Samen zwanger

Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging? Een exploratief onderzoek bij huisarts en gynaecoloog.

Ann-Sophie Phyfferoen, KUL
Stefanie Vermandere, KUL

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, U Gent

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche, U Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context

Er bestaat een richtlijn van Domus Medica die mooi beschrijft wanneer de gynaecoloog of de huisarts de zwangere best ziet, en die beschrijft daarbij welke tests of onderzoeken er moeten gebeuren op elk moment. In de praktijk zien we echter dat deze richtlijn weinig gekend is en nog minder gebruikt wordt. De zwangerschapsopvolging gebeurt meestal enkel door de tweede lijn. Nochtans geeft deze richtlijn aan dat de huisarts een duidelijke rol heeft in de opvolging.

Onderzoeksvraag

Twee jaar geleden werd een thesis gemaakt over de verwachtingen van vrouwen tijdens zwangerschapsbegeleiding. Wij gaan verder op het thema maar dan bij de artsen.
Onze onderzoeksvraag is 'Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging?' en 'Wat zijn de bevorderende factoren en barrières?' Ons onderzoek werd toegespitst op de regio Roeselare.

Methode

In dit kwalitatief onderzoek werden er 4 semigestructureerde groepsinterviews afgenomen. De focusgroepen bestonden uit 3 LOK groepen van huisartsen en 1 groep gynaecologen.

Resultaten

De data werden verkregen door semigestructureerde interviews die volledig werden uitgetypt en gecodeerd en daarna geanalyseerd. De resultaten werden dan verwerkt via het Donebedian systeem.(8) Donabedian stelt dat de kwaliteit bepaald wordt door drie grote groepen van factoren: *structuur*, *proces* en *resultaat*. In onze thesis werd *structuur* vervangen door *context*.
Uit de resultaten blijkt dat er drie spelers zijn in de gedeelde zwangerschapsopvolging, namelijk de patiënte, huisarts en gynaecoloog. In de *context* van onze maatschappij zien we dat de patiënte vaak kiest voor de gynaecoloog. Ze wordt beïnvloed door de visie van haar omgeving op zwangerschapsopvolging en de media in haar keuze voor gedeelde opvolging of opvolging bij de gynaecoloog. Ook verkiest de patiënte de gynaecoloog omwille van de echo die ze daar telkens krijgt.
In het *proces* kijken we vooral naar twee spelers, namelijk de huisarts en de gynaecoloog. We zien dat bijna alle huisartsen aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding willen doen. Ze vinden het een meerwaarde voor hun praktijk. Ze vinden het ook allemaal een taak van de huisarts. De huisarts heeft zeker een meerwaarde tijdens de opvolging, hij kent de patiënte beter op psychologisch, sociaal en medisch vlak. De huisarts is ook laagdrempelig. Bij zowel de huisarts als gynaecoloog bestaat de bereidheid om samen te werken, maar er zijn enkele barrières. Vooral communicatie is een belangrijk struikelblok tijdens de samenwerking en het feit dat er geen eenduidige richtlijn is. Gynaecologen halen ook aan dat zij de eindverantwoordelijke zijn, en daardoor werken ze minder samen. Mede door de verschillende onderzoeken die een vrouw moet ondergaan tijdens haar zwangerschap is er een medicalisering van de zwangerschap, wat dan weer bijdraagt tot het feit dat de zwangerschapsopvolging vaak niet gedeeld wordt met de huisarts.
Het *resultaat* is dat er een slechte samenwerking en ontevredenheid is bij zowel de huisarts als de gynaecoloog.

Daarnaast gaven de deelnemers suggesties om de situatie te veranderen. Zo moet er gebruik gemaakt worden van een eenduidige richtlijn die goedgekeurd is door zowel de huisartsen als de gynaecologen, en moet er een betere, gestructureerde communicatie zijn. Bovendien moet er een afbakening zijn van de verantwoordelijkheid: het moet duidelijk zijn wat er van welke arts verwacht wordt. Tenslotte werd er aangehaald dat de huisarts zichzelf en zijn rol moet promoten in gedeelde zwangerschapsopvolging, bijvoorbeeld via folders of mondelinge informatie bij het eerste zwangerschapsconsult bij zowel de gynaecoloog als de huisarts.

Conclusie

Uit ons kwalitatief onderzoek blijkt dat beide partijen bereid zijn om samen te werken en dat de huisarts zeker een rol heeft in de zwangerschapsopvolging. Men ziet de voordelen van de gedeelde zwangerschapsopvolging zoals het feit dat de huisarts de patiënte beter kent op sociaal, psychologisch en medisch vlak. De barrières die een goede samenwerking verhinderen zijn gebrekkige communicatie, afwezigheid van een richtlijn die door beide partijen gebruikt wordt, concurrentiegevoel tussen eerste en tweede lijn en onderwaardering van de huisarts.
Om een betere samenwerking te krijgen is er dus nood aan een duidelijke richtlijn, goede informatiedoorstroom en een duidelijke taakomschrijving van iedere hulpverlener.

Inhoud

Abstract 2
Context 2
Onderzoeksvraag 2
Methode 2
Resultaten 2
Conclusie 3
Dankwoord 6
Inleiding 7
Keuze van onderwerp en onderzoeksvraag 7
Literatuurzoektocht 8
Zoekmethode 8
Gedeelde prenatale zorg 8
Beoordeling van de kwaliteit van prenatale zorg 9
Benodigdheden voor goede samenwerking 9
Huisarts en gedeelde zwangerschapsopvolging 11
Richtlijnen 13
Conclusie 14
Onderzoeksmethodiek 15
Studiedesign 15
Dataverzameling 15
Procedure 15
Deelnemers 15
Codering en analyse 15
Ethisch comité 16
Resultaten 17
Context 17
Visie van de maatschappij 17
Bekendheid met richtlijnen over gedeelde zwangerschapszorg 18
Technische onderzoeken 19
Recente veranderingen 19
Proces 19
Patiënt 19
Huisarts-gynaecoloog 20
Resultaat 28
Verbetering 29
Communicatie 29

Richtlijnen 30
Huisarts 31
Discussie 33
Huisarts-patiënt-gynaecoloog 33
Benodigdheden voor een verbetering van de samenwerking 36
Implicaties voor regio Roeselare 37
Sterktes en beperkingen van de studie 38
Sterktes 38
Beperkingen 38
Implicaties voor verder onderzoek 38
Good practice 40
Besluit 41
Bijlagen 42
Bijlage 1: Tabel 1 42
Bijlage 2: Interview vragenlijst 43
Bijlage 3: Informed consent 44
Bijlage 4: Demografische gegevens 45
Referenties 47

Dankwoord

Wij willen graag wij iedereen bedanken die ons heeft geholpen tijdens het maken van onze MaNaMa thesis.

Onze dank gaat in het bijzonder uit naar onze promotor Professor Dr. Sara Willems en onze co-promotor Dr. Piet Vanden Bussche om ons te begeleiden en ons op weg te helpen. Ook willen wij Dr. Mieke Vermandere bedanken om de taak als moderator op zich te nemen tijdens onze eerste focusgroep bij de gynaecologen.

Tevens willen wij ook onze praktijkopleiders Dr. Gwendolen Naeyaert, Dr. Marieke Vankeirsbilck en Dr. Roland De Vogelaere bedanken voor hun hulp en interesse in ons project.

Daarnaast willen we alle huisartsen en gynaecologen bedanken die hebben deelgenomen aan de focusgroepen.

Als laatste willen we onze familie en vrienden bedanken om ons te steunen tijdens het ganse proces. Ook bij de technische kant konden we altijd op hen rekenen: Mieke Vermandere gaf ons nuttige tips bij de literatuurzoektocht, dankzij Pieter Vermandere konden we het programma NVivo gebruiken, en zonder Lander Verhack zouden we dit programma nooit opgestart gekregen hebben. In het bijzonder ook een vermelding voor Isa Deconinck, dochter van Ann-Sophie, die tijdens het schrijven van de thesis geboren werd.

Inleiding

Keuze van onderwerp en onderzoeksvraag

In ons land zijn er 3 partijen die een zwangerschap kunnen opvolgen. De eerste is de huisarts, de tweede de gynaecoloog en de derde de vroedvrouw. Hier worden de meeste zwangerschappen opgevolgd ofwel door de gynaecoloog, ofwel door de gynaecoloog in samenwerking met de huisarts. In 2012 waren er in België 126 993 geboortes en ongeveer 7815 huisartsen. Een huisarts zou dus gemiddeld 16 zwangere vrouwen per jaar moeten zien. (1,2) In werkelijkheid ziet een huisarts veel minder zwangere patiënten omdat de meesten enkel worden gevolgd door de tweede lijn.

Ook in onze eigen praktijken merken we dat we zwangere vrouwen soms niet terugzien. De patiënte komt meestal wel om de zwangerschap door de huisarts te laten vaststellen maar nadien gaat ze enkel nog naar de gynaecoloog. Maar wij vinden dat zwangerschapsopvolging behoort tot de taken van de huisarts en dat het een meerwaarde kan bieden als de huisarts participeert in de zwangerschapsopvolging. De huisarts heeft meer tijd en is laagdrempelig. De huisarts kijkt niet enkel naar het medische maar heeft ook oog voor het psychologische aspect. Deze visie wordt ondersteund door Domus Medica, die bracht in 2006 een richtlijn uit over gedeelde zwangerschapsopvolging. We zien dat deze richtlijn bij zowel een groot deel van de huisartsen als gynaecologen niet gekend is en nog minder gebruikt wordt.

Twee jaar geleden werd een thesis gemaakt door Barbara Baert en Melanie Jacobs onder leiding van Prof. Dr. Sara Willems rond wat vrouwen willen tijdens een zwangerschapsopvolging. (3) Uit de thesis bleek dat vrouwen de echografie tijdens de zwangerschap zeer belangrijk vonden omwille van de geruststelling in verband met de gezondheid van het ongeboren kind. Er werd ook opgemerkt dat het belangrijk is dat er tijdig wordt gecommuniceerd over gedeelde zwangerschapsopvolging. Daardoor weet de vrouw welke taken de huisarts op zich kan nemen tijdens deze periode.
Wij gaan verder met het thema maar we spitsen ons toe op de samenwerking tussen de huisartsen en gynaecologen. Wat denken gynaecologen en huisartsen over gedeelde zwangerschapsopvolging? Waarom lukt de samenwerking niet altijd en waarom wel? Willen gynaecologen wel de opvolging delen? En wat denken de huisartsen hierover?
De problemen en de bevorderende factoren worden gedefinieerd en er worden oplossingen gezocht voor de toekomst.
De onderzoeksvraag is dus: Wat denken gynaecologen en huisartsen over gedeelde zwangerschapsopvolging?

In de regio van Roeselare waar we ons onderzoek deden, zijn er meerdere ziekenhuizen. In 2014 is er een fusie van twee van die ziekenhuizen gepland, waardoor er zal moeten samengewerkt worden tussen beide gynaecologische diensten. Dit is zeer interessant, want beiden hebben een andere opvatting in verband met gedeelde zwangerschapsopvolging, wat duidelijk aan bod kwam tijdens de interviews. Op die manier kunnen wij misschien ons steentje bijdragen en hopen we dat de resultaten van onze studie eventueel een nieuw samenwerkingsplan kunnen beïnvloeden ten voordele van de samenwerking met de huisarts.

Literatuurzoektocht

Zoekmethode

De onderzoeksvraag van de thesis is de volgende: "*Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging?" en "Wat zijn de bevorderende en remmende factoren voor samenwerking?"*
In de literatuurzoektocht werd geprobeerd een antwoord hierop te vinden. Bovendien zochten we of er naast de richtlijn van Domus Medica nog richtlijnen zijn over gedeelde zwangerschapsopvolging en wat hun mening is over gedeelde opvolging.

Eerst werden de richtlijnen doorzocht via CEBAM: domus medica, NHG, KCE, Clinical knowledge summaries (Prodigy), National Guideline Clearinghouse en guidelines finder UK.

Literatuur werd gezocht via de databank Medline via de zoekmachine PubMed. Volgende zoektermen werden gebruikt: pregnancy, prenatal care, prenatal care multidisciplinary, antenatal care, prenatal care/manpower, organization and administration, interdisciplinary communication, shared obstetric care, shared prenatal care, pregnant woman, shared pregnancy follow-up, gynaecologist, general practitioner, primary health care, family practice, family physicans, opinion, attitude, doctor's opinion, cooperation, conditions, limits, prenatal care, questionnaires.
De volgende limieten werden telkens geactiveerd: Nederlandstalige en Engelstalige artikels. Na het verzamelen van de teksten werd eerst de abstract gelezen en aan de hand daarvan werd beslist of het artikel relevant was of niet. Er werd o.a. gekeken naar de populatie (zwangeren) en de context van gezondheidssysteem (huisartsen + gynaecologen). Indien het artikel relevant was, werd het helemaal gelezen.
Bij relevante artikels werd ook gebruik gemaakt van de optie 'gerelateerde artikels'. Alle artikels werden online gevonden.
Eveneens werd de thesis van onze collega's van 2 jaar geleden gebruikt. (3)

Gedeelde prenatale zorg

In deze thesis bedoelen we met *gedeelde prenatale zorg* zwangerschapsopvolging die gedaan wordt door de gynaecoloog en de huisarts, in onderlinge samenwerking. Een mooi voorbeeld hiervan is het schema van Domus Medica. Daarin staat precies wanneer de zwangere vrouw naar welke arts moet gaan voor welke onderzoeken. Deze aanbeveling beschrijft een zwangerschapsbegeleiding, die gericht is op de zwangere vrouw, met heldere afspraken, informed consent en aandacht voor vragen en informatieverstrekking over eventuele gezondheidsrisico's. (4)
De praktijk leert echter dat gedeelde samenwerking vaak zeer moeizaam gebeurt. In de regio Roeselare gebeurt het soms, afhankelijk van welke gynaecoloog de zwangere begeleidt. Uit ervaring weten we dat het in regio Gent bijvoorbeeld quasi nooit gebeurt.

Verschillende studies tonen echter aan dat gedeelde prenatale zorg veel voordelen heeft. Zo is er een verhoogde continuïteit, is de patiënt tevredenheid hoger, is er minder medicalisering, en nog andere voordelen die u kunt terugvinden in de rubriek "voordelen" hieronder. (5,6)

Gedeelde prenatale zorg werd in het verleden vaak bekritiseerd omwille van communicatieproblemen. Het is echter belangrijk dat deze problemen aangepakt worden, want het model heeft zeker zijn voordelen. Een studie suggereert dat, als er een adequate samenwerking is tussen de verschillende betrokken zorgverleners, de zwangere vrouwen veilig kunnen toegewezen worden aan verschillende modellen van zwangerschapsbegeleiding zoals gedeelde zorg met huisartsen en gynaecologen. Uiteraard geldt hierbij de voorwaarde dat de zorg moet aangepast zijn aan het risico van de zwangerschap. (7) Alles valt of staat dus met de

samenwerking tussen de artsen. Dit is voor ons nog een extra stimulans om de problemen bij samenwerking en communicatie tussen zorgverleners in kaart te brengen, en op die manier een aanknopingspunt voor verbetering te vinden.

Beoordeling van de kwaliteit van prenatale zorg

Meestal wordt de kwaliteit van prenatale zorg gedefinieerd door 2 parameters, namelijk de timing van het eerst consult, en het aantal consulten. Dit zijn vooral kwantiteit gebonden parameters.(8) Een studie van Diane S. Lauderdale et. al. toont aan dat er de laatste jaren een stijging is van het aantal consultaties bij zwangerschapsopvolging, maar geen daling in vroegtijdige bevallingen of laag geboortegewicht. Sterker nog, er zijn meerdere RCT's die aantonen dat minder consultaties bij laag risico zwangerschappen niet leiden tot slechtere outcomes voor moeder en kind. (9) Men kan zich dus de vraag stellen of het niet beter is de kwaliteit van zorg te onderzoeken, i.p.v. de kwantiteit. (8)

Om de kwaliteit te beoordelen, is er "Donabedian's systems- based model of quality healthcare". Dit bestaat uit drie grote items: de structuur, het proces en het resultaat. Onder *structuur* verstaat men de setting waarin zorg plaatsvindt, namelijk de fysische setting (netheid ruimte, comfortabele stoelen, …) en de eigenschappen van het personeel (vriendelijke artsen, welke specialisatie, …). Onder *proces* verstaat men wat er precies gebeurt op de consultatie, wat opgesplitst kan worden in een medisch luik (toepassing van medische zorg en zo de beste resultaten behalen) en psychosociaal luik (sociale en psychologische interactie tussen arts en patiënt). Het *resultaat* is afhankelijk van de structuur en het proces, en bepaalt mee de tevredenheid van de patiënt.(8)
Als we dit gaan betrekken op ons thema, namelijk gedeelde zwangerschapsopvolging, dan is de *structuur* de zorgsetting (gynaecoloog of huisarts, in het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk, …), het *proces* wat er precies opgevolgd wordt (echo op 12 weken, bloedsuikertest bij de huisarts, …), en het *resultaat* is afhankelijk van de *structuur* en het *proces*, namelijk een goede zwangerschapsopvolging met tevreden partijen.
Wat we in deze studie vooral willen onderzoeken is de *structuur*, met name hoe de artsen communiceren met mekaar met als doel een zo goed mogelijke zwangerschapsopvolging te bieden. We zien echter ook dat het *proces* ook zeer belangrijk is in de samenwerking, namelijk welke arts wat doet en duidelijke afspraken daarrond.(5,8) Als we dus met samenwerking zowel de structuur, het proces, en als gevolg het resultaat kunnen verbeteren, verbeteren we de algemene kwaliteit van de zwangerschapsopvolging.

