op te volgen, het is volgens hen een onderdeel van huisartsgeneeskunde en het gaat om iets positiefs, niet om een ziekte. Bovendien ervaren zij hier een nauw patiëntencontact: zij zien een gezin ontstaan, wat vaak een zeer intens gebeuren is. Door aan zwangerschapsbegeleiding te doen, kan de vertrouwensband met de zwangere vrouw versterken en hopen zij later het kindje in hun praktijk te kunnen verwelkomen. Zwangerschapsbegeleiding brengt hen voldoening en waardering.

*4.1.2 Materiaal*

Zoals reeds hoger beschreven is het grootste probleem dat patiënten niet weten dat huisartsen aan zwangerschapsbegeleiding doen. Zij vinden dat huisartsen dit moeten kenbaar maken aan de hand van flyers, folders en affiches. Dit kan ertoe leiden dat zwangere vrouwen de huisarts sneller zullen contacteren om hen mee op te volgen tijdens hun zwangerschap.

Toch zal een gedeelte van de zwangere vrouwen de huisarts niet consulteren omdat zij vinden dat de infrastructuur bij de huisarts te minimaal is. Zeker indien het gaat om een urgentie vinden sommige vrouwen dat ze beter meteen naar het ziekenhuis kunnen gaan, omdat de huisarts niet voldoende materiaal heeft en toch zou moeten doorverwijzen. Hier wordt vooral gedacht aan een echografietoestel en een monitor. Een echografie is voor vele vrouwen zeer belangrijk omdat het hen in de 1ste plaats geruststelling brengt. Een echografie kan volgens vrouwen met de meeste zekerheid aantonen dat hun kindje perfect gezond is en dat er geen anomalieën aanwezig zijn. Vele vrouwen willen maandelijks een echografie, en consulteren daarom enkel de gynaecoloog tijdens hun zwangerschap. Naast geruststelling vinden vrouwen een echografie ook gewoon leuk: zij zien hun kindje bewegen, het hartje kloppen en de gynaecoloog kan het geslacht van hun kindje nagaan. Bovendien vinden vrouwen dat hun partner via echografie dichter bij hun ongeboren kindje gebracht kan worden. Huisartsen beseffen dat het in hun nadeel speelt dat zij niet beschikken over een echografietoestel. Zij vinden echter dat de hoge kostprijs, de noodzakelijke opleiding en de eventuele medicolegale problemen niet opwegen tegen het voordeel ervan. Eén arts beschikt over een echografietoestel en doet bij elk consult van de zwangere een echografie. Hierdoor trekt hij zwangere vrouwen dan ook aan. Enkele vrouwen vinden ook dat het kabinet van de gynaecoloog professioneler is ingericht, omdat de gynaecoloog over een omkleedhokje beschikt. Bij navraag in dit onderzoek weten de meeste patiënten niet welk materiaal een huisarts wél heeft. Zo is het over het algemeen onbekend dat huisartsen via een doppler

de foetale harttonen kunnen laten horen. Toch gebruiken de meeste artsen dit toestel tijdens de zwangerschapsbegeleiding.

Het boekje van Kind en Gezin is volgens de meeste huisartsen een zeer handige tool om de communicatie tussen huisarts en gynaecoloog te optimaliseren. De voorwaarde is dat patiënten dit boekje bij elke zwangerschapsconsultatie meebrengen en dat het ook werkelijk wordt ingevuld. Enkele huisartsen beschikken ook over een zwangerschapsdossier in hun elektronisch medisch dossier. Het helpt hen om alle relevante anamnestische en klinische gegevens te bewaren en een goede verwijsbrief op te stellen voor de gynaecoloog. Via een goede communicatie hopen huisartsen de barrière voor consultatie bij de huisarts te overbruggen.

Ten slotte blijkt ook dat er een zeer grote variatie is aan richtlijnen waarop huisartsen zich baseren. Deze variëren van de Domus Medica richtlijn en het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin, tot een regionale richtlijn bepaald door gynaecologen. Enkelen baseren zich zelfs gewoon op de eigen ervaring.

Uit dit onderzoek blijkt dat zwangere vrouwen van de huisarts verwachten dat hij/zij de urine en de bloeddruk controleert, de ligging van de foetus nagaat en eventueel bloedafnames verricht. Zij wensen echter ook zoveel mogelijk informatie krijgen over de zwangerschap en een bevraging van hun algemeen welzijn. Huisartsen vinden dat zij al deze zaken zeer goed doen en vinden dat zij voldoende lang bezig zijn met een zwangerschapsconsult.

Een duidelijke, algemeen bekende en gebruikte richtlijn, aanbevolen door zowel huisartsen als gynaecologen, zou ertoe kunnen leiden dat meer zwangere vrouwen de huisarts consulteren voor zwangerschapsbegeleiding. Volgens huisartsen moet zo'n richtlijn overzichtelijk, makkelijk hanteerbaar en wetenschappelijk onderbouwd zijn.