Benodigdheden voor goede samenwerking

Wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen

Richtlijnen of protocollen die door iedereen kunnen worden toegepast zouden de zwangerschapsopvolging een stuk vooruit helpen.(5,8) Zo is er duidelijkheid bij alle partijen over wat prenatale zorg moet inhouden en over wie wat moet doen. In België is er de richtlijn van Domus Medica over gedeelde zwangerschapsopvolging. (4)

Deze richtlijnen zijn jammer genoeg moeilijk te implementeren om meerdere redenen, ten eerste omdat elke specialisatie de nadruk op zijn *eigen prioriteiten* wil leggen. Zo legt de pediater bijvoorbeeld eerder de nadruk op het ongeboren kind terwijl gynaecologen de focus vooral op de vrouw zullen leggen.(10) Huisartsen leggen misschien de focus meer op de beleving van de zwangerschap, terwijl gynaecologen meer de nadruk leggen op het medische aspect van zwanger zijn. Ten tweede zijn veel artsen vooral gericht op *eigen ervaring*: als ze ondervinden dat er iets goed lukt in de praktijk, dan gaan ze ervan uit dat dit ook wel de beste methode zal zijn en staan ze weinig open voor richtlijnen die het anders doen. Ten derde vinden sommige artsen het ontwikkelen van richtlijnen simpelweg *niet nodig* omdat de gynaecologen

bijvoorbeeld veronderstellen dat huisartsen wel weten wat ze moeten doen om goede zwangerschapsopvolging te bieden en zelf hun verantwoordelijkheid moeten nemen en niet moeten berusten op een richtlijn. Enkele artsen gaan zelfs nog verder en vinden een richtlijn over zwangerschapsopvolging een nutteloze *inbreuk* op het vrij klinisch redeneren. (6)

Goede communicatie

Dankzij een richtlijn weten zowel huisarts als gynaecoloog perfect wat ze moeten doen, maar de samenwerking staat of valt toch met communicatie. Deze communicatie moet systematisch gebeuren. Als een dokter verwijst, is de specialist verplicht om te communiceren met de arts die verwijst. Zo zou de gynaecoloog dus ook bij elk consult met de zwangere de huisarts op de hoogte moeten brengen. (5,11)
Ook de richtlijn van Domus Medica stelt in zijn randvoorwaarden dat voor een goede zorgcontinuïteit een "optimale samenwerking en informatiedoorstroom tussen zorgverleners" noodzakelijk is.(4)

Afbakenen van taken en verantwoordelijkheid

Hoewel de meeste artsen van mening zijn dat elke arts verantwoordelijk is voor elke vrouw in elk consult(6), vond een Britse studie dat er best een "lead professional" is, een arts die de verantwoordelijkheid voor een groot deel van de zwangerschapszorg op zich neemt.(5) In België is dit meestal de gynaecoloog. Bovendien moet er duidelijk afgebakend worden wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo moet duidelijk afgebakend worden welke professional welke zorg verleent. Elke zorgverlener moet de zorg verlenen waarvoor hij specifiek is opgeleid, zonder overlapping door verschillende zorgverleners.
Het moet benadrukt worden dat communicatie nog steeds zeer belangrijk blijft, wie de rol van "lead professional" ook op zich neemt. Communicatie tussen deze zorgverlener en alle andere leden van het team is essentieel opdat iedereen de nodige en gepaste zorg kan verstrekken zodat de patiënt een globale goede zwangerschapsopvolging zou krijgen.(5) In dat aspect zou de hoofdverantwoordelijke die de zorg coördineert, ook de organisatie van de communicatie op zich kunnen nemen. Gezien de hoofdverantwoordelijke in ons land bijna altijd de gynaecoloog is, ligt er een belangrijke verantwoordelijkheid bij hem.

Niet alleen het afbakenen van de verantwoordelijkheid tussen artsen is zeer belangrijk, maar ook het afbakenen van verantwoordelijkheid tussen artsen en het personeel dat rond de arts werkt is zeker ook belangrijk. In een Australische studie bleek dat de communicatie tussen gynaecoloog en huisarts beter verloopt wanneer de arts zelf, en niet het personeel, verantwoordelijk is voor de brieven die hij stuurt naar collega's. Wanneer de arts zelf verantwoordelijk was voor het versturen van brieven, bleek dat er ongeveer 30% meer brieven geschreven werden naar de huisarts. (11) Een goede taakverdeling is dus onontbeerlijk.

Een gedeeld dossier

Een platform op het internet waarin de medische gegevens i.v.m. de zwangerschap beheerd kunnen worden door zowel de huisarts als de gynaecoloog biedt een grote meerwaarde. Er zou dus een soort nationaal online register uitgebouwd kunnen worden voor alle huisartsen en gynaecologen in België.(5,11) Dit bestaat op dit moment niet en waarschijnlijk zullen er veel issues omtrent privacy opgelost moeten worden eer dit realiteit wordt.
In afwachting van dergelijk online register wordt best een dossier gehanteerd dat de patiënte zelf bijhoudt en meebrengt bij elk consult, zoals het zwangerschapsboekje bij ons. Het probleem in de praktijk is dat zowel gynaecologen als huisartsen het dossier vaak niet gebruiken, waardoor het ook geen ideale oplossing blijkt te zijn. (5,6)

Huisarts en gedeelde zwangerschapsopvolging

Rol van de huisarts

Volgens het KCE is het ideale aantal raadplegingen bij een normale zwangerschap 7 (multipara) of 10 (primipara). In de praktijk zijn dit er meestal meer (gemiddeld 13 raadplegingen), waarvan er gemiddeld 10 bij de gynaecoloog en 3 bij de huisarts gebeuren. Bij de eerste raadpleging gaat meer dan de helft van de vrouwen naar de huisarts, maar slechts de helft van die vrouwen blijven bij de huisarts gaan. De zwangerschapsopvolging wordt dus vooral door de tweede lijn opgevolgd.
Het verloskundig vademecum zegt echter dat een laag risico zwangerschap in feite gevolgd moet worden door de huisarts en eventueel de vroedvrouw. Een zwangerschap met een matig risico kan perfect door de huisarts gevolgd worden, in overleg met de gynaecoloog. Bij een hoog risico wordt de zwangere best door een gynaecoloog gevolgd. (12)

Ook al zeggen veel studies en richtlijnen dat de huisarts perfect een zwangerschap kan opvolgen, men ziet toch overal ter wereld bezorgdheid over de inkrimpende rol van de huisarts bij zwangerschapsopvolging. Zo vond een studie uit Canada dat slechts 50% van de huisartsen in Canada betrokken is in zwangerschapszorg. (13) Er is dus niet alleen bezorgdheid bij ons.

Taken van de huisarts

Volgens de Domus Medica richtlijn over zwangerschapsbegeleiding heeft de huisarts duidelijk omschreven taken, op verschillende momenten tijdens de zwangerschapsopvolging. Dit begint al bij het preconceptieconsult. Tijdens de zwangerschap bestaan de voornaamste taken uit beleving van de zwangerschap, psychosociale ondersteuning, informeren, actieve risicoscreening, informed consent rond prenatale diagnose, klinisch onderzoek en labo-onderzoek.(4) Tabel 1 geeft een gedetailleerd overzicht.(tabel 1)
De bevalling zelf gebeurt in België voornamelijk bij de gynaecoloog of in het ziekenhuis. In Nederland gaan de huisartsen zelfs nog verder en doen ze zelf ook frequent thuisbevallingen.(14)
Na de bevalling springt de huisarts opnieuw in voor de postnatale opvang van zowel de vrouw als de zuigeling.

Profiel van de huisarts

Meerdere studies uit Noord-Amerika en Australië onderzochten het profiel van de huisarts die participeert in zwangerschapszorg. Het blijkt dat even veel mannen als vrouwen betrokken zijn, maar dat vooral vrouwelijke huisartsen ook pre- en postnatale zorg voor hun rekening nemen. Ze besteden meer aandacht aan het preconceptie consult, helpen actief mee in de zorg voor de zuigeling, etc. Jongere huisartsen doen meer zwangerschapszorg dan hun oudere collega's.(13, 15, 16, 17)

Communicatie naar de huisarts toe

Gezien men zich in de geneeskunde meer en meer specialiseert, wordt de zorg voor patiënten verdeeld tussen verschillende specialisaties. Dit is zeker ook zo bij zwangerschapsopvolging. Het is daarom uitermate belangrijk dat er een systematische goede communicatie is tussen de verschillende instanties opdat de zorg voor de patiënt kwaliteitsvol blijft. Er wordt echter vaak slecht gecommuniceerd tussen artsen. Eerstelijns zorgverleners klagen vaak over het feit dat de communicatie met ziekenhuizen dikwijls spaak loopt. Desondanks blijven ze positief tegenover gedeelde zwangerschapsopvolging, ondanks hun ontevredenheid over de communicatie. Daarom is het zo belangrijk de communicatie te verbeteren en te evalueren.(11)
We vonden hierover geen concrete cijfers in België, maar een Australische studie toonde bijvoorbeeld dat slechts 15% van de huisartsen verwittigd werd als hun zwangere patiënte

opgenomen werd op de spoedopname.(11) Dit is uiterst alarmerend. Uit eigen ervaring weten we dat de situatie in onze regio ook beter kan. Soms worden de artsen niet verwittigd als er een complicatie optreedt, of als de vrouw bevallen is. Goede gestructureerde, systematische communicatie zou dit probleem kunnen oplossen.

De voordelen van participatie van de huisarts in zwangerschapsbegeleiding

Volgens het verloskundig vademecum is de huisarts samen met de vroedvrouw de eerste keuze om zwangerschapsopvolging te doen bij een niet gecompliceerde zwangerschap.(12) Dit heeft namelijk vele voordelen. Ten eerste is gedeelde zwangerschapsopvolging kosteneffectief, want een raadpleging bij de huisarts kost vaak minder dan een raadpleging in de tweede lijn waar er vaker technische onderzoeken gebeuren die dan ook aangerekend worden.(5) Bovendien moet de patiënt zich niet telkens naar het ziekenhuis verplaatsen als de opvolging voor een deel bij de huisarts kan gebeuren, wiens praktijk vaak dichter bij de patiënt ligt.(6) Ten tweede zijn de wachttijden vaak korter als de huisarts ook zwangerschapsopvolging doet, wat de continuïteit van de zorg ten goede komt. De huisarts kan de patiënt vaak nog dezelfde dag zien, terwijl dit bij de gynaecoloog vaak minder evident is. (6) Ten derde staat de huisarts veel dichter bij de leefwereld van de patiënt door een vaak jarenlange arts-patiënt relatie.(5) Meestal kent de huisarts niet enkel de patiënt, maar ook de hele familie. De zwangerschap is tenslotte een deel van de geschiedenis van de familie. Daarom is het ook belangrijk voor de continuïteit van de zorg voor het hele gezin, dat de huisarts dergelijke grote levensgebeurtenissen, zoals zwangerschap en bevalling, van dichtbij opvolgt.(7,18) Bovendien wordt de kwaliteit van de zwangerschapszorg hoger ingeschat wanneer de vrouw haar hulpverlener (zoals de huisarts) goed kent. (14)

Doordat de arts de patiënt al lang kent, kent hij bovendien de voorgeschiedenis en de pathologieën van de patiënt die een rol kunnen spelen in de zwangerschap. Daarenboven kan de huisarts in de verschillende fasen van de zwangerschap een rol spelen: ten eerste in de preconceptieve fase (vaccinatiestatus, levensstijl, genetische problematiek, opstarten foliumzuur, …), ten tweede tijdens de opvolging van de zwangerschap zelf, en tenslotte ook na de bevalling (zorg voor zuigeling, zorg voor kersverse ouders). (5)
Verder kan gedeelde zwangerschapsopvolging ook voor de gynaecoloog een meerwaarde bieden. Als de huisarts de hele zwangerschap helpt opvolgen, kan de werkbelasting van de gynaecoloog wat verminderd worden en kunnen gynaecologen meer zelf de bevallingen doen, of hebben ze meer tijd voor andere gynaecologie die buiten de obstetrie valt. (13)

Sommige studies gaan nog verder en pleiten zelfs tegen de gynaecoloog bij de opvolging van een zwangerschap met laag risico. Ze stellen dat de huisarts het fysiologische aspect van de zwangerschap kan benadrukken,(5) in tegenstelling met sommige gynaecologen die vaak de zwangerschap medicaliseren en de nadruk eerder op de pathologieën leggen die bij zwangerschap kunnen optreden, waardoor het aantal sectio's hoger zou liggen.(19)

De obstakels van zwangerschapsbegeleiding door de huisarts

Niet alle huisartsen willen graag participeren aan de zwangerschapsopvolging, om diverse redenen. Ten eerste vinden sommigen zwangerschapsbegeleiding een inbreuk op hun normale werkroutine, en mijden dit daardoor liever. Ten tweede zijn huisartsen vaak bang voor medicolegale problemen, en vinden ze de premie die ze moeten betalen voor de verzekering die ook zwangerschapsopvolging en/of bevallingen dekt, te hoog.
Verder vinden sommigen zichzelf niet voldoende opgeleid en onbekwaam om zwangerschapsopvolging te doen, of vinden ze dat ze niet voldoende zwangere patiënten hebben om competent te blijven in de materie.(19) Tenslotte vinden sommige huisartsen dat zwangerschapsbegeleiding niet tot hun vakgebied behoort en willen ze liever geen info geven aan zwangere vrouwen dan foute info.(6)

Een oplossing voor de laatste twee redenen zou een extra opleiding voor zwangerschapszorg kunnen zijn.(5)

Opvallend is dat deze terughoudendheid zich vooral voordoet in Europa. Een studie beschrijft dat huisartsen in Europa vooral laag risico zwangerschappen willen begeleiden. Dit is in tegenstelling tot artsen in Canada of Australië, die vaak ook hoog risico zwangerschappen voor hun rekening nemen.(19)

Doordat huisartsen wat terughoudend zijn bij zwangerschapsopvolging, geven ze onbewust groen licht aan de gynaecologen om de zwangerschapszorg over te nemen. De trend vandaag is dat de gynaecologen grotendeels de zwangerschappen opvolgen, en op die manier een medicalisering van "zwanger zijn" teweeg brengen.(15)

Richtlijnen

Tenslotte willen we een kort overzicht geven van de bestaande richtlijnen over zwangerschapsopvolging en vooral hoe die staan tegenover gedeelde zwangerschapsopvolging.