### *4.1.3 Methode*

De meeste patiënten én huisartsen vinden het een voordeel dat de huisarts meestal op korte afstand woont. De afstand is in dit geval een factor die de barrière om de huisarts te consulteren, kan verlagen. Gynaecologen hebben hun praktijk of het ziekenhuis meestal op een veel grotere afstand van de zwangere vrouw.

Bovendien vinden de meeste vrouwen dat ze snel bij de huisarts terecht kunnen, terwijl er bij de gynaecoloog meestal een wachtlijst van enkele weken is. Ook huisartsen vinden van zichzelf dat patiënten relatief snel bij hen terecht kunnen en dat zij tijdens de week vaak beschikbaar zijn voor patiënten. Ze vinden de wachtlijsten bij de gynaecologen ook erg lang. Toch vinden enkele huisartsen de werkdruk tegenwoordig te hoog en staan zij niet echt te springen om zwangerschapsbegeleiding in hun huisartsenpraktijk te implementeren of uit te breiden.

Alle patiënten vertelden dat de gynaecoloog hen alle afspraken reeds ruim van tevoren liet vastleggen. Sommigen vonden het goed om het zo te plannen, anderen vonden het nogal een rigide en weinig flexibel systeem. Bovendien vonden zij het moeilijk om te voorspellen of die afspraak op die dag wel zou uitkomen. Vele huisartsen ervaren door dit systeem van afspraken maken dat gynaecologen zwangere vrouwen naar zich toe trekken. Zo blijft er voor de zwangere weinig ruimte over om de huisarts te consulteren. Huisartsen vinden dat gynaecologen tegenwoordig minder bereid zijn om zwangere vrouwen gecombineerd te begeleiden. Zij wijten dit aan het feit dat huisartsen en

gynaecologen elkaar minder goed kennen dan vroeger, waardoor gynaecologen niet weten of de huisarts wel of niet aan zwangerschapsbegeleiding doet. Zij denken ook dat de opleiding van gynaecologen veranderd is en dat gynaecologen minder vertrouwen hebben in huisartsen. Dit leidt ertoe dat huisartsen vooral zullen verwijzen naar gynaecologen, van wie ze weten dat die openstaan voor een gecombineerde follow-up. Andere huisartsen responsabiliseren hun patiënten, door hen te zeggen dat ze bij de gynaecoloog actief moeten vragen naar een gecombineerd schema.

Het is opvallend dat tegenwoordig minder huisartsen bevallingen doen. Geen enkele patiënte vindt dat een bevalling nog tot het takenpakket van de huisarts hoort. Hoger werden de redenen voor deze trend reeds genoemd: medicolegale redenen, onvoldoende opleiding, een verbod van gynaecologen om het verloskwartier te betreden en vooral ook de verplichte beschikbaarheid die nakende bevallingen met zich meebrengen. Het wachtdienstsysteem heeft inderdaad grote veranderingen gebracht in de beschikbaarheid van huisartsen, waardoor vele huisartsen in het weekend onbereikbaar zijn. Naast de beschikbaarheid is er ook veel onzekerheid bij huisartsen in verband met bevallingen. Deze onzekerheid komt tot stand door onvoldoende opleiding en ervaring. Enkele huisartsen die nog wel bevallingen doen, vertelden dan ook dat er altijd wel een gynaecoloog was aan wie zij raad konden vragen.

Een nadeel voor huisartsen is dat er minder verbondenheid met het ziekenhuis is. Indien het gaat om een spoedgeval zullen patiënten zich dan ook liever tot het ziekenhuis wenden. Op die manier gaat er minder tijd verloren. Bovendien zijn zij van mening dat in het ziekenhuis al het materiaal beschikbaar is om snel tot een juiste diagnose te komen, en dat er in het ziekenhuis ook altijd iemand aanwezig is om je te helpen.

De praktijkorganisatie van huisartsen maakt het niet altijd mogelijk om huisbezoeken te doen. Toch is gebleken in dit onderzoek dat zwangere vrouwen het zeer fijn vinden dat hulpverleners aan huis komen.

#### *4.1.4 Omgeving*

Enkele omgevingsfactoren dragen er aan bij dat zwangere vrouwen de huisarts tegenwoordig minder consulteren tijdens hun zwangerschap.

Allereerst is er een overload aan informatie over de zwangerschap, in boeken en op internet. Dit kan er toe leiden dat er minder nood is aan de huisarts.

Ook vrienden en familie hebben een niet te verwaarlozen invloed. Zwangere vrouwen vertelden dat ze via vrienden en familie "een goede gynaecoloog" doorgespeeld kregen en op die manier bij een bepaalde gynaecoloog terechtkwamen. Ook kregen enkele vrouwen negatieve reacties op hun gecombineerde opvolging. Deze reacties betroffen meestal het gereduceerd aantal echografieën. Via vrienden en familie wordt dus een soort norm opgelegd dat elke zwangere vrouw zich uitsluitend door de gynaecoloog moet laten opvolgen.

Het is inderdaad een gewoonte in onze maatschappij dat vrouwen voor gynaecologische zaken de gynaecoloog consulteren. Dit begint vaak al voor de zwangerschap: vrouwen consulteren de gynaecoloog voor uitstrijkjes en pilvoorschrift. Huisartsen beseffen dat ze best al tijdig kenbaar maken aan hun patiënten dat ze ook bij hen terecht kunnen voor uitstrijkjes en zwangerschapsbegeleiding. Vrouwen in dit onderzoek vertelden dat ze een taak weggelegd zien voor campagnes die de huisarts op de voorgrond plaatsen als het

gaat om gynaecologische zaken. Ook huisartsen vinden zo'n campagnes wenselijk. Zij hopen op deze manier hulpmiddelen zoals brochures en opleidingen ter beschikking te krijgen die zwangerschapsbegeleiding door de huisarts kunnen faciliteren. Enkele patiënten zijn ook van mening dat de school en Kind en Gezin de taak hebben om de plaats van de huisarts in gynaecologische zaken te duiden.

Patiënten vinden dat de terugbetaling van ziekenfondsen ook een bepalende factor is in de perceptie van de huisarts als zwangerschapsbegeleider. Enkelen van hen vinden dat de terugbetalingscriteria voor de gynaecoloog moeten verstrengen, waardoor patiënten meer verplicht worden om de huisarts in de 1ste plaats te consulteren. De huisarts kan dan, indien nodig geacht, de patiënte verder verwijzen. Zij vinden dat er momenteel te veel misbruik is van het sociaal systeem, omdat er bijvoorbeeld teveel echo's gebeuren die strikt medisch gezien niet noodzakelijk zijn terwijl de kost voor de maatschappij wel oploopt.

Tot slot vinden huisartsen dat er te weinig initiatief is vanuit de wachtkring. Zij vinden dat er meer bijscholingen georganiseerd moeten worden, waar ze gynaecologen en hun manier van werken ook beter leren kennen. Het kan tegelijkertijd hun kennis en zo ook hun zekerheidsgevoel in zwangerschapsbegeleiding vergroten.

## 4.2 Vergelijking met de literatuur

### *4.2.1 Zwangerschapsbegeleiding door de huisarts: een afnemende trend?*

Zoals in de literatuur beschreven, zien de meeste respondenten eveneens een afname van het aantal zwangere patiënten in hun praktijk. Volgens Domus Medica ziet de Vlaamse huisarts jaarlijks gemiddeld 13 patiënten voor zwangerschapsbegeleiding. Voor de meeste respondenten ligt dit gemiddelde echter lager.

De artsen uit de interviews, die vroeger nog bevallingen deden, zijn hier inmiddels mee gestopt of doen dit nog amper. Ook dit is een trend die men beschrijft in de literatuur. Dezelfde beweegredenen als in de literatuur komen in de interviews naar voren, met name de continue beschikbaarheid, angst voor medicolegale problemen en de onvoldoende expertise.

In de interviews zien we echter geen verband tussen het aantal zwangerschapsconsultaties en het geslacht van de huisarts. Vrouwelijke respondenten hebben in deze studie niet meer patiënten voor zwangerschapsbegeleiding dan hun mannelijke collega's, wat de literatuur tegenspreekt. Bij beide geslachten komt ook hetzelfde aan bod tijdens de zwangerschapsconsultaties. De mannelijke huisartsen staan eveneens stil bij de psychosociale problematiek.

De belangrijkste barrière om de arts te contacteren, blijkt volgens voorgaande onderzoeken financiële redenen te zijn. Dit is echter niet uit dit onderzoek gebleken, gezien de goede ziekteverzekering in België. Een andere barrière zijn de wachttijden, wat wel kan bevestigd worden met dit onderzoek.

Zoals uit literatuuronderzoek blijkt ook uit dit onderzoek dat huisartsen te weinig zijn opgeleid wat betreft zwangerschapsbegeleiding. Huisartsen verliezen hun routine en kennis doordat ze te weinig patiënten hebben voor zwangerschapsbegeleiding. Zij zien ook te weinig mogelijkheden om deze kennis elders, via bijscholingen of LOK-

vergaderingen, bij te schaven. In Vlaanderen is er in de opleiding ook weinig stage obstetrie, vergeleken met sommige andere landen. Huisartsen hebben dan ook weinig praktische ervaring als ze starten. Ze moeten dus al specifieke interesse hebben in dit onderwerp om er meer kennis in te verkrijgen.