De 2 belangrijkste richtlijnen voor ons zijn die van Domus Medica en die van het KCE. Domus Medica pleit voor gedeelde opvolging met een duidelijk schema van wat er in elke consultatie moet gebeuren. De richtlijn werd in 2006 gepubliceerd, en behandelt een normale zwangerschap tussen de conceptie en 41 weken zwangerschap. Het bevat een duidelijk schema van wat wetenschappelijk gezien de beste begeleiding is van een zwangere door zowel de huisarts als de gynaecoloog.
In het schema staat duidelijk wat door wie moet nagekeken worden bij een bepaalde zwangerschapsduur (klinisch onderzoek, bloedafname, echo, informeren, …).(tabel 1)
Er zijn een aantal randvoorwaarden opdat het volgen van de aanbeveling goed zou verlopen, namelijk: de eerste lijn moet in staat zijn om een zwangere vrouw goed te begeleiden, en moet kunnen terugvallen op de tweede lijn. Bovendien is een goede informatiedoorstroming essentieel. Men kan hiervoor beroep doen op het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin. Eveneens moet hij tijd vrijmaken voor de vragen van de zwangere en betrokken zijn. Tenslotte beschikt de huisarts best over een doptone om foetale harttonen te bepalen, alsook over afnamemateriaal voor screening op GBS en bacteriële vaginose.(4)

De richtlijn van het KCE pleit ook voor gedeelde zwangerschapsopvolging. In de richtlijn staat dat volgens het verloskundig vademecum een laagrisico zwangerschap best begeleid wordt door de huisarts en/of de vroedvrouw. Matig verhoogde risicozwangerschappen vereisen overleg tussen de huisarts en de gynaecoloog. Afhankelijk van de ernst van de risicofactor wordt dan beslist wie de verdere opvolging van de zwangerschap doet. Bij aanwezigheid van hoog risicofactoren moet de zwangerschap door een gynaecoloog begeleid worden.(12)

De Nederlandse richtlijn van het NHG stelt dan weer dat de gynaecoloog de hoofdrol speelt in de begeleiding van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. De taak van de huisarts in de zwangerschap is het oplossen van medische zaken die niet verbonden zijn aan de zwangerschap.(20)

De Prodigy richtlijn over een ongecompliceerde zwangerschap stelt dat een normale zwangerschap kan opgevolgd worden door een vroedvrouw met of zonder huisarts. De gynaecoloog is enkel nodig wanneer er extra zorg nodig is.(21)

De NICE richtlijn stelt dat er geen voordeel is om gynaecologen sowieso te betrekken bij een ongecompliceerde zwangerschap. Deze richtlijn is ook voorstander van een standaard nationaal dossier.(22)

Conclusie

In dit eerste deel van onze literatuurzoektocht probeerden we antwoord te krijgen op de volgende vragen: *"Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging?"* en *"Wat zijn barrières en bevorderende factoren voor gedeelde zwangerschapsopvolging?"*
Samengevat zijn de barrières het feit dat het moeilijk lukt om een richtlijn te implementeren, ook al bestaan er goede aanbevelingen; het gebrek aan goede communicatie; het feit dat veel artsen geen gedeeld dossier gebruiken, de onwil van sommige huisartsen om te participeren in zwangerschapsopvolging omdat dit een breuk in hun routine is, uit angst voor medicolegale problemen of uit gevoel van onkunde. Noodzakelijke voorwaarden zijn, logischerwijze, een wetenschappelijk gefundeerde richtlijn die door iedereen gebruikt wordt, een goede communicatie, afbakenen van verantwoordelijkheid, en een gedeeld dossier.
We vonden weinig antwoorden op de eerste vraag, namelijk wat huisartsen en gynaecologen nu denken over gedeelde zwangerschapsopvolging.

In het tweede deel vergeleken we de verschillende bestaande richtlijnen. De Belgische pleit voor een gedeelde opvolging, de Nederlandse beschrijft de gynaecoloog als spilfiguur. De NICE en Prodigy richtlijnen stellen dat de huisarts ook een rol heeft in de opvolging.

Het is zo dat veel studies uit Canada, Australië of USA kwamen, één artikel kwam uit Nederland, maar geen enkel uit België. Enkel de richtlijnen over zwangerschapsopvolging van Domus Medica en van KCE zijn Belgisch, maar deze zeggen weinig over de samenwerking op zich, en spitsen zich eerder toe op het medische aspect. We konden al veel info halen uit het bovenstaande literatuuronderzoek, maar de situatie in Australië en in de USA is niet te vergelijken met België. Zo is in Australië al veel meer aandacht voor gedeelde zwangerschapszorg dan in België. Daarom leek het ons nodig om de situatie in België te bekijken, meer bepaald in regio Roeselare waar we allebei aan het werk zijn. We besloten om onze eigen studie op te zetten om het antwoord op onze onderzoeksvraag op eigen territorium te kunnen achterhalen.

Onderzoeksmethodiek

Studiedesign

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode nl. 4 semigestructureerde focusgroepen bestaande uit huisartsen en gynaecologen. De huisartsen en gynaecologen werden in aparte groepen geïnterviewd. De sterkte van de focusgroepen is de dynamiek die in de groep speelt. Door interactie tussen de deelnemers kan er vergeleken en gediscussieerd worden. Door discussie kunnen er verschillende topics aan bod komen.

Dataverzameling

Er werden semigestructureerde interviews afgenomen van zowel huisartsen als gynaecologen. Dit gebeurde aan de hand van verschillende focusgroepen. De focusgroepen van de huisartsen waren bestaande LOK groepen. Op basis van persoonlijke contacten werden 3 LOK groepen gerekruteerd en bereid gevonden tot deelname. Uiteindelijk was er 1 gynaecologengroep bereid om geïnterviewd te worden. Het hoofd gynaecologie van het ziekenhuis werd gecontacteerd via mail en die zorgde ervoor dat enkele van zijn collega's aanwezig waren.
Na de focusgroepgesprekken werden een aantal gynaecologen gecontacteerd met de vraag tot een gesprek. Het betrof gynaecologen die tijdens de focusgroepen werden vermeld als een voorbeeld van goede samenwerking tijdens de zwangerschap. De bedoeling van deze gesprekken was achterhalen hoe die gynaecologen de zwangerschapsopvolging precies doen, en wat volgens hen barrières en bevorderende factoren zijn.

Procedure

De focusgroepen werden gemodereerd door een moderator en geobserveerd door 1 of 2 observatoren. Er werd een semigestructureerd interview afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (zie bijlage 2). Het interview begon telkens met een korte presentatie van de thesis. Daarna werd een informed consent (zie bijlage 3) door alle deelnemers ondertekend. Er werd tevens een korte vragenlijst ingevuld. De vragenlijst omvatte demografische gegevens en vragen i.v.m. patiëntenpopulatie. De interviews duurden 1 à 2 uur.
De eerste twee interviews werden niet afgenomen door ons, maar door Dr. Mieke Vermandere en door Dr. Piet Vanden Bussche. De 2 laatste interviews deden we zelf. Bij de eerste twee interviews waren de twee onderzoekers observator. Bij de laatste twee interviews was één onderzoeker moderator en de andere observator, afwisselend bij de 2 interviews.
Alle gesprekken werd opgenomen met twee camera's. Later werden alle opnames letterlijk uitgetypt.

Deelnemers

Eerst werd het interview afgenomen van de gynaecologen. De focusgroep van gynaecologen bestond uit 2 vrouwen en 1 man. De maanden die volgden waren de 3 LOK groepen aan de beurt. Er waren meer mannelijke huisartsen in de LOK groepen dan vrouwelijke. Bij één LOK groep waren het vooral oudere mannelijke huisartsen.
Alle gegevens van de huisartsen en de gynaecologen zijn te vinden in de bijlage demografie. (bijlage 4)
De huisartsen waren bijna allemaal geïnteresseerd in gedeelde zwangerschapsopvolging en deden dan ook opvolging in de praktijk.

Codering en analyse

Alle interviews werden verwerkt aan de hand van het programma Nvivo 10 . In de eerste fase werden de interviews door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. De codes werden voor elk interview telkens besproken tot er een consensus bereikt werd, alvorens verder te gaan naar het volgende interview. Er werd rekening gehouden met de

onderzoeksvragen bij het coderen, namelijk wat de artsen zelf vinden van gedeelde zwangerschapsopvolging, en wat de barrières en bevorderende factoren hierbij zijn.
In de tweede fase werden de codes en de bijhorende tekstfragmenten gestructureerd in grote thema's volgens Donabedians model voor goede zorg. Dit werd gedaan in samenspraak met de co-promotor.
Tenslotte werden alle gegevens geanalyseerd en werden er verbanden gezocht tussen de verschillende codes.
Na elke stap in het proces werd er overlegd met onze promotor en co-promotor.

Ethisch comité

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent (registratienummer B670201317250 voor Ann-Sophie, B670201317256 voor Stefanie). Daarbij werd zowel de vragenlijst en het informed consent goedgekeurd.

Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de resultaten die bekomen werden door de groepsinterviews van de focusgroepen. Dankzij de resultaten hopen we een antwoord te vinden op de vraag 'Hoe denken artsen over gedeelde zwangerschapsopvolging?' en 'Wat zijn de barrières en voorwaarden voor gedeelde zwangerschapsopvolging?'

Het coderen leverde een grote hoeveelheid informatie op. Om deze informatie op een gestructureerde manier in kaart te brengen, gebruikten we het model van Donabedian, voordien beschreven in het literatuuronderzoek. Het model bestaat uit 3 grote thema's, namelijk structuur, proces en resultaat.(9) In ons schema hebben we het thema "structuur" door "context" vervangen, namelijk wat er in de gezondheidszorg bestaat en wat er in de maatschappij leeft. Het proces is wat er gebeurd tijdens de consultaties, de interacties tussen verschillende partijen enzovoort, en heeft twee items, namelijk enerzijds de patiënt, en anderzijds het medische team met de huisarts en de gynaecoloog. Het resultaat is in onze studie minder belangrijk, gezien de interviews zich vooral focusten op de context en het proces.
We maakten ook een vierde thema, namelijk "verbetering", gezien we ook veel tips kregen over hoe het wél beter zou kunnen.

We verhelderen de codes met citaten uit de interviews, die telkens gevolgd worden door het nummer van de focusgroep en het de specialisatie van de arts.

Context

Visie van de maatschappij

Hoe de maatschappij kijkt naar de rol van de huisarts heeft een grote invloed op hoe de zwangerschapsopvolging verloopt. Zo spelen de media hier een grote rol in.

> *'- De feuilletons hebben daar vroeger ook een slechte rol in gespeeld he, je moest naar de gynaecoloog gaan*
> *- Maar moesten ze in de media nu ook een beetje reclame maken van uwe huisdokter heeft daar een rol in te spelen.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Bovendien wordt de huisarts over het algemeen ondergewaardeerd, en zijn er veel vooroordelen in de maatschappij. Men vindt het soms abnormaal als de zwangerschap mee opgevolgd wordt door de huisarts.

> *'Maar als ze opgevolgd worden door een huisarts gedurende een zwangerschap, ze worden gek verklaard door de omgeving! Dat is de realiteit geworden. "ga jij naar de huisarts?? Je moet toch naar de gynaecoloog gaan!"' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Vervolgens is het belangrijk te vermelden dat zwangerschapsopvolging niet altijd op dezelfde manier verloopt in verschillende sociale klassen. Zo vertellen sommige huisartsen dat het bij immigranten soms aanpassen is door cultuurverschillen of door een taalbarrière. Daarbij verloopt het soms ook moeilijker in sociale situaties omdat de mensen soms meer uitleg vragen, de uitleg soms moeilijker begrijpen of minder trouw op afspraak komen.

> *'- Ja, die zwakkeren moet je extra begeleiden. Dat vind ik ook ja. En misschien in plaats van 5 keer bij de normale patiënt 10 keer zeggen.*
> *- Idealiter zou je ze meer moeten zien, maar het zijn dan juist zij dat je minder ziet omdat je ze moeilijker kunt motiveren.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Tenslotte is het belangrijk te vermelden dat in onze maatschappij in Vlaanderen 3 partners een rol spelen in de zwangerschapsopvolging: de huisarts, de gynaecoloog, maar ook de vroedvrouw. De algemene indruk in de interviews is dat de vroedvrouwen in regio Roeselare eigenlijk maar een kleine rol spelen in de zwangerschapsopvolging. Enkel bij thuisbevallingen worden ze vaak ingeschakeld.

> *'- Ik denk minder, want uiteindelijk bij ons zijn er gynaecologen genoeg, dus ik denk dat die mensen ook zo… een beetje voor de alternatieve denk ik. Maar bij ons eigenlijk weinig*
> *- Diegene die een thuisbevalling doen werken samen met vroedvrouwen.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Bekendheid met richtlijnen over gedeelde zwangerschapszorg

Hiermee bedoelen we vooral de zorgverleners die bekend zouden moeten zijn met zwangerschapszorg. Momenteel bestaat er hiervoor een richtlijn van Domus Medica, die heel duidelijk stelt welke arts wat wanneer doet. De richtlijn wordt door de artsen die hem kennen als zeer nuttig bevonden. Bovendien zijn er andere wetenschappelijke bronnen die geraadpleegd kunnen worden, en verspreiden sommige gynaecologen zelf informatie via bijvoorbeeld een schema in brieven, of via websites van het ziekenhuis.

> *'Ik heb al een paar keer moeten teruggrijpen naar de richtlijn van Domus Medica. Ik heb eventjes in een regio gewerkt waar er geen communicatie was met de gynaecologen. De patiënte wist niet goed waarom ze kwam en ik ook niet en dan heb ik gewoon de richtlijn gebruikt van Domus Medica en het schema.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Toch zien we dat deze richtlijn van Domus Medica door zeer weinig huisartsen gekend is. Veel artsen weten niet goed wat ze wanneer moeten doen tijdens de zwangerschapsopvolging. Zo was er bijvoorbeeld zeer veel onduidelijkheid over de vaccins en het tijdstip waarop ze moeten gegeven worden.

> *'Kennen jullie de richtlijn van Domus Medica over gedeelde zwangerschapsopvolging?*
> *- neen*
> *- neen*
> *- Moeten we dat kennen? Ik betaal niet voor domus dus ik ken daar niets van. Is dat een wetgeving?' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Veel artsen vinden het storend dat er geen eenduidige richtlijn gehanteerd wordt. Bovendien is er een groot verschil tussen de twee ziekenhuizen in de regio, ze hebben elk hun eigen manier van werken. Met het ene ziekenhuis gaat de samenwerking zeer goed en is er een relatief eenduidig beleid tussen de verschillende gynaecologen. In het andere ziekenhuis varieert het meer van gynaecoloog tot gynaecoloog en zijn de huisartsen over het algemeen minder tevreden. Men ziet daarenboven dat verschillende regio's op een andere manier werken. Zo werken de gynaecologen op bepaalde plaatsen helemaal niet samen met huisartsen en vinden de artsen dat ze hier in regio Roeselare nog van geluk kunnen spreken. Er is dus volgens vele huisartsen een tekort aan een eenduidig beleid dat door iedereen toegepast wordt.

> *'Ik vind een groot verschil tussen de twee ziekenhuizen. Wij werken het meest met ziekenhuis X en daar vind ik dat dat perfect verloopt. Dat het bijna allemaal hetzelfde is, maar van ziekenhuis Y niet. Daar is het minder, maar daar hebben we weinig respons.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Technische onderzoeken

Een belangrijk item dat in onze structuur van zwangerschapsopvolging in Vlaanderen zit, is het aantal technische prestaties dat gestegen is, bijvoorbeeld epidurale verdovingen, ICSI, maar ook een toename van het aantal echo's. De echo's worden quasi enkel bij de gynaecologen uitgevoerd. Bovendien worden er meestal meer dan de drie aanbevolen echo's gedaan, omdat het voor de gynaecologen structureel bijna makkelijker is om er wél een te doen dan er geen te doen. Dit heeft zeker een impact op de gedeelde opvolging.

> *'Structureel is het zo: uw echo staat naast u stoel, het is bijna eenvoudiger om uw echo er op te zetten dan de doptone uit te halen. Je past u structureel aan hé.' (focusgroep 1: gynaecologen)*

Recente veranderingen

De laatste jaren is er wat verschoven op het vlak van gynaecologie. Ten eerste is er voor de huisartsen een forse stijging gekomen van de verzekeringspremie voor het verzekeren van bevallingen. De premie ging ongeveer maal tien. Dit schrikte zeer veel huisartsen af om nog bevallingen te doen: er zijn veel bevallingen nodig om de prijs van de verzekering te overschrijden.

> *'- Een ander probleem is natuurlijk ook de verzekeringstoestand he. Er is een aantal keren iets mis gelopen en dus de premie als je bevallingen doet ging ferm omhoog, en je moet dus zeker al een aantal bevallingen doen voordat je daar iets van kon recupereren*
> *- Ja, dat kwam daarnet tersprake dat de premie x10 ging*
> *- Dat was dus ook een probleem bij mij*
> *- Iemand die durfde verloskunde doen, dat was dan echt een durver hé, dat was iemand die zich…' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Een tweede verandering is de stijging van het aantal gynaecologen. Daardoor moet men het werk onder meer artsen verdelen, wat de angst voor te weinig werk in de hand werkt. Volgens de huisartsen is dat de reden waarom ze het werk van de huisartsen naar zich toe trekken.

> *'Er zijn er veel bijkomen, gynaecologen, dus als zij hun hoeveelheid werk moeten komen, moeten zij het werk dat wij vroeger deden overnemen he. Je moet daar geen tekening bij maken waarom dat dat is hé.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Een laatste maatschappelijke verandering is een daling van het aantal geboortes in vergelijking met vroeger. Vroeger kregen de mensen heel veel kinderen, nu is het gemiddelde een tweetal per vrouw. De gewoonte van kinderen kopen is dus weg. Daarom wordt een geboorte meer exceptioneel dan vroeger. Bovendien is een kind zeer kostbaar, omdat de meeste ouders er maar 1 of 2 hebben. Misschien zoeken mensen daarom eerder de specialist op.