*4.2.2 Organisatie van de prenatale zorg*

Uit de literatuur blijkt dat de ontevredenheid van zwangeren stijgt, indien het aantal zwangerschapsconsultaties daalt. Ook in dit onderzoek blijkt dat zwangere vrouwen de tijd tussen de consultaties te kort vinden, en specifieker ook de tijd tussen de echo's. Hier stellen sommigen een tussentijdse controle bij de huisarts voor. Huisartsen zelf waken over het aantal zwangerschapsconsultaties. Indien zij merken dat er te veel consulten bij de gynaecoloog zijn, zullen zij patiënten niet nog eens bij hen laten terug komen. Ze willen dit de patiënte niet ten laste leggen, maar ze beseffen niet dat sommige vrouwen een maand te lang vinden, zoals blijkt uit de interviews.

De tevredenheid zou volgens andere studies ook stijgen indien de begeleiding gedaan wordt door de huisarts of de vroedvrouw. Dit kan echter niet uit dit onderzoek geconcludeerd worden. Alle patiënten werden immers ook door de gynaecoloog opgevolgd.

*4.2.3 Kwaliteitsvolle zorg door de ogen van de zwangere vrouw*

In deze studie bleek de belangrijkste nood van iedere zwangere vrouw geruststelling te zijn. Deze geruststelling hangt nauw samen met de nood aan echografie en de nood aan het horen van de foetale harttonen. In voorgaande studies blijkt die nood aan echografie ook meermaals boven te komen. De meeste huisartsen uit dit onderzoek gebruiken een doptone, echter niet allemaal. Ze moeten dus beseffen dat dit toch een belangrijke geruststelling voor de patiënte is.

In de literatuur stond de nood aan informatie op de voorgrond. In dit onderzoek bleek dit inderdaad een belangrijke factor te zijn. Patiënten wensen informatie over het pre-, peri- en postnatale aspect van de zwangerschap. De huisartsen in dit onderzoek zien voor zichzelf daarin ook een grote rol weggelegd.

Zwangere vrouwen hebben volgens de literatuur ook nood aan goede communicatie tussen hen en de hulpverleners. Er wordt beschreven dat zij wensen dat de huisarts nog vóór de zwangerschap kenbaar maakt dat ze ook bij hem terecht kunnen voor zwangerschapsbegeleiding. Uit de interviews blijkt inderdaad dat zwangere vrouwen hiervan voor of tijdens de zwangerschap op de hoogte willen gebracht worden, iets waarvoor de geïnterviewde huisartsen zich willen inzetten.

*4.2.4 Samenwerking tussen de verschillende disciplines*

Uit deze studie bleek dat de meeste geïnterviewde huisartsen ontevreden zijn over de samenwerking met de gynaecoloog. Volgens de literatuur houden gynaecologen patiënten bij zich onder andere omdat zij huisartsen niet kennen. Dit is in dit onderzoek eveneens naar voren gekomen en is voor vele respondenten een punt voor verbetering.

*4.2.5 Masterproef 'Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging' door Barbara Baert en Melanie Jacobs.*

Zoals in dit onderzoek werd in de studie van B. Baert en M. Jacobs de nood aan infrastructuur, zoals de echografie, bevestigd. Een verschilpunt tussen beide studies was de nood aan continuïteit van zorgen die in hun onderzoek minder op de voorgrond stond. Opvallend is ook het aantal respondenten dat open stond voor een gecombineerde follow-up. In deze studie genoten vier van de negen respondenten een gecombineerde opvolging, in tegenstelling tot 1 van de 21 geïnterviewde patiënten in de studie van B. Baert en M. Jacobs.

## 4.3 Implicaties voor de praktijk

Aan de hand van interviews met zwangere vrouwen of vrouwen die recent bevallen waren en met huisartsen werd van beide partijen een duidelijke visie op zwangerschapsbegeleiding bekomen. Door hun meningen te bundelen, heeft dit onderzoek geleid tot enkele aanbevelingen, zowel op praktijkniveau, als op lokaal niveau.

*4.3.1 Praktijkniveau*

- Maak kenbaar aan vrouwen dat zij voor gynaecologische zaken, en dus ook voor zwangerschapsbegeleiding, bij de huisarts terecht kunnen. Dit kan mondeling gebeuren op een consultatie voor een pilvoorschrift of een preconceptiebloedafname. Dit kan eveneens gebeuren via flyers, affiches in de wachtzaal of op de website van de praktijk.

- Geef voldoende informatie over zwangerschapsbegeleiding door de huisarts. Wat gebeurt er op zo'n consultatie? Over welk materiaal beschikt de huisarts?

- Werk aan de infrastructuur, bijvoorbeeld een omkleedhokje of een doppler. Het horen van de foetale harttonen is voor een zwangere vrouw zeer belangrijk.

- Geef aandacht aan de psychosociale dimensie en kijk verder dan enkel het fysieke aspect van een zwangerschap. Vrouwen verwachten dit van de huisarts.

*4.3.2 Lokaal niveau*

- Blijf up to date met kennis over zwangerschapsbegeleiding. In dit kader is het belangrijk zich regelmatig bij te scholen.

- Communiceer met andere hulpverleners, dit is voor patiënten zeer belangrijk. De communicatie met de gynaecoloog kan bijvoorbeeld via het boekje van Kind en Gezin verlopen.

- Maak goede afspraken met gynaecologen uit de regio omtrent gecombineerde follow-up.

## 4.4 Beperkingen en sterktes

Deze studie is gezien zijn kwalitatief opzet bedoeld om hypotheses te creëren, niet te bewijzen. Deze hypotheses kunnen dan als basis dienen voor verder onderzoek. Verder onderzoek is nodig om de visie van zwangere vrouwen en van huisartsen omtrent zwangerschapsbegeleiding verder te onderzoeken. Hoewel datasaturatie bereikt werd, kunnen bijkomende gegevens naar boven komen in andere onderzoeken.

De resultaten van deze studie moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, want de respondenten werden door de onderzoekers zelf geselecteerd waardoor selectiebias mogelijk is. De geïnterviewde (zwangere) vrouwen waren bovendien allemaal patiënte in de praktijk waar SP werkt als HAIO. Er werd steeds benadrukt dat er geen enkele verplichting was om deel te nemen aan het onderzoek, dat er geen nadelige gevolgen zouden zijn voor de toekomstige arts-patiëntrelatie bij weigering aan deelname en dat alle interviews anoniem verwerkt zouden worden. Alle respondenten werden aangespoord zo eerlijk mogelijk te antwoorden, toch is het mogelijk dat respondenten in het onderzoek (on)bewust beïnvloed werden door de aanwezigheid van de interviewer.

Wat betreft de patiënten is er een mooie verdeling wat betreft hun leeftijd, hun medische voorgeschiedenis, en het type opvolging. Alle patiënten kwamen echter uit dezelfde regio en er is weinig of geen variatie in sociale klasse of in cultuur. Het is mogelijk dat verschillende regionale of culturele achtergronden kunnen leiden tot verschillende visies in verband met zwangerschapsbegeleiding door de huisarts.

Ook voor de artsen is er een goede verdeling qua geslacht en leeftijd. Zij kwamen echter uit 2 regio's van Vlaanderen. Dit zorgt ervoor dat er weinig uitspraken kunnen gedaan worden over de invloed van de regio op de visie van de huisarts over zwangerschapsbegeleiding.

## 4.5 Implicaties voor verder onderzoek

Dit onderzoek gaat de visie van zwangere vrouwen en huisartsen na over zwangerschapsbegeleiding door de huisarts. Het leert ons echter niets over de mening van gynaecologen. Het zou nuttig zijn om de visies van deze 3 hoofdrolspelers samen te kunnen brengen.

Aangezien dit onderzoek kwalitatief van aard is, leert het ons ook niets over het relatieve belang van de verschillende determinanten. Een aanvullend kwantitatief onderzoek zou hier zeer nuttig zijn.

# 5. CONCLUSIE

Aan de hand van diepte-interviews met zowel patiënten als huisartsen kwamen sleutelelementen van zwangerschapsbegeleiding aan het licht. In een eerste deel werd specifiek gezocht naar noden en barrières van zwangere vrouwen bij zwangerschapsbegeleiding door de huisarts. In een tweede deel werd de visie van huisartsen nagegaan. Beide partijen deden suggesties om deze begeleiding te optimaliseren.

Het allerbelangrijkste heikel punt voor patiënten is dat huisartsen onvoldoende kenbaar maken dat zij aan zwangerschapsbegeleiding doen. Vele patiënten zijn hiervan immers niet op de hoogte. Patiënten en sommige huisartsen vinden dat ze dit moeten duidelijk maken via folders, posters, een vermelding op de website of gewoon mondeling. Enkele huisartsen doen dit liever niet, omdat zij geen extra werk willen aantrekken.

Een andere barrière om de huisarts te consulteren, is het gebrek aan infrastructuur. Hoewel een doptone voor patiënten ook belangrijk is, blijft de afwezigheid van het echografietoestel bij huisartsen een minpunt. Vele huisartsen beseffen dit wel, doch zij durven zich hieraan, omwille van verschillende redenen, niet te wagen. De belangrijkste reden waarom zwangere vrouwen een echografie wensen, is omdat het hen geruststelling brengt.