> *'Ja, hun kind is goud waard, ze hebben er ook maar 1 of 2, en het zijn kostelijke kinderen, er mag niets gebeuren hé, dus in feite, als huisarts ben je al niet meer op je gemak.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Proces

Patiënt

De eerste belangrijke speler in het proces is de patiënte, met haar eigen voorkeuren en overtuigingen. De voorkeuren van de patiënte worden door meerdere dingen beïnvloed. Zo weten sommige vrouwen niet dat de huisarts ook kan participeren in het opvolgen van de zwangerschap, en gaan dan logischerwijze eerder naar de gynaecoloog in plaats van naar de

huisarts. Bovendien krijgen ze infoavonden in het ziekenhuis, wat hen ook eerder bij de specialisten houdt.

> *'Ik vind dat de patiënt daar dikwijls de schuld in heeft. Ze die kiest voor een gynaecoloog op dat gebied. Dat is waarschijnlijk zo gegroeid.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Een zeer belangrijke factor is de echo, wat ook naar voor kwam in de vorige thesis over gedeelde zwangerschapsopvolging. De meeste vrouwen willen liefst een echo bij elk consult. Aangezien de huisarts dit meestal niet doet, ervaren vrouwen dit vaak als een beperking, en willen ze liever niet bij de huisarts maar wel bij de gynaecoloog.

> *'En de mensen willen dat ook, ze willen ook naar de gynaecoloog gaan he. Hoe meer echo's hoe liever, hoe meer dat ze gevolgd worden hoe liever, allez ik moet altijd zeggen tegen de mensen van: wacht nog een beetje voor die eerste echo want je gaat gij daar niets zien. Ze zouden al gaan als ze een week overtijd zijn.' (focusgroep 3 LOK 2 HA)*

Huisarts-gynaecoloog

Samenwerken in team

Beweegredenen tot samenwerken

Bij gedeelde zwangerschapsopvolging moeten huisartsen en gynaecologen samenwerken als een team. De beweegredenen voor deze samenwerking kunnen uiteenlopen. Ten eerste werken sommige artsen samen vanuit de visie dat twee meer weet dan één. Zo kan de huisarts bijvoorbeeld nuttige info bijdragen over de voorgeschiedenis van de patiënt, en kan de gynaecoloog de huisarts adviezen geven.
Ten tweede hebben sommige artsen een persoonlijke relatie met een huisarts of gynaecoloog, wat de samenwerking in de hand werkt. Dit wordt mooi geïllustreerd door onderstaand citaat.

> *'Als je een bepaalde specialist tamelijk goed kent, persoonlijk, en je kent hem ook een beetje privé of wat weet ik allemaal, of je hebt er jaren veel mee samen gezeten, stuur je automatisch meer naar die. (…) als je een goeie relatie hebt met de specialist, tiens je bent verwezen door die dokter, je zal gemakkelijker feedback krijgen. Terwijl een huisarts dat hij totaal niet kent, hij eerder zal denken …' (focusgroep 1 LOK 1 HA)*

Tenslotte berust de reden tot samenwerking soms op gewoonte. Als men al jarenlang samenwerkt met een huisarts, zal men dit ook blijven doen.

> '*Misschien moeten we ook wel eventjes aanhalen dat bepaalde collega's in de regio toch misschien iets meer met de huisarts … omdat zij bepaalde, al eeuwenoude zeg maar, tradities hebben om met bepaalde huisartsen te werken.' (foucusgroep 1 gynaecologen)*

Goede samenwerking

Samenwerken heeft volgens de huisartsen zeer veel voordelen. Sommigen beweren zelfs dat er geen nadelen zijn aan gedeelde zwangerschapsopvolging.
Een huisarts haalt het voorbeeld aan van enkele gynaecologen waarmee de samenwerking zeer goed verloopt. Er wordt hierbij de nadruk gelegd op gestructureerde samenwerking. De briefwisseling verloopt automatisch, en alle collega's volgen het systeem min of meer.

> *'De samenwerking die gestructureerd is … en binnen dat centrum zijn er bvb collega's die het systeem zeer correct doen en dat het in een zeer collegiale sfeer gebeurd. En die*

automatisch verwijzen en terugverwijzen. Dat is automatisch, dat geeft een vertrouwensband voor elkaar en aangename samenwerking die aanmoedigt tot samenwerking en tot een volgende samenwerking ook.' (focusgroep 4 LOK 3 HA)

Een andere huisarts vertelt dat de samenwerking verbeterd is in vergelijking met vroeger. Er wordt daarvoor naar enkele gynaecologen gewezen, die de samenwerking nieuw leven zouden hebben ingeblazen. Een andere huisarts vindt dat de communicatie op zich ook verbeterd is in vergelijking met vroeger.

'Ja maar binnen de dienst is de samenwerking in feite verbetert. In vergelijking met over 8 of 10 jaar hadden we niets van samenwerking meer. En ik vind nu de laatste jaren dat, dankzij een aantal gynaecologen het terug tot een samenwerking is gekomen.' (focusgroep 4 LOK 3 HA)

Minder goede samenwerking

Een gynaecoloog haalt aan dat de opvolging soms verwatert door routine. Men begint vol goede moed aan samenwerking, maar doordat de gynaecologen soms zo gewoon zijn om de zwangerschap alleen op te volgen, verwatert de samenwerking met de huisarts na een tijdje.

'Het gebeurt ook dat het alternerend start, maar dat het na een tijdje verwatert, omdat je in een zekere routine van opvolging zit.' (focusgroep 1: gynaecologen)

Soms ontstaat er wrevel bij de huisarts als de gynaecoloog de patiënt alleen blijft zien. Dit is echter niet altijd de fout van de gynaecoloog. Soms wil de patiënt liever bij de gynaecoloog blijven komen, en dan is het soms zeer delicaat voor de gynaecoloog om te laten weten aan de huisarts dat hij de opvolging niet meer mag doen. Soms botsen ze dus op wrevel of ongenoegen bij de huisartsen.

'Vooral huisartsen die het graag doen en waarvan dat de patiënt zegt van ja maar ja, na 20 weken van 'k zou liever heel de tijd naar hier komen.. Ja, dan snap ik ook wel dat dat niet leuk is, maar wij kunnen die mensen ook niet verplichten he, we kunnen ook niet zeggen van "je mag niet, je moet naar uw huisarts"'. (focusgroep 1: gynaecologen)

Aandachtspunten voor samenwerking

Zowel de huisartsen als de gynaecologen halen aan dat het verdelen van verantwoordelijkheid heel belangrijk is. Het krijgen van een kind is namelijk een zeer belangrijke levensgebeurtenis, een kind moet liefst zo perfect mogelijk zijn, en als dit niet het geval is wordt de arts soms geviseerd of aangeklaagd.
De meeste huisartsen vinden dat de verantwoordelijkheid gedeeld is, elke arts is namelijk verantwoordelijk voor zijn eigen acties.

'Als je de opvolging wilt delen, is het ook gedeelde verantwoordelijkheid. Je kunt niet het ene willen en het andere niet.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Maar volgens de gynaecologen proberen sommige huisartsen bij problemen alle verantwoordelijkheid op de gynaecoloog af te schuiven. De gynaecologen hebben daardoor het gevoel dat de eindverantwoordelijkheid altijd bij hen terecht komt.

'- Ik denk dat de eindverantwoordelijkheid daarvoor altijd bij ons komt.
- Dat denk ik ook
- Ik denk dat je daar niet onderuit kunt, ja..' (focusgroep 1: gynaecologen)

Een andere huisarts haalt aan dat er bij gedeelde verantwoordelijkheid nood is aan goede afspraken en een goede communicatie. Zo moet de gynaecoloog beschikbaar zijn als de huisarts met vragen zit, en hem niet aan zijn lot overlaten. Ook moet er een goede informatiedoorstroom zijn zodat beide partijen van alles op de hoogte zijn.

> *'De verantwoordelijkheid heeft ook te maken met communiceren. (...) De gynaecoloog moet beschikbaar zijn op het moment dat er problemen zijn natuurlijk. Want anders sta je daar aan je lot overgelaten. Ik vind dat toch. Ik ben volledig akkoord het is een gedeelde verantwoordelijkheid, maar in die mate als je de verantwoordelijkheid deelt, moeten er ook goeie afspraken zijn, dat je communiceert en goed samenwerkt. Anders is dat maar een raar, ambetant gevoel.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Een tweede aandachtspunt bij gedeelde opvolging is collegialiteit. De huisartsen klagen dat er veel gynaecologen niet zo collegiaal zijn, maar dat er gelukkig enkele uitzonderingen zijn.

Communicatie

Communicatiemiddelen

Er zijn meerdere communicatiemiddelen, waarvan het ene al meer gebruikt wordt dan het andere. Een van de meest gebruikte middelen zijn brieven. Bij sommige gynaecologen krijgt de huisarts bij elk eerste consult een brief met daarin een schema voor wie wat opvolgt. Bovendien worden er vaak standaardbrieven gestuurd wanneer de patiënte bevallen is. Toch hebben sommige huisartsen de indruk dat er zeer weinig brieven gestuurd worden tijdens de opvolging van de zwangerschap zelf. Bovendien krijgen sommige artsen soms een standaardbrief met foutieve informatie, omdat de standaardtekst gewoon werd overgenomen zonder die aan te passen aan de situatie.

> *'Of je krijgt zo'n brief, de standaardbrieven, ik kan er waarschijnlijk 20 tonen dat als je alle namen en gewichten uithaalt, t zijn allemaal dezelfde. Patiënte is bevallen op die datum van een kindje ... alles voorloopt in goeie omstandigheden, moest er (...) een probleem ontstaan, houden wij u op de hoogte. Standaard paragraaf. En dan hoor je van de familie dat de bevallen vrouw op intensieve ligt omdat ze een stollingsprobleem heeft enz.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Een tweede manier is het zwangerschapsboekje. Daar kunnen de parameters en bemerkingen ingevuld worden bij elk consult bij zowel de gynaecoloog als de huisarts. Het fungeert dus als een communicatiemiddel tussen gynaecoloog en huisarts dat de patiënte telkens moet meebrengen op consultatie. De meningen zijn echter verdeeld. Sommigen vinden dit een zeer goed idee, anderen zien duidelijk de beperkingen: de patiënt heeft het niet altijd bij, de artsen vullen het niet altijd even accuraat in en het is vaak dubbel werk.

> *'- Ja, als ze dat mee hebben, vul ik dat in. Maar ze hebben dat niet altijd mee. En ik geef dat niet zelf mee, ik heb geen zo n boekjes.*
> *- Ze krijgen dat mee van de gynaecologen, er staat daar dan een krabbel of 4 in*
> *- Ik ben daar niet zo happig op op al zo'n dingen, dat is nog een dossier. Je hebt al werk genoeg met je eigen dossier. En dan komen ze nog een keer met een boekje..' (focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Vaak nemen artsen ook telefonisch contact op met mekaar. Dit kan zowel de huisarts zijn die een vraag voor de gynaecoloog heeft, of de gynaecoloog die de huisarts wil verwittigen van een complicatie.

> *'Ik vind het belangrijk dat er goede communicatie is. Er zijn dingen die je zelf aan twijfelt of dat*

je niet vertrouwt, dat je de telefoon kunt nemen en bellen naar de gynaecoloog. Kan ik doorsturen of is het mogelijk dat ik doorstuur?' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Soms wordt er gecommuniceerd via de patiënte. De gynaecoloog geeft bijvoorbeeld door aan de patiënte dat ze na x-aantal weken naar de huisarts moet gaan om bloed te laten trekken om de suiker te laten controleren. Op deze manier krijgt de patiënte geen brief mee, maar wordt de huisarts ook wel op de hoogte gehouden. Een andere mogelijkheid om te communiceren is via mail. Via dit medium worden vooral vragen gesteld die niet dringend zijn. Meestal krijgen de huisartsen dan ook snel een antwoord van de gynaecoloog.

Een laatste mogelijkheid is communiceren via labo resultaten. Zo kan de huisarts op het laboformulier aanvragen dat het labo een kopie stuurt naar de gynaecoloog.

Problemen

Soms is er een slechte doorstroom van informatie. Op die manier kan gedeelde zwangerschapsopvolging slecht verlopen.

'Nadelen zijn er zeker, als je geen goede communicatie hebt. De ene weet het, en de andere weet het dan niet he. Maar ik vind het wel belangrijk dat de huisarts toch iets weet zodat je toch een beetje een oogje in het zeil kan houden…' (focusgroep 3: LOK 2 HA)

Soms merken huisartsen dat ze helemaal niet op de hoogte gebracht worden van de situatie. Als er bijvoorbeeld complicaties zijn, wordt er niet altijd een brief gestuurd. Het is zeer vervelend als de patiënte dan op consultatie komt en ervan uit gaat dat de huisarts op de hoogte is, maar de huisarts van niets weet. Bovendien is het soms gevaarlijk als de huisarts niet weet wat er gaande is. Als een vrouw bijvoorbeeld een complicatie heeft van een aandoening die door de gynaecoloog gekend was, maar niet door de huisarts, kunnen er grote medische vergissingen gebeuren.

'Een wrang gevoel hé. Of bijvoorbeeld ook: je ziet een patiënt met een buikje. 't Kan even goed zijn dat ze al bevallen is, of dat ze alweer zwanger is, en je moet dan… je zegt dan iets tegen die mensen, en die zien dan van: hij weet eigenlijk van niets. Dat komt niet over, dat vind ik altijd moeilijk.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)

Bovendien is het soms complex om gedeelde info bij te houden. Als men alles zowel in het eigen dossier als in de brief als in het zwangerschapsboekje moet schrijven, gebeuren er soms fouten.

Taakdefinitie

Huisarts

De eerste teamplayer is de huisarts.

Rol/taak

De meeste huisartsen vinden van zichzelf dat ze een rol hebben in de zwangerschapsopvolging. In onze focusgroepen gingen ze er ook van uit dat alle huisartsen aan zwangerschapsopvolging doen. De huisarts ziet zichzelf als de geknipte persoon om het preconceptie consult te doen. Meestal is namelijk alle voorgeschiedenis en medicatie gekend, en kan er indien nodig ingegrepen worden. Bovendien vinden huisartsen dat de diagnose van de zwangerschap perfect bij hen gesteld kan worden, en willen ze tijdens de zwangerschap ook opvolgen. Ze stellen dat de huisarts toch vaak bij acute zaken eerder ter plaatse is dan de gynaecoloog, dus vinden ze dat ze zeker ook een rol hebben tijdens de opvolging. Bovendien is zwanger zijn een deel van het normale leven, en daar hoort ook de huisarts bij.

'Ik zou het willen dat wij er tussen kunnen, want wij kennen de mensen van voor hun zwangerschap, en dan zijn ze bang, en we volgen ze sowieso voor andere problemen ze ook op. Waarom zouden we in die fase van hun leven ook niet betrokken zijn? Ik vind dat de normaalste zaak van de wereld.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Ze geven wel aan dat de huisarts zijn grenzen moet kennen, en toch een goede basis moet kennen van de zwangerschapsopvolging. Ook de gynaecologen beamen dit.

'Ik vind ook dat we niet alles zelf moeten doen, we moeten ook onze grenzen kennen.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Visie op eigen functioneren

De huisartsen voelen zich over het algemeen bekwaam om zwangerschapsopvolging te doen. Ze vinden dat ze voldoende kennis hebben. De gynaecologen vonden dat de huisartsen die het willen doen, goede zwangerschapsopvolging doen.

'Wij zijn toch perfect in staat om bepaalde analyses te doen, en te interpreteren, een BD op te volgen, gewicht op te volgen, dat kunnen wij toch allemaal zelf. Je moet daarvoor geen specialisatie gynaecologie gedaan hebben om bloeddruk op te volgen toch.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)

Bovendien doen de meeste huisartsen graag zwangerschapsopvolging. Het is enerzijds leerrijk, want door het te doen leert men zaken van de gynaecoloog, krijgt men schema's van opvolging, en gaat men soms iets extra opzoeken etc. Anderzijds is het ook gewoon leuk om te doen: iedereen wordt gelukkig van een goed verlopende zwangerschap. Het is een consultatie met patiënten die niet ziek zijn, maar die een natuurlijk gebeuren doorlopen.

'Ik had iemand die in het 5de jaar geneeskunde zat die wat meevolgde en er was een patiënte zwangerschapsopvolging, (…) Die arts in opleiding, een zeer gelukkig moment, de patiënte was doodgelukkig dat ze harttonen hoorde, mijn stagiair was doodgelukkig dat ze harttonen hoorde en ik ook. Dus ja het is nog altijd geestig é omdat nog een keer te doen.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Het valt de huisartsen op dat vrouwen liever naar vrouwelijke huisartsen gaan voor gynaecologische problematiek, omdat de drempel blijkbaar iets lager ligt dan bij de mannelijke collega's. Veel groepspraktijken voelen nu dat de mannelijke artsen minder gynaecologie zien dan de vrouwelijke artsen.