Huisartsen ondervinden dat zij onvoldoende bijscholingen kunnen volgen over zwangerschapsbegeleiding. Dit gepaard gaande met een verminderd aantal zwangere patiënten zorgt voor een afname in expertise en meer onzekerheid. De helft van de patiënten vindt dat de kennis van huisartsen ondermaats is.

Zowel huisartsen als patiënten vinden de communicatie met de gynaecoloog gebrekkig. Dit leidt tot frustraties bij de meeste huisartsen, ook omdat zij het gevoel hebben dat gynaecologen patiënten naar zich toetrekken.

Om zwangerschapsbegeleiding te optimaliseren moeten huisartsen meer kenbaar maken dat zwangere vrouwen hiervoor bij hen terecht kunnen. Zij moeten aan patiënten voldoende informatie geven over die begeleiding en er moet voldoende infrastructuur beschikbaar zijn, zoals een omkleedhokje en een doppler. Huisartsen moeten eveneens aandacht hebben voor de psychosociale dimensie in zwangerschapsbegeleiding.

Op lokaal niveau moeten huisartsen hun kennis over zwangerschapsbegeleiding blijven bijscholen. Bovendien moet de communicatie met andere hulpverleners aangepakt worden. Zo kan men vanuit de wachtkring rond de tafel zitten met gynaecologen om goede afspraken te maken omtrent gecombineerde follow-up.

# 6. REFERENTIES


1. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaeck N, Jacquemyn Y, et al. Zwangerschapsbegeleiding. Huisarts Nu 2006;35(5):261-298.
2. Humblet PC, Wollast E, Vandenbussche P, Leleux P, Buekens P. Organization of prenatal care in Belgium. Biol Neonate 1989;55(1):55-62.
3. Cohen D, Coco A. Declining trends in the provision of prenatal care visits by family physicians. Ann Fam Med 2009;7(2):128-133.
4. Jewell D. Jumping (or being pushed) from maternity care. Br J Gen Pract 2010;60(580):799–800.
5. Royal College of General Practitioners. Report of the RCGP Maternity Care Group. The Role of General Practice in Maternity Care. Occas Pap R Coll Gen Pract 1995;(72):1-14.
6. Woodward CA, Carroll JC, Ryan G, Reid AJ, Permaul-Woods JA, Arbitman S, et al. Maternity care and maternal serum screening. Do male and female family physicians care for women differently? Can Fam Physician 1997;43:1078-1084.
7. Reid AJ, Grava-Gubins I, Carroll JC. Can Fam Physician. Family physicians in maternity care. Still in the game? 2000;46:601-606,609-611.
8. Berman DR, Johnson TR, Apgar BS, Schwenk TL. Model of family medicine and obstetrics-gynecology collaboration in obstetric care at the University of Michigan. Obstet Gynecol 2000;96(2):308-313.
9. Buekens P. Variations in provision and uptake of antenatal care. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1990;4(1):187-205.
10. Barr WB. Why pregnancy care should be an essential part of family medicine training. Fam Med 2005;37(5):364-366.
11. Payne PA, King VJ. A model of nurse-midwife and family physician collaborative care in a combined academic and community setting. J Nurse Midwifery 1998;43(1):19-26.
12. Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. Paediatr Perinat Epidemiol 1998;12:7-26.
13. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang W, et al. Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. KCE 2004. Beschikbaar via: www.kenniscentrum.fgov.be.
14. Platform kwaliteitspromotie RIZIV – IMA – KCE – beroepsorganisaties – wetenschappelijke verenigingen. Prenatale zorg individuele feedback ambulante voorschrijfgegevens huisartsen data 2005. December 2006. Beschikbaar via: www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quatlity/feedbacks/feedback-prenatal/pdf/doctor.pdf
15. Le Goaziou MF. What does the general practitioner expect from his colleague the gynecologist-obstetrician? Contracept Fertil Sex 1998;26(3):221-224.
16. 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.
17. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2010;6(10):CD000934.
18. Clement S, Sikorski J, Wilson J, Das S, Smeeton N. Midwifery. Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. Midwifery 1996;12(3):120-8.

19. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CD, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. BMJ 1996;312(7030):554-5599.
20. Oldenziel JH, Flikweert S, Daemers DOA, Groenendijk B, Lo Fo Wong SH, Wiersma T. NHG standaard zwangerschap en kraamperiode. Huisarts en wetenschap 2003;46(7):369-387.
21. NICE clinical guideline 62. Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman. NICE 2008. Beschikbaar via: www.guidance.nice.org.uk/CG62/Guidance.
22. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth 2009;9(9):18.
23. Hingstman L. Primary care obstetrics and perinatal health in The Netherlands. J Nurse Midwifery 1994;39(6):379-386.
24. Pittrof R, Campbell OM, Filippi VG. What is quality in maternity care? An international perspective. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81(4):277-283.
25. Baert M, Jacobs M. Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging. Masterproef huisartsgeneeskunde Leuven; 2012. p. 64.
26. 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):118-125.
27. Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA. Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. Midwifery 2000;16(3):186-196.
28. Douglas S, Cervin C, Bower KN. What women expect of family physicians as maternity care providers. Can Fam Physician 2007;53(5):874-879.
29. Joos E. Toepassing van de Domus Medica aanbeveling over zwangerschapsbegeleiding in de praktijk. Zijn alle betrokken partijen bereid deze tool te gebruiken? Masterproef huisartsgeneeskunde Gent; 2009. p. 67.
30. Smith LF. Views of pregnant women on the involvement of general practitioners in maternity care. Br J Gen Pract 1996;46(403):101-104.
31. Davey MA, Brown S, Bruinsma F. What is it about antenatal continuity of caregiver that matters to women? Birth 2005;32(4):262-271.
32. Byrne C, Kennedy C, O'Dwyer V, Farah N, Kennelly M, Turner MJ. What models of maternity care do pregnant women in Ireland want? Med J 2011;104(6):180-182.

# 7. BIJLAGEN

## Bijlage 1: Informatieformulier voor proefpersonen (Patiënten)

Geachte mevrouw,

In het kader van onze master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doen wij een onderzoek naar het optimaliseren van zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk. Dit onderzoek gebeurt in de periode van december 2011 tot en met april 2013, onder toezicht van de UA.

Aan de hand van interviews met zwangere patiënten willen we nagaan waarom zwangerschapsopvolging bij de huisarts al dan niet gewenst is en welke verwachtingen zwangere vrouwen hebben van de huisarts. Bovendien vragen we ons af op welke manier zwangerschapsbegeleiding door de huisarts aantrekkelijker gemaakt kan worden.

We hopen zo duidelijke richtlijnen te kunnen formuleren die in de toekomst een meerwaarde kunnen zijn zowel voor de zwangere patiënte àls voor de huisarts. De uiteindelijke bedoeling is dus om het praktijkbeleid bij de follow-up van zwangere vrouwen doeltreffender en aantrekkelijker te maken.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal u uitgenodigd worden voor een interview. Dat wil zeggen dat ik u enkele vragen zal stellen die rechtstreeks of onrechtstreeks met uw zwangerschap te maken hebben en uw gevoelens hieromtrent. Dit interview zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Silke Peeters

## Bijlage 2: Informatieformulier voor proefpersonen (Artsen)

Geachte arts,

In het kader van onze master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doen wij een onderzoek naar het optimaliseren van zwangerschapsbegeleiding in de huisartspraktijk. Dit onderzoek gebeurt in de periode van december 2011 tot en met april 2013, onder toezicht van de UA.

Aan de hand van interviews met zwangere patiënten willen we nagaan waarom zwangerschapsopvolging bij de huisarts al dan niet gewenst is en welke verwachtingen zwangere vrouwen hebben van de huisarts. Bovendien vragen we ons af op welke manier zwangerschapsbegeleiding door de huisarts aantrekkelijker kan worden. Dit doen we door interviews af te nemen bij collega-huisartsen.

We hopen zo duidelijke richtlijnen te kunnen formuleren die in de toekomst een meerwaarde kunnen zijn zowel voor de zwangere patiënte àls voor de huisarts. De uiteindelijke bedoeling is dus om het praktijkbeleid bij de follow-up van zwangere vrouwen doeltreffender en aantrekkelijker te maken.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal ik een interview bij u afnemen. Dat wil zeggen dat ik u enkele vragen zal stellen omtrent de zwangerschapsbegeleiding die in uw praktijk plaatsvindt. Dit interview zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Catherine Theuwis

## Bijlage 3: Toestemmingsformulier voor proefpersonen (Patiënten)

Naam patiënte: …….

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 aan het interview geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit het onderzoek, zonder nadelige gevolgen. Bovendien heb ik begrepen dat mij geen honorarium zal aangerekend worden.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UA en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en 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. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de UA toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten, omdat 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.

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

**Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.**

**Datum** **Handtekening**

Ik, ondergetekende, Dr. Silke Peeters, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen

druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

**Door de informerende arts te ondertekenen en persoonlijk te dateren.**

**Datum** **Handtekening**

## Bijlage 4: Toestemmingsformulier voor proefpersonen (Artsen)

Naam huisarts: …….

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 aan het interview geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit het onderzoek, zonder nadelige gevolgen. Bovendien heb ik begrepen dat mij geen honorarium zal aangerekend worden.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd. De audio-opnames zullen bovendien vernietigd worden na verwerking van de gegevens.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UA en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en 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. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de UA toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten, omdat 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.