'Meer vroeger, nu gaan ze meer naar de vrouwelijke artsen.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)

De huisarts beslist steeds zelf of hij wel of niet wil meedoen aan gedeelde zwangerschapsopvolging. De huisartsen hebben het gevoel dat het grootste deel van de collega's in de regio het wel graag doet, maar er zijn toch enkele huisartsen die het er niet meer voor over hebben om tijd te steken in de psychosociale kant van zwanger zijn, of om uitleg te geven.

'Ja, maar als je minder de technische kant doet en meer het psychosociale dan kruipt daar toch meer tijd in. En dat ze dan zeggen ik wil daar niet in investeren.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)

De gynaecologen gaven aan dat ze vonden dat er een groot verschil is tussen de huisartsen: de ene doen het wél graag, de andere net niet. Sommige huisartsen sturen liever hun patiënten

direct door naar gynaecologie omdat ze het niet graag doen of omdat ze zich niet bekwaam genoeg voelen. Anderen doen dit dan net zeer graag.

> *'…dat dat gewoon een voorkeur is van mensen die zeggen van: "kijk, een zwangere heden ten dage, vroeger deed de huisarts veel maar ik ga dat niet doen, ik hou me bezig met andere dingen, ik heb werk genoeg met andere dingen, en ik wil mij toeleggen op andere dingen. En ik heb wel notie van wat urgenties zijn in de verloskunde, maar allez, ik heb dan liever dat, als een zwangere met een probleem zit, dat ze zeker naar de gynaecoloog gaat en systematisch opvolgen dat is niet aan mij besteed." Ik denk dat ook heel veel huisartsen zo redeneren, dat denk ik. En dat diegene die dan echt zeggen van: verloskunde dat interesseert mij wel, prenatale opvolging, dat die dat absoluut willen en ja, waarom niet he' (focusgroep 1: gynaecologen)*

Troeven

De huisarts heeft enkele troeven die de gynaecoloog niet of minder heeft. We kunnen deze onderverdelen in drie thema's.

<u>Persoonlijke band</u>

De huisarts heeft vaak al een jarenlange relatie met de patiënte, vaak hebben ze samen al heel wat meegemaakt. De arts kent vaak ook het hele gezin, en bestaat er een vertrouwensband. Daardoor staat de arts dichter bij de patiënte en kan hij gemakkelijker psychische ondersteuning bieden, en ziet hij ook sneller wanneer dit zou nodig zijn.
De beleving van de arts-patiënt relatie en de zwangerschap algemeen wordt ook anders dankzij deze hechte band: de nadruk ligt eerder op het natuurlijke gebeuren, en niet op het medische, wat vaak in het ziekenhuis gebeurt.

> *'Ik denk dat we als huisarts andere accenten leggen, beetje meer tijd ervoor maken, en ja andere accenten leggen. Het is ook een andere manier. (…) ik heb zeker meerdere keren uren in dat moederhuis gezeten. 2,3,4 uren voor soms 1 bevalling, maar de gynaecologen gaan dat niet doen. Wij waren daar uren aanwezig. We gingen af en toe binnen bij de zwangere. Ik wil maar zeggen ons beleven van de zwangerschap is dikwijls anders dan de gynaecoloog, denk ik.'. (focusgroep 2: LOK 2 HA)*

<u>Sociaal</u>

De gynaecologen geven zelf aan dat zij weinig zicht hebben op de sociale situatie van de patiënte. Ze zijn nooit bij de patiënte thuis geweest en kennen de achtergrond niet. De huisarts heeft dit wel. Daarom kan hij meer uitleg geven aan mensen die dit nodig zouden hebben, bijvoorbeeld over wat de triple test precies is. Een bijkomend voordeel is dat, doordat de huisarts zicht heeft op de sociale situatie van de patiënt, hij beter kan inschatten of arbeidsongeschiktheid te verantwoorden is of niet, en ook hoe lang. Als hij weet dat een vrouw zwaar hefwerk moet doen, zal hij haar sneller thuis schrijven dan een vrouw die een kantoor job heeft. Bovendien is de drempel naar de huisarts lager dan naar de gynaecoloog: mensen gaan sneller eens binnenspringen bij de huisarts als ze iets voelen dan bij de gynaecoloog. Op die manier kunnen huisartsen sneller complicaties zoals preeclampsie opsporen.

> *'En ook het feit dat wij nog meer laagdrempelig zijn dan een gynaecoloog dat dat inderdaad wel belangrijk is dikwijls bij de eerste tekenen van preeclampsie of zo.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

<u>Medisch</u>

De huisarts kent het volledige dossier van de patiënt, inclusief voorgeschiedenis, soms familiale voorgeschiedenis, medicatie, allergieën, vorige zwangerschappen, … Dit kan van onschatbare

waarde zijn bij het opvolgen van een zwangerschap. De gynaecologen beamen dit. Op deze manier kan de huisarts op tijd ingrijpen en bijvoorbeeld preventieve maatregelen nemen. Bovendien kan de huisarts, indien hij betrokken wordt in de zwangerschapsopvolging, de acute zaken adequaat opvangen.
Sommige huisartsen gaan zelfs nog verder op medisch vlak en doen zelf een echo in de praktijk. Dit komt echter niet veel voor.

> *'- En als er iets acuuts optreedt, weet je al een stuk van de voorgeschiedenis toch he*
> *- En ook, je weet de familiegeschiedenis, bijvoorbeeld een zwangerschapstoxico enzo, wat de gynaecoloog bijvoorbeeld niet weet. Je weet veel dingen die de gynaecoloog niet weet. Dan weet je ook van andere ziektes.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Nadelen

Er zijn zeker ook nadelen verbonden aan gedeelde zwangerschapsopvolging. Soms is alle administratie voor de huisarts (bijvoorbeeld aanvragen van de terugbetaling voor Boostrix), waardoor de werkbelasting stijgt. Sommige huisartsen zijn hierdoor zelfs afgestapt van gedeelde zwangerschapsopvolging.
Er zijn ook nadelen voor de gynaecoloog. Zo zijn de huisartsen een heterogene groep. Dat maakt het moeilijk voor de gynaecologen om te weten welke arts wel of niet wil meewerken aan de zwangerschapsopvolging.
Tenslotte stellen de gynaecologen dat de huisartsen soms complicaties miskennen. Dit schendt het vertrouwen, en zorgt ervoor dat gynaecologen misschien minder geneigd zijn om samen te werken.

> *'Omgekeerd, ik moet ook wel zeggen dat je in een verder gevorderde zwangerschap waar dat er dan echt een serieuze complicatie is, dat je soms ook eens denkt van: "goh, die huisarts had dat toch wel rapper moeten zien", alle ja, we moeten 't omgekeerde ook zeggen he!' (focusgroep 1: gynaecologen)*

Gynaecoloog

De tweede teamplayer is de gynaecoloog

Triggers voor samenwerking vanuit de gynaecoloog

Gynaecologen ondervinden vaak een overbelasting van de praktijk door alle routine controles voor zwangerschappen. Ze vertellen dat er eigenlijk enkele vaste punten zijn om de patiënt te zien, bijvoorbeeld voor de nekplooimeting. De andere momenten kunnen eigenlijk opgevangen worden door de huisarts.
Huisartsen vinden dat gynaecologen standaard gedeelde opvolging zouden moeten voorstellen. Op die manier kan de praktijk van de gynaecologen ontlast worden, maar de huisarts kan dan ook zijn voordelen uitspelen, zoals hulp bij sociale situaties waar de gynaecoloog soms geen raad mee weet.

> *'Er zijn wel een aantal punten waarvan je zegt van: kijk, dan wil ik zeker iemand zien. Bijvoorbeeld nekplooimeting, of zo iets wat echt heel belangrijk is.' (focusgroep 1: gynaecologen)*

Tenslotte zien we dat een familiale link met een huisarts een trigger tot samenwerking kan zijn. Doordat de gynaecoloog van thuis uit misschien veel in contact gekomen is met de wereld van huisartsen, zal hij misschien meer geneigd zijn om de patiënt sneller door te sturen voor gedeelde zwangerschapsopvolging.

'Nu natuurlijk elke praktijk die doorverwijst, hun vader was ook huisarts.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Barrières voor samenwerking

Er zijn barrières die de samenwerking tussen gynaecoloog en huisarts in grote of kleine mate verhinderen. De huisartsen haalden enkele barrières aan.
Een eerste is het feit dat de gynaecologen diversifiëren volgens huisarts. Sommige huisartsen hebben de indruk dat de gynaecologen enkel samenwerken met huisartsen die veel patiënten naar hen doorsturen. Ze vinden dat dit eigenlijk niet zou mogen.

'En dat denk ik, dat ze dus kijken naar die veel doorverwijzen en dan samenwerking, maar dat mag niet zijn. Het moet voor iedereen hetzelfde zijn.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)

Een tweede barrière volgens de huisartsen is dat de gynaecoloog de hele samenwerking en dus ook de patiënt stuurt. Als je daar bij optelt dat sommige huisartsen de indruk hebben dat de gynaecoloog helemaal niet wil samenwerken omdat hij vindt dat de huisarts er toch niets van kent, kan je besluiten dat de huisarts op deze manier niet betrokken zal worden in zwangerschapsopvolging. Enkele huisartsen merken op dat vrouwelijke gynaecologen nog minder samenwerken dan mannelijke gynaecologen.

'De patiënt moet al zeer moedig zijn om te zeggen ja maar ja ik moet ook nog een keer naar mijn huisarts gaan. Meestal moeten ze zeer mondig zijn om dat te kunnen zeggen tegen de gynaecoloog. Meestal gaan ze ervan uit dat ze verder naar de gynaecoloog gaan. De gynaecoloog kan ook zeggen kijk als je wilt kunnen we ook samen met de huisarts opvolgen. Dan moeten ze het wel.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)

Een derde barrière is dat de huisartsen vinden dat de gynaecoloog alles naar zich toe trekt. Zo merken de huisartsen dat een gynaecologische echo enkel nog door gynaecologen gebeurt, dat de gynaecologen ook de pil voorschrijven terwijl dit eerstelijnszorg zou moeten zijn, dat de meeste uitstrijkjes bij de gynaecoloog gebeuren terwijl de huisarts dit ook perfect kan, etc.

'De gynaecologen beschouwen de vrouwen als hun terrein, of ze nu bevallen, of de griep hebben, of een leverontsteking, dat is allemaal hun domein.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)

Ten vierde vinden de huisartsen dat de technische prestaties in de weg staan voor samenwerking. Doordat er nu veel echo's gebeuren, epidurale anesthesie gegeven wordt tijdens de bevallingen, veel fertilisatietechnieken toegepast worden, enzovoort, wint de gynaecoloog aan terrein en wordt de huisarts een beetje weggeduwd. Doordat enkel de gynaecoloog deze zaken kan uitvoeren wordt de huisarts buiten spel gezet.

'Ik denk dat we ook een groot deel van het terrein verloren zijn met al die fertilisatietechnieken.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)

Tenslotte vinden de huisartsen het storend dat er een verschillende werkwijze is volgens gynaecoloog. Er is een verschil tussen de twee ziekenhuizen, maar ook binnen dezelfde dienst zijn er verschillen.

'Ik ken zelf collega's die binnen dezelfde eenheid werken waarbij je bij de ene elke keer een brief krijgt en zelfs nog een telefoon voor dat je een brief krijgt en dan bij de andere collega de telefoon gewoon wordt neergesmeten als je wat uitleg vraagt. Binnen dezelfde eenheid, dus ja ik bedoel praten ze dan ook niet met elkaar? Hoe kunnen we dan een consensus maken als zij azo werken.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

De gynaecologen zelf ondervinden ook barrières om samen te werken. Ten eerste staan ze niet echt stil bij de samenwerking met huisartsen. Ze vinden wel dat ze meer zicht hebben op de zwangerschap als ze die alleen opvolgen. Als ze de patiënt regelmatig zien, en regelmatig echo's kunnen doen, kunnen ze sneller complicaties zoals groeiachterstand of preeclampsie opsporen.

> *'Terwijl dat, als we ze alleen opvolgen, dat we meer voeling hebben naar het einde toe van wat er gebeurt, dat we daar meer zich op hebben, wat er aan het evolueren is bij een patiënt he. Groeiachterstanden, dergelijke dingen, zwangerschapsvergiftiging die aan het komen zijn, dat zijn zo allemaal dingen waar wij heel alert voor zijn, en als we een zwangere 3 weken niet gezien hebben, dan hebben we daar minder zicht op van wat daar aan het gebeuren is.' (focusgroep 1: gynaecologen)*

Resultaat

Het derde luik volgens "Donabedian's systems- based model of quality healthcare" is het resultaat, als gevolg van de context en het proces.(8) In onze focusgroepen kwamen er 3 resultaten naar voor als gevolg van de toestand zoals die nu is, namelijk het feit dat gedeelde zwangerschapsopvolging vaak niet lukt, de medicalisering van de zwangerschap en het feit dat de zwangerschapsopvolging duurder wordt.

Het eerste resultaat van de context en het proces is dat gedeelde zwangerschapsopvolging vaak niet lukt. De definitie van gedeelde zwangerschapsopvolging slaat vooral op het afwisselend zien van de patiënte door de gynaecoloog en de huisarts. Men ziet echter dat dit door het systeem zoals het nu is, minder en minder gebeurt. De barrières verhinderen dat de zwangerschapsopvolging gedeeld verloopt.

> *'vroeger had je dikwijls dat het afwisselend is, van je gaat nu naar de gynaecoloog dan naar de huisarts, maar nu zie je dat niet meer he'*
> *(focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Het tweede resultaat is medicalisering van de zwangerschapsopvolging. Dit manifesteert zich wanneer de vrouw vooral door de gynaecoloog gevolgd wordt, en wanneer er dus geen gedeelde opvolging is. Tijdens de drie interviews met huisartsen werd er gezegd dat de zwangerschap tegenwoordig gemedicaliseerd is. Als de patiënte enkel nog naar de gynaecoloog gaat, wordt de zwangerschap niet meer louter gezien als een fysiologisch proces maar als een medische aandoening . Men krijgt iedere keer als men naar de gynaecoloog gaat een echo en er worden verschillende testen gedaan tijdens de zwangerschap zoals de PPAP test. De patiënte krijgt ook een lijst mee met wat ze niet meer mag eten. Dit werkt het gevoel dat de zwangerschap een ziekte is in de hand. Daarentegen legt de huisarts voornamelijk de nadruk op het natuurlijke gebeuren. Hij heeft ook aandacht voor de beleving van de zwangerschap, wat evenzeer belangrijk is als het medische. De medicalisering van de zwangerschap is een zeer gevoelig punt bij de huisartsen. Men wijt het ook deels aan het feit dat de patiënte zoveel echo's krijgt.

> *'Het is nu zo sterk gemedicaliseerd dat een zwangerschap beschouwd wordt als een ziekte he*
> *– Het is geen natuurlijke gebeuren meer*
> *– en dat wordt naar de kliniek toegezogen he. Een vrouw, als je nu zwanger bent, dan zijt ge een zieke persoon. Dat ontstemt mij ook een beetje. En ze worden precies ziek gehouden he, ze moeten dikwijls teruggaan, of hoeveel keren wordt er geen echo gedaan voor zwangerschap.' (focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Het derde resultaat volgens de gynaecologen presenteert zich wanneer er wél gedeelde zwangerschapsopvolging is. Volgens enkele gynaecologen is gedeelde zwangerschapsopvolging duurder. De patiënten worden niet enkel opgevolgd door de gynaecoloog maar gaan daartussen ook nog een keer naar de huisarts. Vooral op het einde van de zwangerschap blijkt dat de patiënte dan bijna wekelijks gevolgd wordt door een hulpverlener waardoor de zwangerschapsopvolging economisch duurder uitkomt voor de samenleving. Dit is volgens de gynaecologen één van de argumenten om niet deel te nemen aan de gedeelde opvolging.

> *'Naar gezondheid economisch bekeken is het zo dat zwangerschappen veel geld kosten he. Want uiteindelijk, het is ook zo dat, als ge intensief bij de huisarts volgt, dan ga je ook al gemakkelijker de mensen nog wat meer zien dan … Allez, die mensen worden meer gezien dan als ge ze alleen zou volgen he. Dat denk ik toch'*
> *(focusgroep 1 : gynaecologen)*

Verbetering

Ten slotte bespreken we de mogelijke punten ter verbetering die ter sprake kwamen tijdens de interviews. Hoe een huisarts een ideale gedeelde zwangerschapsopvolging ziet, wordt mooi geïllustreerd door dit citaat:

> *'Ik denk dat het een gestructureerd systeem van samenwerking is, waarbij dat er een wederzijdse communicatie gebeurd in vertrouwen met elkaar. En dus dat je als huisarts uw patiënte ontvangt, dat je bvb de zwangerschap vaststelt, en dat je samen maar volgens een bepaald opvolgingsstramien uw patiënte op geregelde tijdstippen doorverwijst. En dat je dan een terugverwijzing krijgt en daar omtrent een gepaste communicatie krijgt.'*
> *(focusgroep 4, LOK 3 HA)*

Dit is hoe zwangerschapsopvolging zou moeten zijn. Het is mooi om te zien hoe 2 van de 3 grote groepen verbeteringen die uit onze codering kwamen, in dit citaat vermeld zitten, namelijk: er is een goede communicatie en een gepast opvolgingsstramien nodig. Daarnaast vonden we in onze interviews een derde groep, namelijk hoe de huisarts zichzelf kan profileren.