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

**Door de huisarts te ondertekenen en persoonlijk te dateren.**

**Datum** **Handtekening**

Ik, ondergetekende, Dr. Catherine Theuwis, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend,

dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de huisarts heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

**Door de informerende arts te ondertekenen en persoonlijk te dateren.**

**Datum** **Handtekening**

## Bijlage 5: Topic-lijst

Topic-lijst voor interview met patiënte:

1. Personalia
2. Hoe verloopt zwangerschapsbegeleiding?
3. Noden tijdens de zwangerschap
4. Waarom wel/niet de huisarts consulteren? (Barrières)
5. Hoe kan het in de toekomst beter/anders?

Topic-lijst voor interview met huisarts:

1. Personalia
2. Hoe wordt zwangerschapsbegeleiding geïmplementeerd?
3. Barrières voor zwangerschapsbegeleiding
4. Hoe zwangerschapsbegeleiding optimaliseren?
5. Samenwerking met de gynaecoloog

## Bijlage 6: Interview (Patiënten)

1. Personalia
    - Leeftijd
    - Zwangerschapsleeftijd
    - A P G M
    - Persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van aandoeningen?
    - Aandoeningen die opvolging bij de gynaecoloog noodzakelijk maken?
    - Gecombineerde follow-up?
2. Hoe gebeurt zwangerschapsbegeleiding?
    - Wat denkt u dat de huisarts doet tijdens zwangerschapsbegeleiding?
    - Positieve of negatieve ervaringen?
3. Noden tijdens de zwangerschap
    - Welke noden/behoeften ervaart u tijdens de zwangerschap? (gezondheid baby, eigen gezondheid, emotioneel welzijn, partus voorbereiden, bespreken borstvoeding, partner betrekken, goede communicatie tussen HA en gynaecoloog, goede wetenschappelijke kennis)
    - Ervaart u andere noden doorheen de zwangerschap? Welk verschil is er tussen het begin en meer naar het einde toe?
    - Hoe kan specifiek de huisarts iets voor u betekenen tijdens uw zwangerschap? (1ste consult? Opvolging? Aanpak bij kleine probleempjes? Voorlichting? Geruststelling? Sleutelmomenten bv screening Down? Bij einde van de zwangerschap? Arbeid?)
    - Hoe kan specifiek de gynaecoloog iets voor u betekenen tijdens uw zwangerschap? (prenatale screening? Echo's? opvolging? Bij einde van de zwangerschap? Arbeid? Bevalling?)
4. Barrières tijdens de zwangerschap
    - Welke barrières ervaart u om de huisarts te consulteren tijdens de zwangerschap?
    - Welk verschil is er (wat betreft barrières) tussen de gynaecoloog en de huisarts?
    - Voor patiënten die gecombineerde follow-up (HA + gynaecoloog) doen: hoe ziet u dat?
    - Voor patiënten die enkel gynaecoloog consulteren: hoe ziet u dat?

5. Hoe kan het beter in de toekomst?

    - Welke verwachtingen heeft u van de huisarts?
    - Wat moet de huisarts doen om kenbaar te maken dat hij/zij aan zwangerschapsbegeleiding doet?
    - Welke suggesties heeft u om een gecombineerde follow-up aantrekkelijker te maken?

6. Tot slot

    - Slotbemerkingen?
    - Aanvullingen die belangrijk lijken?

## Bijlage 7: Interview (Artsen)

1. Personalia

    - Geslacht
    - Leeftijd
    - Groepspraktijk/Solo-arts
    - Woonplaats
    - Landelijke/stadspraktijk
    - Aantal zwangere patiënten per jaar die door de huisarts worden begeleid

2. Openingsvraag

    - Ziet u zwangerschapsbegeleiding als element in uw praktijk? Hoe merkt u een verschil in welk stadium van de zwangerschap u de patiënt het meeste opvolgt?
    - Begeleidt u graag zwangere vrouwen? Waarom wel, waarom niet? Wat verhindert u?

3. Implementatie

    - Hoe implementeert u zwangerschapsbegeleiding in de praktijk?
    - Wat wordt hiervoor gebruikt? (Materiaal {zwangerschapsmap, verwijsbrief, boekje Kind & Gezin}, anamnestisch, klinisch, maakt u patiënte bewust dat u meedoet aan zwangerschapsbegeleiding)
    - Hoe implementeert u de bestaande richtlijnen? (Domus Medica, KCE, NICE)

4. Samenwerking met gynaecoloog

    - Hoe verloopt de samenwerking met de gynaecoloog?
    - Hoe zou deze samenwerking volgens u geoptimaliseerd kunnen worden?

5. Afsluitende vraag

    - Wat zou zwangerschapsbegeleiding volgens u aantrekkelijker maken?
    - Nog aanvullingen die belangrijk lijken?