Communicatie

Communicatie is zeer belangrijk in de samenwerking. In de richtlijn van Domus Medica staat vermeld dat een optimale samenwerking en informatiedoorstroom noodzakelijk is om de gedeelde zwangerschapsopvolging te doen slagen.(4) Het is ook de topic waarrond de meeste frustraties leven bij de huisartsen. Als een huisarts een brief schrijft naar een gynaecoloog, verwacht hij ook een brief terug. Een brief voor een brief, zodat beiden op de hoogte zijn.

> *'Ik denk dat het een beetje afhangt, je moet ook een brief zelf schrijven. Wij verwachten allemaal brieven van de gynaecologen. Ik schrijf altijd een brief zelf. De patiënte is hier zelf geweest, ik krijg altijd één terug. Ik heb zo de indruk als je zelf geen schrijft dat ze het zo laten.' (focusgroep 2 LOK 1 HA)*

Idealiter zou er een gedeeld elektronisch dossier moeten zijn waar beide partijen in kunnen noteren, zoals een online dossier dat de privacy van de patiënte respecteert. Zowel de gynaecologen als de huisartsen vinden dit een zeer goede oplossing. Een voordeel van het gedeeld elektronisch dossier volgens velen is dat je de gegevens maar één keer zou moeten invullen in het eigen dossier, dat dan automatisch het online dossier zou aanvullen. Nu moeten zowel gynaecoloog als huisarts hun dossier invullen, en daarnaast ook het zwangerschapsboekje, waardoor het vaak niet of weinig ingevuld wordt. Een nadeel van het elektronisch dossier volgens enkele artsen is dat het niet raadpleegbaar is op huisbezoek.

Het gedeeld elektronisch dossier is voorlopig echter nog toekomstmuziek, aangezien er eerst nog enkele privacy issues uitgeklaard zullen moeten worden.

> *'- Maar het zou toch veel gemakkelijker zijn als we het maar op 1 plaats moeten invullen. En dat het direct in ons dossier zit en direct in het dossier van de gynaecoloog. Nu het wel allemaal schoon in theorie, in praktijk weet ik het ook nog niet. Ik denk niet dat wij dat nog zullen meemaken.*
> *- In plaats van vaccinnet, gravinet. Dat je de gemeenschappelijke gegevens invult via internet.*
> *- Ja maar ja dat dat ook automatisch direct in uw dossier staat.*
> *- De programma's op de cloud doen. '(focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Richtlijnen

Naast communicatie is een richtlijn een tweede belangrijke pijler om samen te werken. Een richtlijn zorgt ervoor dat men weet wanneer de patiënte op welk tijdstip bij wie op consultatie moet komen en wat men precies moet doen. In alle interviews merken we dat beide partijen openstaan voor een duidelijke richtlijn. Een richtlijn die gestoeld is op een wetenschappelijke basis met een duidelijke taakomschrijving voor zowel huisarts als gynaecoloog.

> *'Wel ik vind het heel belangrijk dat dat gestructureerd loopt en ik versta daar ook onder dat de vraag een beetje bepaald wordt wat je moet doen en wat er verwacht wordt van u. Wordt er een bloedname verwacht, hoeveel echo's gaat de gynaecoloog doen, dat je daar een woordje uitleg kunt overgeven.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Een voorstel voor een manier om de richtlijn te maken is dat de gynaecologen en huisartsen samenzitten om een richtlijn op te stellen. Samen een richtlijn op stellen heeft veel voordelen. Eén van die voordelen is dat men zo ziet welke huisartsen gedeelde zwangerschapsopvolging willen begeleiden. Nu hebben zowel de gynaecoloog als de huisarts hun eigen opvolgschema. Beiden kennen echter elkaars opvolgschema niet.

> *'Samen hebben we heel dat schema ontworpen dat nu nog altijd gebruikt wordt in de samenwerking tussen de twee. Wij hebben zelf als huisartsenpraktijk het initiatief genomen. We hebben elkaar daar gevonden en vooral het respect met de wetenschappelijke discussies. Waarvoor is er evidentie waarom doen we dat waarom niet. En het leuke is dat ze dat niet enkel gebruiken in onze praktijk maar ook in andere praktijken.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Nadat er een richtlijn is gemaakt, kan men het opvolgschema meegeven aan de patiënte of meesturen met de eerste brief naar de huisarts. Op het opvolgschema staan de vaste punten wanneer de patiënte naar de huisarts moet en wat er precies van de huisarts wordt verwacht. Moet de huisarts een bloedafname doen of niet, vaccinaties geven, de glucosetest, … Dankzij het opvolgschema weet de patiënte ook beter wat ze tijdens de consultatie mag verwachten.

Enkele keren werd er door de huisartsen vermeld dat naast een zorgpad diabetes en nierinsufficiëntie, ook een zorgpad zwangerschap zou moeten bestaan. Een zorgpad is een soort contract tussen 4 partijen, namelijk de huisarts, de specialist, de patiënt en de mutualiteit. Door het zorgpad zou men als het ware meer verplicht worden om samen te werken en de zorg voor de zwangere samen op zich te nemen omdat de zwangere anders bijvoorbeeld geen terugbetaling zou krijgen.

> *'Ik denk dat er zou moeten, zoals er bij diabetes een zorgpad is, waarbij dat er een contract gemaakt wordt tussen patiënt, specialist, huisarts en mutualiteit, dat dat dus ook voor de verloskunde ook een zorgpad zou moeten zijn waarbij dat er ook vier leden zijn, dus patiënt, mutualiteit, specialist en huisarts, die dat contract tekenen en die dan zeggen van*

kijk, we zorgen samen dat de bevalling vlot verloopt hé , dus dat elk zijn taak daar krijgt en dat dat wettelijk zou moeten bepaald worden, en dan… '(focusgroep 3: LOK 2 HA)

Huisarts

Een belangrijke speler in het ganse gebeuren van gedeelde zwangerschapsopvolging is natuurlijk de huisarts zelf. Quasi alle huisartsen willen samen met de gynaecoloog de zwangere patiënte opvolgen maar krijgen niet altijd de kans.
De huisarts moet initiatief nemen om deel te nemen aan de opvolging. Hieronder worden eerst enkele bedenkingen van de gynaecologen over de huisarts beschreven en daarna van die de huisartsen zelf.

Ten eerste horen we bij de gynaecologen dat ze vaak niet weten welke huisartsen geïnteresseerd zijn in de gedeelde opvolging en welke niet. Ze pleiten ervoor dat de huisartsen zich bekend maken. Ze willen een soort lijst met daarop de huisartsen die graag zwangerschapsbegeleiding doen. Zo weten ze ook welke huisartsen bekwaam zijn hierin. Ze willen dat er een soort van vaste ploeg is van huisartsen waar ze mee kunnen samenwerken.

'Eigenlijk zou het misschien wel goed zijn moesten de huisartsen ook vanuit hun vereniging bekend maken wie echt geïnteresseerd is in prenatale zorg.' (focusgroep 1: gynaecologen)

Ten tweede zouden de gynaecologen graag een bijscholing organiseren waarop de geïnteresseerde huisartsen zijn uitgenodigd. Dan wordt een opvolgschema uitgelegd, hoe een normale zwangerschap verloopt, de complicaties en wanneer men zeker moet doorverwijzen.

'2. Ik heb wel al een tijdje dat ik denk van: alle, je zou dat inderdaad een keer moeten kunnen voor de huisartsen zo gewoon een zwangerschap overlopen
1. En waar de pitfalls zijn
2. En wat nodig is om echt …
3. Om na te kijken, om door te sturen'
(focusgroep 1: gynaecologen)

Ten derde wordt er wél alternerend opgevolgd wanneer de gynaecoloog een verwijsbrief krijgt van de huisarts. Op die manier weet de gynaecoloog dat de huisarts openstaat om samen de zwangere te begeleiden. Ook wanneer een patiënte al een zwangerschapsboekje meegeeft dat al deels is ingevuld, wijst dit op de bereidheid om samen te werken.

'Het is eigenlijk maar als mensen doorgestuurd worden door een huisarts met een briefje erbij of met al een moederboekje die bvb gestart is, dat ik eigenlijk daar ook op inga, en dat ik vraag van : is het de bedoeling om alternerend te gaan opvolgen.'
(focusgroep 1: gynaecologen)

Eén van de belangrijkste opmerkingen die naar voren kwam tijdens de focusgroepen met de huisartsen was dat de huisarts zelf het initiatief moet nemen. Veel huisartsen zijn van mening dat de gynaecoloog de patiënte en de hele samenwerking stuurt waardoor de huisarts geen kans heeft om deel te nemen aan de gedeelde opvolging. Hieronder worden enkele suggesties beschreven voor hoe men zich kan profileren als huisarts.

Om te beginnen kan de huisarts zelf een afspraak maken bij de gynaecoloog. Zo weet de patiënte ook dat de huisarts geïnteresseerd is in haar zwangerschap. Bovendien kan de huisarts een verwijsbrief meegegeven met de patiënte, wat dan ook aantoont dat hij openstaat voor samenwerking.

'Nee, ik maak altijd zelf de afspraak. Ik vind dat, dat ze van de eerste keer iets weten. Ik vind dat wel belangrijk niet enkel voor zwangerschap maar ook voor andere dingen.' (focusgroep 2: LOK 1 HA)

Ten tweede kan de huisarts ook de keuze voor de gynaecoloog stimuleren. Indien de patiënte nog geen gynaecoloog heeft, kan hij een gynaecoloog aanraden die wel openstaat voor gedeelde zwangerschapsopvolging en waarmee de samenwerking wel vlot verloopt. Dan stuurt de gynaecoloog de patiënte niet, maar wel de huisarts.

'We spreken dat af é, en zeggen dat is een goeie gynaecoloog. Zij die gedeelde zwangerschapsopvolging doet é.
6.Als ze zelf nog geen keuze hebben gemaakt, gaan we dat wel stimuleren.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Ten derde moet de huisarts zich profileren. Wanneer de patiënte bijvoorbeeld komt om een zwangerschap vast te stellen, kan de huisarts al aangeven dat hij haar graag zou begeleiden tijdens de zwangerschap.

Ten vierde is het belangrijk dat de huisarts reclame maakt voor zichzelf. Vaak worden de huisartsen ondergewaardeerd omdat de meesten de rol van de huisarts niet goed kennen. Door zich bekend te maken, toont de huisarts dat hij wel capabel is om een gewone zwangerschap mee op te volgen. Enkele huisartsen opperden het idee om folders of posters te maken met uitleg dat de huisarts een rol heeft tijdens de zwangerschapsbegeleiding.

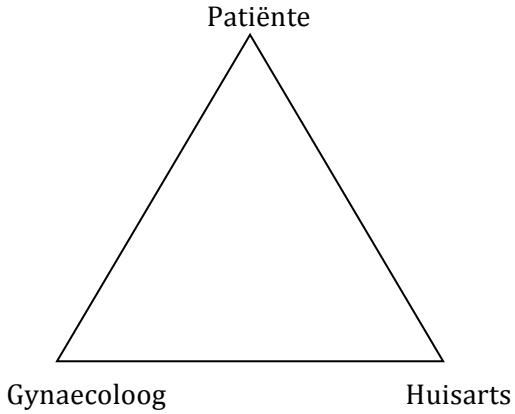
'Ik denk dat het in feite al voor de zwangerschap begint. We moeten ons misschien iets beter proberen te profileren op het gebied van anticonceptie en uitstrijkjes. Dan is het toch al iets meer in die gynaecologische sfeer en kan je al veel rapper een keer vragen of er zwangerschapswens is. Dan kan je je eigen veel beter profileren dan dat je ze een heel jaar één keer ziet want t is voor bloed te trekken ben over tijd. Dan heb je al een heel stuk gemist. Zouden we voordien al wat actiever zijn dan zou het misschien ook wat gemakkelijker zijn om ons te profileren.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)

Ten slotte moet de huisarts ook durven aan de alarmbel trekken wanneer het misloopt, en dan vooral in de communicatie.

'Niet één moet het doen, maar als we het allemaal doen hé, een keer onze telefoon pakken en zeggen van: gasten, dat kan toch niet… Niet 1 in de vergadering moet roepen hé, als we dagdagelijks nu en dan eens onze telefoon pakken van: "ey zeg"'
(Focusgroep 3: LOK 2 HA)

Discussie

Uit de resultaten zien we dat er 3 belangrijke spelers zijn bij gedeelde zwangerschapsopvolging. Dit zijn de gynaecoloog, de huisarts en niet te vergeten de patiënte zelf. Hieronder wordt alles meer uitgelegd.



Huisarts-patiënt-gynaecoloog

Na analyse van de codes, zien we dat we 3 spelers hebben in de gedeelde zwangerschapsopvolging. Dit zijn de huisarts, gynaecoloog en niet te vergeten de patiënte zelf. Er zijn zaken die ervoor zorgen dat de samenwerking goed voorloopt en andere die ervoor zorgen dat het botst tijdens de samenwerking.

Waarom huisarts en gynaecoloog niet samenwerken.

De samenwerking begint met de bereidheid tot samenwerken van beide partijen, zowel van de huisarts als gynaecoloog. Als beide partijen niet bereid zijn tot samenwerken, is er geen gedeelde zwangerschapsopvolging. Beiden hebben hun eigen redenen om niet samen te werken.

Ten eerste bespreken we het aandeel van de gynaecoloog. Veel huisartsen waren van mening dat de gynaecoloog de huisarts weghoudt van de zwangerschapsopvolging. Een verklaring vinden we in het feit dat er minder geboortes zijn maar dat het aantal gynaecologen in de afgelopen jaren is gestegen. Er zijn dus meer gynaecologen voor minder geboortes. Daardoor stijgt het concurrentiegevoel tussen de eerste en tweede lijn. Volgens de huisartsen willen de gynaecologen de zwangeren niet samen opvolgen, maar doen ze dit liever alleen.
Daarnaast is er een trend dat de geboorte meer exceptioneel wordt. Daarmee wordt bedoeld dat er enerzijds minder kinderen geboren worden, wat het hele gebeuren nog specialer maakt. Anderzijds bedoelt men hiermee dat kinderen frequenter door technische ingrepen verwekt worden, denk maar een ICSI of IVF. Bovendien is de kindersterfte erg verminderd en is het dus minder vanzelfsprekend dat er iets mis gaat.
Al deze ontwikkelingen zorgen er voor dat er medicalisering is van de zwangerschap. De zwangerschap wordt niet meer beschouwd als een natuurlijk proces maar eerder als een medische aandoening waar veel kan fout lopen(15). De patiënte moet om het aantal weken naar de gynaecoloog (dus ziekenhuis) en er worden allerlei testen gedaan, zoals prenatale testen op trisomie 21. Op die manier houdt de gynaecoloog de patiënte bij zich: hij doet echo's, en is meer thuis op het gebied van technische ingrepen zoals ICSI en IVF. De thesis van 2 jaar geleden bevestigt deze trend, de conclusie was namelijk dat vrouwen voornamelijk voor de gynaecoloog kiezen omdat die echo's doet, wat meer geruststelling geeft dan bij de huisarts.(3) Deze medicalisering en de verwachtingen van de patiënten rond het belang van technische testen spelen dus in het nadeel van de huisarts.

Tenslotte is eindverantwoordelijkheid een belangrijk item. Bij het interview met de gynaecologen bleek dat de eindverantwoordelijkheid bijna altijd bij de gynaecoloog gelegd wordt. Het is dan begrijpelijk dat, als de gynaecoloog geen vertrouwen heeft in de kunde van de huisarts, hij liever de opvolging volledig zelf doet.(11)
We zien dus dat voornamelijk de gynaecologen de zwangerschapsopvolging sturen door het concurrentiegevoel, de medicalisering en de eindverantwoordelijkheid. Het gevolg is dat de gynaecoloog tijdens het eerste consult met de patiënte haar vaak niet de keuze laat van hoe ze de opvolging wil laten verlopen, maar dat hij direct alles in eigen handen neemt. De patiënte moet dan al heel assertief zijn om daar tegenin te gaan. Het gevolg is dus dat de zwangerschapsopvolging vaak enkel door de gynaecoloog gebeurt.

Ten tweede zien we dat de rol voor de huisarts in zwangerschapsopvolging altijd maar kleiner wordt. Vroeger was het één van de taken van de huisarts om thuisbevallingen te begeleiden. Nu gebeurt dit niet bijna niet meer, op enkele uitzonderingen na. Dit komt grotendeels doordat de verzekeringspremie die men nodig heeft om thuisbevallingen te doen, veel duurder is geworden. De huisarts verliest zo de voeling met de zwangerschap. De patiënte weet daardoor ook niet goed wat de rol is van de huisarts tegenwoordig omtrent zwangerschap. Vroeger was het eenvoudig want de huisarts begeleidde veel zwangere vrouwen.
Als men het stuk hierboven over de gynaecologen er ook bij neemt, samen met de verzekeringspremie, zien we dat de kennis van de huisarts over zwangerschap achteruit gaat omdat hij er minder kan begeleiden.(15) De gynaecologen gebruiken dit dan weer als argument om niet samen te werken met de huisarts. Zo komt met in een vicieuze cirkel terecht: de gynaecoloog neemt alles in eigen handen, daarom verliest de huisarts de voeling met zwangerschapsopvolging, dit gebruikt de gynaecoloog als argument om niet samen te werken, waardoor de huisarts nog minder betrokken wordt, enzovoort.
Een reden waarom de huisarts niet zou willen meewerken aan zwangerschapsbegeleiding is het feit dat er soms veel administratie op de nek van de huisarts terecht komt. Dit gebeurt overigens ook wanneer er geen gedeelde zwangerschapsopvolging is, denk maar aan de aanvraag voor terugbetaling van Boostrix. De administratieve rompslomp zorgt dan ook weer voor een belasting op de huisartsenpraktijk.

Ten derde hebben is er het gebrek aan een gedeelde richtlijn tussen huisartsen en gynaecologen. Er wordt meestal geen richtlijn gebruikt waardoor de huisarts niet weet wat de gynaecoloog nu precies van hem verwacht. Ook varieert de richtlijn van gynaecoloog tot gynaecoloog, en van ziekenhuis tot ziekenhuis. Dit schept verwarring bij de huisarts. Er bestaat een richtlijn van Domus Medica maar die is door beide partijen bijna niet gekend. Aangezien er nu geen duidelijke richtlijn is, werkt de huisarts vanuit zijn klinisch denken wat niet altijd overeenstemt met het denken van de gynaecoloog. Als de gynaecoloog dan niet akkoord gaat met de werkwijze van de huisarts, zal hij ook minder geneigd zijn om met de huisarts samen te werken. Een eenduidige richtlijn is kortom noodzakelijk voor de samenwerking en zorgt voor een duidelijke taakomschrijving.

Ten vierde is er een gebrek aan communicatie. Op dit moment verloopt de communicatie niet zo vlot. Dit zorgt vooral voor frustraties bij de huisarts. Hij wordt niet op de hoogte gehouden van bijvoorbeeld complicaties tijdens de zwangerschap. Aangezien communicatie een noodzakelijke voorwaarde is om samen te werken, maakt gebrek daaraan de samenwerking zeer moeilijk.

Alles samen zorgt dit ervoor dat de samenwerking soms zeer moeilijk verloopt of zelfs niet bestaat.

Meerwaarde van samenwerken

In de interviews kwamen niet alleen de negatieve zaken naar voren maar waren er ook huisartsen die wel tevreden waren met de bestaande samenwerking.

Zeer belangrijk is het feit dat alle huisartsen, behalve 1 oudere mannelijke collega, graag deelnemen aan de gedeelde opvolging. Huisartsen zijn dus zeker vragende partij om betrokken te worden tijdens de opvolging. Ze vinden het leuk en leerrijk om te doen.

Er zijn veel voordelen wanneer de huisarts meewerkt tijdens de zwangerschap. De huisarts kent ten eerste de patiënte veel beter. Samen hebben ze dikwijls al een lange weg afgelegd. De band tussen de huisarts en de patiënte is hechter en persoonlijker. Hij kent vaak niet alleen de patiënte maar ook de familie. Bovendien werd tijdens de interviews vooral belang gehecht aan het feit dat de huisarts zicht heeft op de sociale situatie. Patiënten die sociaal zwakker zijn vragen soms meer uitleg, houden zich niet altijd aan de afspraak, ... Men kan de sociaal zwakkeren beter opvangen en ondersteunen dan de gynaecoloog. Vaak zien we dat specialisten moeite hebben met sociale situaties en dat ze vaak minder tijd hebben voor de patiënte. In dat aspect kan de huisarts een grote meerwaarde bieden voor de gynaecoloog. Tenslotte kent de huisarts het ganse dossier van de patiënte, de voorgeschiedenis en de medicatie. Deze belangrijke informatie kan de huisarts doorgeven aan de gynaecoloog via een verwijsbrief.(5,6) De huisarts heeft dus een voorsprong op medisch, sociaal en persoonlijk/psychologisch vlak. Op deze manier zijn de huisarts en de gynaecoloog complementair: de huisarts vult de gynaecoloog aan op bovenstaande punten.

Doordat de huisarts meer doorgang heeft in de sociale en psychologische leefwereld van de patiënt, en doordat er een vertrouwensrelatie is, komt de nadruk meer op het natuurlijke gebeuren van de zwangerschap. Het is een normale periode in het leven van een vrouw, dus geen ziekte. Dit is een belangrijke meerwaarde in deze tijd, waarin de zwangerschap vaak gemedicaliseerd wordt.(15)

We zien dus dat de huisarts troeven heeft op persoonlijk, medisch en sociaal vlak, en dat hij de focus meer op het natuurlijke gebeuren legt. Daardoor is hij vaak complementair met de gynaecologen, die vaak minder zicht hebben op de sociale en psychologische leefwereld van de patiënt. Daarom heeft hij zonder twijfel een belangrijke rol in de zwangerschapsbegeleiding, zowel in de preconceptiefase (uitleg geven over foliumzuur, vaststellen van de zwangerschap), de zwangerschap zelf, als na de bevalling (zorg voor de baby en nieuwe ouders).

De ontlasting van de praktijk is een bijkomend voordeel voor de gynaecoloog wanneer hij samenwerkt met de huisarts is, naast de extra informatie die de huisarts kan aanbrengen. De praktijk van de gynaecoloog wordt overspoeld met zwangerschappen waardoor men minder tijd heeft voor andere pathologiëen.(13)

De derde speler: de patiënt.

De patiënte heeft ook een belangrijke rol in de gedeelde zwangerschapsopvolging. Als de patiënte weigert om zich door de huisarts te laten opvolgen, is er geen gedeelde opvolging. Hoe ze zich gedraagt wordt beïnvloed door enerzijds haar eigen voorkeuren en overtuigingen, maar anderzijds worden die voorkeuren en overtuigingen sterk beïnvloed door de maatschappij.

De wereld waarin iemand opgroeit, heeft grote gevolgen op het denkkader. Dit is ook zo bij zwangerschapsopvolging. De algemene opinie in onze maatschappij is dat een zwangerschap opgevolgd moet worden door de gynaecoloog. Zo hebben de media hier een grote rol in gespeeld, denk maar aan verschillende programma's vroeger op televisie over zwangerschap, waar men bijna nooit de patiënte naar een huisarts zag gaan. Daardoor wordt een beeld geschapen dat enkel een gynaecoloog een rol speelt tijdens de zwangerschap.

Ook de hedendaagse omgeving speelt een belangrijke rol. Sommige mensen reageren vreemd op het feit dat men zowel opgevolgd wordt door de huisarts als de gynaecoloog. Daardoor beginnen sommige patiënten te twijfelen, en concluderen ze soms dat opvolging door de gynaecoloog alleen veel beter is. Veel mensen weten niet dat dit één van de vele taken is van een huisarts. Er bestaan dus veel vooroordelen over de huisarts. Kortom de taak van de huisarts tijdens de zwangerschapsopvolging is niet genoeg gekend, en hij wordt op dit gebied ondergewaardeerd.

Deze maatschappelijke visie op de huisarts bepaalt in grote mate de voorkeur van een patiënte of ze al dan niet voor gedeelde opvolging kiest. Bovendien speelt nog een belangrijke factor een rol: de echo. Veel vrouwen verkiezen de gynaecoloog boven de huisarts omdat de huisarts meestal geen echo doet. Met een echo zien en horen ze effectief hun kindje, wat een vorm van geruststelling is. Bij de huisarts is enkel een doppler aanwezig waarmee men de hartslag kan beluisteren.

Benodigdheden voor een verbetering van de samenwerking

Als we de codes analyseren, zien we dat we drie grote clusters van codes hebben die leiden tot verbeterde samenwerking tussen gynaecoloog en huisarts onderling, namelijk een wetenschappelijk gefundeerde richtlijn, goede communicatie en afbakenen van taken en verantwoordelijkheid. Bovendien zien we dat de patiënt ook een belangrijke rol speelt. Dat geeft ons vier ingangspoorten ter verbetering

Wetenschappelijke richtlijn

Het komt telkens naar voor in de interviews dat er een tekort is aan een wetenschappelijk gefundeerde richtlijn met een duidelijke taakverdeling. Dit is vreemd als men weet dat Domus Medica een duidelijke richtlijn gepubliceerd heeft, die eigenlijk direct klaar voor gebruik is.(4 en tabel 1) Een reden voor het feit dat deze richtlijn zo weinig gebruikt wordt, is zeker het feit dat zo weinig artsen deze richtlijn kennen. Het is frappant dat in slechts één huisartsen LOK groep de meesten de richtlijn kenden. Bovendien zien we in de literatuur dat het moeilijk is om een richtlijn te implementeren bij artsen omdat sommigen het niet nodig vinden, want ze gaan ervan uit dat elke arts wel weet wat hij moet doen op de consultatie. Bovendien hebben huisartsen en gynaecologen hun eigen prioriteiten zodat een richtlijn die beide prioriteiten in acht neemt moeilijk te maken is. Tenslotte vinden sommige artsen dit niet nodig omdat ze uit eigen ervaring vinden dat het “zo ook gaat” zonder richtlijn. (6, 10) Het is dus geen sinecure om een goede richtlijn te maken die door beide partijen ondersteund wordt.

Er kwam uit de focusgroepen een voorstel om samen te zitten met huisartsen en gynaecologen, en zo samen een richtlijn te maken op wetenschappelijke basis. Op deze manier kan een richtlijn gemaakt worden waarin beide partijen hun prioriteiten kunnen leggen, zodat de gynaecologen ook “mede-eigenaar” worden van de richtlijn, in tegenstelling tot de richtlijn van Domus Medica die specifiek voor huisartsen is. Door samen te zitten kunnen de huisartsen en gynaecologen ook dichter naar mekaar toe groeien. Zo weet de gynaecoloog duidelijk dat de huisartsen bereid zijn om samen te werken en omgekeerd, en profileert de huisarts zich als een actieve partner in het samenwerken bij zwangerschapsopvolging. De richtlijn kan bijvoorbeeld worden voorgesteld via navorming van de huisartsen. Ook is het belangrijk dat de richtlijn permanent wordt geüpdatet zodat er steeds gewerkt wordt met de meest recente wetenschappelijke bevindingen

We zien in de good practice interviews dat dit met sommige gynaecologen al goed lukt. De gynaecologen hebben een eigen schema gemaakt op basis van richtlijnen in combinatie met hun eigen inbreng, en sturen die via een brief naar de huisarts die dit schema gewoon kan volgen.

Goede communicatie

Het is zeer belangrijk dat er tijdens gedeelde zwangerschapsopvolging op een gestructureerde en systematische manier gecommuniceerd wordt. Dit gebeurt best via een communicatiemedium dat op elk consult gebruikt wordt, bij zowel de huisarts als bij de gynaecoloog. Sommige gynaecologen geven een schema op papier mee dat de huisarts kan volgen, en schrijven dan ook brieven bij de volgende consulten. Andere artsen gebruiken het zwangerschapsboekje. Sommigen vinden het boekje zeer nuttig, anderen vinden dit eerder dubbel werk, of klagen dat de patiënte het vaak niet mee heeft. Ook de huisarts moet communiceren naar de gynaecoloog toe. Zo kan hij bij de opstart van de zwangerschapsopvolging een verwijsbrief schrijven naar de gynaecoloog met de relevante voorgeschiedenis en medische informatie. Indien de patiënte tijdens de zwangerschap op consultatie bij de huisarts komt, kan hij communiceren via het zwangerschapsboekje, ofwel opnieuw via een brief voor de gynaecoloog. Het ideaal zou zijn dat er een gedeeld elektronisch dossier is, dat een rechtstreekse link met het eigen medisch dossier heeft, zodat beide partijen mekaars nota's kunnen zien zonder dat er dubbel werk moet gebeuren. Veel artsen haalden echter aan dat dit nog niet voor direct zal zijn, aangezien er nog vele privacy issues zullen bekeken moeten worden.

Afbakenen van taken en verantwoordelijkheid

Het moet heel duidelijk zijn wat van welke arts verwacht wordt. Dit is in het belang van de patiënt, maar ook voor mogelijke medicolegale problemen. Een studie stelt dat er best een lead professional moet zijn, die alles coördineert.(5) De huisartsen vonden dat in onze regio de gynaecoloog meestal de opvolging stuurt. Daarom is het logisch dat de gynaecoloog dan ook de lead professional is tijdens de zwangerschapsopvolging.
Er kwam een voorstel vanuit verschillende focusgroepen om bijscholingen te doen voor huisartsen, bijvoorbeeld over acute complicaties en hoe die te herkennen. Zo kan de gynaecoloog een deel van zijn kennis overdragen naar de huisarts en kan er afgesproken worden wat er precies van de huisarts verwacht wordt, wat de samenwerking weer verbetert.

Rol van de patiënt

De patiënt heeft zijn eigen voorkeuren en wordt deels gestuurd door de maatschappij, deels door persoonlijke overtuigingen. Uit de interviews bleek dat huisartsen vonden dat hun rol als actieve partner tijdens zwangerschapsopvolging niet genoeg gekend is in onze maatschappij. Sterker nog, sommige artsen gaven aan dat ze merken dat de omgeving van de patiënt verontwaardigd reageert als ze horen dat de patiënt ook naar de huisarts gaat tijdens de opvolging. Als de patiënt liever niet naar de huisarts gaat tijdens de zwangerschap, is dit nefast voor de gedeelde opvolging. Daarom is het belangrijk dat de huisarts zijn rol tijdens de zwangerschap bekend maakt en dat hij een positiever imago krijgt als partner tijdens de zwangerschapsopvolging. Dit kan door folders, of door mondelinge info van zowel de huisarts als de gynaecoloog. Zo kan de huisarts, wanneer hij een diagnose van zwangerschap stelt, voorstellen dat de patiënt bij hem kan komen. De gynaecoloog kan eveneens de patiënt aansporen om ook bij de huisarts te gaan. Op die manier kan de patiënt misschien overtuigd worden, want de huisarts en de gynaecoloog kunnen nog zo goed samenwerken, als de patiënt niet mee werkt is er geen gedeelde zwangerschapsopvolging.

Implicaties voor regio Roeselare

In regio Roeselare, waar de twee ziekenhuizen binnenkort zullen fusioneren en zullen moeten samenwerken, zullen er sowieso nieuwe afspraken gemaakt moeten worden. Dit is misschien een ideaal moment voor de gynaecologen en de huisartsen om eens samen te zitten en een wetenschappelijk gefundeerde richtlijn te maken waar iedereen zich goed bij voelt. Op deze manier is er een werkbare richtlijn, maar worden de banden tussen de gynaecologen en de huisartsen ook opgefrist, en zullen de gynaecologen misschien wat sneller aan de huisartsen denken bij zwangerschappen.

Er wordt op dat moment best ook overlegd welk communicatiemedium zal toegepast worden. Momenteel is een online platform nog niet in gebruik, dus voorlopig zullen de artsen het moeten doen met andere middelen, zoals het zwangerschapsboekje.
Tenslotte kan er gedacht worden aan een manier om de rol van de huisarts bij de patiënten wat bekender te maken. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door folders in de wachtzaal van de gynaecoloog en de huisarts, maar dit kan even goed door systematisch bij elke zwangerschap gedeelde opvolging voor te stellen.

Sterktes en beperkingen van de studie

In onze thesis maken we gebruik van een kwalitatief onderzoek. Het was de bedoeling om zoveel mogelijk data te verzamelen, zodat we een duidelijk beeld kunnen vormen over hoe artsen denken over gedeelde zwangerschapsopvolging. Bij dit soort onderzoek kunnen geen hypotheses bewezen worden, maar wel gegenereerd worden om nadien te dienen voor verder onderzoek.

Sterktes

Een sterkte in ons onderzoek zijn onder andere het feit dat we beide partijen aan het woord laten, zowel de huisarts als de gynaecoloog. Ook het feit dat we de artsen in groep hebben geïnterviewd en niet individueel is een pluspunt. In een groep ontstaat er interactie waardoor er meer gegevens naar voren komen.
De interviews werden door beide onderzoekers gecodeerd via het programma Nvivo 10. Na iedere codering werd samen gezeten en werden de verschillende codes vergeleken vooraleer aan de codering van het volgende interview te beginnen. Uiteindelijk hebben we samen met onze co-promotor alle resultaten geanalyseerd.
Na de interviews met de huisartsen en de gynaecologen zijn we enkele gynaecologen gaan interviewen die wel een voorbeeld zijn van good practice. Deze gynaecologen waren van 2 verschillende ziekenhuizen. Dit heeft bijgedragen tot extra inzichten in onze studie.

Beperkingen

Ten eerste is het feit dat we maar één groep gynaecologen hebben geïnterviewd een beperking. Die groep was ook eerder beperkt omdat er maar 3 gynaecologen hebben deelgenomen van hetzelfde ziekenhuis. Omdat er nogal verschil is tussen de verschillende gynaecologen en ziekenhuis, is dit waarschijnlijk niet echt representatief.
Een volgende beperking is dat we maar 3 LOK groepen geïnterviewd hebben. Op het einde hadden we geen volledige saturatie van de gegevens, er kwamen nog enkele nieuwe codes bij. In de LOK groepen waren voornamelijk mannelijke huisartsen aanwezig. Tijdens de groepen kwam wel naar voren dat vrouwelijke huisartsen meer aan gedeelde zwangerschapsopvolging doen dan mannelijke. Als men nog meer groepen zou interviewen, zou er waarschijnlijk nog meer informatie naar boven komen.
Tenslotte is het zo dat deze resultaten zeer regioafhankelijk zijn. Wij hebben nu enkel een beeld over de samenwerking in de regio Roeselare.

Implicaties voor verder onderzoek

Zoals vermeld in “sterktes en beperkingen” hebben wij slechts een kleine groep artsen geïnterviewd, en dan vooral een kleine groep gynaecologen die niet echt representatief was. Om de situatie nog beter in kaart te brengen, is het beter om deze studie nog een paar keer te herhalen in andere regio’s, of om een grote studie op te zetten op grotere schaal. Op die manier kan het feit dat we geen volledige saturatie hadden bij de LOK groepen ook verbeterd worden. Momenteel is er een HAIO bezig met hetzelfde project in regio Eeklo. Eens we de resultaten van deze twee studies samenleggen, zullen we misschien nog meer informatie verkrijgen.

Het zou ook nuttig zijn om onderzoek te doen naar hoe de rol van de huisarts meer bekend kan worden.
Eventueel zou er een project opgezet kunnen worden in de regio ter verbetering van de samenwerking, met monitoring van de situatie voor en na. Zo kan men zien of dit project verandering gebracht heeft.

Good practice

Tijdens de focusgroepen identificeerden we een aantal gynaecologen die actief gedeelde zwangerschapsbegeleiding promoten. Het was een unieke gelegenheid en complementair aan ons onderzoek om hen te interviewen. We kwamen tot enkele interessante conclusies.

Om te beginnen kregen we inzicht in hun beweegredenen om samen te werken met huisartsen. Ten eerste wordt hun praktijk op die manier wat ontlast en krijgen ze meer ruimte voor andere gynaecologische pathologie, wat hun werk veel interessanter maakt. Bovendien vinden ze dat de huisarts meer informatie kan aanbrengen over de patiënt, en kan mee beslissen over bepaalde zaken waar de gynaecoloog minder over weet. Een gynaecoloog gaf het voorbeeld van keelpijn, hij vond dat de huisarts daar veel meer over weet dan gynaecologen in het algemeen. Tenslotte vinden ze het leuk om een goed contact met de huisarts te behouden. Zo is er collegialiteit en een toffe samenwerking.

Ze gaven ons ook redenen waarom volgens hen de samenwerking bij anderen niet zo goed verloopt. Ten eerste is er de concurrentie tussen huisartsen en gynaecologen. Zwangerschap is namelijk een gebied dat zowel door de eerste als door de tweede lijn kan opgevolgd worden, dus dat leidt tot concurrentie. Ten tweede hebben sommige gynaecologen schrik voor medicolegale problemen. Daarom hebben ze meer controle als ze alles zelf doen, in plaats van de helft toe te vertrouwen aan de huisarts. Tenslotte is het moeilijk om gynaecologen te "bekeren". Het gebruiken van de richtlijn op zich houdt niets in, maar er zijn veel verschillende karakters en meningen waardoor het zeer moeilijk wordt om iedereen te overtuigen om dezelfde richtlijn te gebruiken.

Als tweede hoofdvraag vroegen we hen hoe zij zelf de gedeelde opvolging doen. Ze gaven ons mee dat er twee aandachtspunten zijn in hun samenwerking met de huisarts, namelijk een gestructureerde richtlijn en een goede communicatie. We gaan hier dieper op in. Om te beginnen hebben deze gynaecologen allemaal een gestandaardiseerd schema waarin een duidelijke taakverdeling staat. De gynaecologen zien de patiënten sowieso op drie kernmomenten om de echo's te doen. Ze geven dit schema mee met de patiënte in de eerste brief die ze aan de huisarts moet geven. Op deze manier zijn de drie partijen perfect op de hoogte van wat er verwacht wordt van mekaar. In één ziekenhuis werd het schema door de huisartsen en gynaecologen samen opgemaakt. Jaarlijks wordt daar ook de samenwerking geëvalueerd en het schema aangepast aan de recentste richtlijn.
Ten tweede wordt er op een gestructureerde manier gecommuniceerd, meestal via brieven. Bij bijna elk consult krijgt de huisarts een brief van de gynaecoloog met een gedetailleerd verloop tijdens de zwangerschap. Bij de eerste trimester screening stuurt de gynaecoloog geen brief, maar krijgen zowel de huisarts als de gynaecoloog een brief van het labo, waardoor een extra brief van de gynaecoloog op dat moment overbodig wordt. Bovendien worden er bij complicaties en bij elke ziekenhuisopname ook brieven gestuurd.

Bovendien differentiëren deze gynaecologen niet volgens huisarts. Naar hun ervaring doen quasi alle huisartsen aan zwangerschapsopvolging. De gynaecologen die wij interviewden konden geen enkele huisarts opnoemen die dit niet wil doen.

Tenslotte vinden ze dat de gynaecoloog de patiënt zelf moet motiveren om ook bij de huisarts te gaan. Hij kan de zwangere bijvoorbeeld vertellen dat een bloedname bij de huisarts gemakkelijker is dan in het ziekenhuis. Bovendien krijgt de patiënte meer vertrouwen als de gynaecoloog zelf voorstelt om bij de huisarts te gaan, en een duidelijke brief meegeeft waarin staat wie wat wanneer doet. Op die manier weet de zwangere patiënte ook perfect wat van de huisarts verwacht wordt.

Besluit

Wat we vooral onthouden na het uitvoeren van de studie, is dat er van beide kanten een grote bereidheid is om samen te werken, en dat er veel voordelen zijn aan gedeelde opvolging. Zo kan de huisarts de gynaecoloog aanvullen op psychologisch, sociaal en medisch vlak waardoor er een de-medicalisering ontstaat, en wordt de praktijk van de gynaecologen ontlast als de huisarts inspringt bij zwangerschapsopvolging. Jammer genoeg zijn er enkele barrières die goede samenwerking verhinderen, zoals het gebrek aan een algemeen gebruikte richtlijn, de afwezigheid van goede communicatie, een gevoel van concurrentie tussen eerste en tweede lijn, een verlies van voeling van de huisarts met zwangerschap en een gevoel van onderwaardering bij de huisartsen. Om een betere samenwerking te krijgen, is er vooral nood aan een goede, wetenschappelijk gefundeerde richtlijn, aan een gestructureerde, systematische communicatie bij elk consult, aan het goed afspreken van taken en verantwoordelijkheid, en aan het stimuleren van de patiënt om gedeelde opvolging te doen.

Bijlagen

Bijlage 1: Tabel 1

Schema van zwangerschapsopvolging volgens de richtlijn van Domus Medica(4)

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 • zorgplan • actief risico's screenen • informed consent prenatale diagnose	Beleving/klachten	Beleving/klachten	Beleving/klachten • foetusbewegingen • signalen vroegtijdige ontsluiting én • klachten pre-eclampsie	Beleving/klachten • foetusbewegingen • signalen vroegtijdige ontsluiting én • klachten pre-eclampsie	Beleving/klachten • kindbewegingen • signalen vroegtijdige ontsluiting én • klachten pre-eclampsie **Infomoment prenatale oefeningen**	Beleving/klachten • kindbewegingen • klachten pre-eclampsie **Info borstvoeding** Bespreking bevalling
Klinisch onderzoek	• Bloeddruk <140/90 mmHg • Startgewicht (zie aanbeveling)	• Bloeddruk <140/90 mmHg • Gewicht • Harttonen	• Bloeddruk: <140/90 mmHg • Gewicht • Harttonen • Fundushoogte	• Bloeddruk: <140/90 mmHg • Gewicht • Harttonen • Fundushoogte	• Bloeddruk: <140/90 mmHg • Gewicht • Harttonen • Fundushoogte	• Bloeddruk: <140/90 mmHg • Gewicht • Harttonen • Fundushoogte	• Bloeddruk: <140/90 mmHg • Gewicht • Harttonen • Fundushoogte • 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 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.		

Bijlage 2: Interview vragenlijst

Interviews: de vragen

ALGEMEEN

- Doen jullie zelf aan zwangerschapsbegeleiding? Wat doen jullie wel/niet in zwangerschapsbegeleiding?
- Wat vinden jullie van de samenwerking met de gynaecoloog?
- Wat versta je onder gedeelde prenatale zorg?
- Is een doorsnee praktijk goed uitgerust om aan zwangerschapsopvolging te doen?
- Wie is er volgens jou goed geplaatst om prenatale zorg te verlenen?
- Wat zijn volgens jou de voordelen van gedeelde zwangerschapszorg?
- Wat zijn volgens jou de nadelen van gedeelde zwangerschapszorg?
- Welke rol zie je voor jezelf hierin?
- Ken je de richtlijn van domus medica? Indien ja: wordt het toegepast? Wat vind je ervan?

ROL VAN DE HUISARTS?

- Welke plaats heeft de huisarts in gedeelde zwangerschapsopvolging?
- Welke zijn de troeven van de huisarts in gedeelde opvolging?
- Welke zijn de beperkingen van de huisarts in gedeelde opvolging?
- Voor de huisartsen: wat is jouw reden om wel of niet te participeren aan gedeelde zwangerschapsopvolging?
- Voor de gynaecologen: wat is jouw reden om wel of niet samen te werken met de huisarts tijdens zwangerschapsopvolging?
- Wat vind je van de kennis van de huisarts over zwangerschapsopvolging? Schiet die tekort? Is die voldoende?

BEOORDELING VAN PRENATALE ZORG:

- (Vind je dat de prenatale zorg nu goed verloopt?
- Wat kan er beter/slechter?)
- Vind je dat de gedeelde zorg goed verloopt? (Wat vind je van gedeelde zwangerschapsopvolging nu in deze regio? Verloopt dit goed/slecht?)
- Wat kan er beter/slechter?

COMMUNICATIE

- Hoe wordt er nu meestal gecommuniceerd?
- Heb je een voorbeeld van een zwangerschap waarbij de communcatie zeer goed verliep? Indien ja: hoe komt dat?
- Heb je een voorbeeld van een zwangerschap waarbij de communcatie zeer slecht verliep? Indien ja: hoe komt dat?
- Moest je zelf iets kunnen verbeteren aan gedeelde zwangerschapszorg om het te verbeteren, wat zou dat dan zijn?
- Hoe wordt er het best gecommuniceerd? Via brief, medibridge, telefonisch, via het zwangerschapsboekje van kind en gezin?
- Wordt het boekje gebruikt? Adquaat ingevuld?
- Hoe zou je de communicatie kunnen verbeteren? Gedeeld dossier?
- Wordt de huisarts verwittigd wanneer een complicatie optreedt? Vind u als gynaecoloog het nodig om de huisarts op dit moment op de hoogte te houden?
- Is de communicatie enkel maar noodzakelijk wanneer er iets fout loop of gedurende het ganse proces?

BENODIGDHEDEN VOOR GOEDE SAMENWERKING

- Wat is er volgens jou nodig voor goede samenwerking tussen huisartsen en gynaecologen? (evidence based guidelines)
- Hoe moet de verantwoordelijkheid voor de zwangere vrouw verdeeld worden?
- Hoe worden de medische gegevens tijdens gedeelde zorg best bijgehouden? (cfr zwangerschapsboekje)

Bijlage 3: Informed consent

Dit informed consent formulier wordt voorgelegd bij de start van het onderzoek. Het is bestemd voor de artsen.

Geïnformeerde toestemming voor een onderzoek naar communicatie tussen huisartsen en gynaecologen tijdens gedeelde zwangerschapsopvolging:

1. Ik begrijp dat het doel van dit onderzoek is: de communicatie tussen huisartsen en gynaecologen tijdens de zwangerschapsopvolging in kaart te brengen, de pijnpunten en bevorderende factoren te identificeren en adviezen voor de toekomst te formuleren.

2. Ik weet dat ik zal deelnemen aan volgende proeven of testen:
Ik neem deel aan een groepsinterview met een tiental huisartsen/gynaecologen *(wordt apart afgedrukt per specialisatie).* Het gesprek is een semi-gestructureerd interview met een moderator en twee observatoren. De thema's van de vragen gaan over samenwerking tussen gynaecologen en huisartsen in de zwangerschapsopvolging. Het groepsinterview duurt maximaal 2 uur. Het gesprek wordt opgenomen op video en wordt daarna volledig uitgetypt en verwerkt.

3. Ik weet dat er volgende risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan mijn deelname:
Er zijn geen risico's verbonden aan het groepsinterview. Het feit dat ik mij moet verplaatsen naar de focusgroep is een mogelijk ongemak.

4. Ikzelf of anderen vinden eventueel baat bij dit onderzoek op volgende wijze:
De bedoeling van het onderzoek is om de knelpunten en bevorderende factoren in kaart te brengen, om hopelijk op die manier adviezen te kunnen formuleren naar de toekomst toe. Op die manier kan de communicatie mogelijks verbeteren.
Bovendien worden de deelnemers (zowel gynaecologen als huisartsen van regio Roeselare) geconfronteerd met de mogelijke hiaten in de samenwerking, zodat er misschien spontaan meer aandacht aan besteed zal worden.

5. Ik neem uit vrije wil deel aan dit onderzoek.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden.
Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.
Ik behoud het recht om op elk moment mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten.
Voor eventueel advies en inlichtingen over het onderzoek, die je naderhand nog zou willen vragen, kun je contact opnemen met de onderzoekers via de contactgegevens onderaan dit blad.
Je kan ook vragen om schriftelijk op de hoogte gebracht te worden van de resultaten van dit onderzoek. Dit kan je door middel van het invullen van je adresgegevens op dit formulier.
Datum:

Naam en handtekening van de proefpersoon: Naam en handtekening van de onderzoeker:

Indien je de resultaten wenst te ontvangen, gelieve dan onderstaande gegevens in te vullen.
Naam:
E-mail:
Adres:

Bijlage 4: Demografische gegevens

Geslacht	Leeftijd	Werkomgeving	subspecialiteit
Vrouw	39	Ziekenhuis	Urogyn bekkenbodem
Vrouw	42	Ziekenhuis	Prenatale diagnostiek
Man	60 +	Ziekenhuis	Gynaeco-onco

Focusgroep 1: gynaecologen

Geslacht	Leeftijd	Soort praktijk	Interesse in gedeelde zwangerschaps-begeleiding	Doet u aan gedeelde zwangerschaps-begeleiding	Gemiddelde leeftijd patiëntenpopulatie
Man	54	solo	ja	ja	50
Vrouw	53	solo	ja	ja	?
Man	57	Groep	ja	ja	45
Vrouw	26	groep	ja	ja	45
Vrouw	54	groep	ja	ja	40-50
Man	57	groep	ja	ja	48
Man	57	solo	ja	ja	40

Focusgroep 2: LOK 1 HA

Geslacht	Leeftijd	Soort praktijk	Interesse in gedeelde zwangerschaps-begeleiding?	Doet u aan gedeelde zwangerschaps-begeleiding?	Gemiddelde leeftijd patiënten populatie?
Man	63	groep	ja	nee	40
Man	63	solo	ja	ja	45
Man	59	solo	ja	ja	50
Man	69	solo	ja	ja	50
Man	65	solo	nee	nee	50
Man	52	solo	ja	ja	Piek van kindjes en oudjes
Man	52	solo	ja	ja	50
Man	56	solo	ja	ja	?
Man	62	solo	ja	ja	?
Vrouw	48	solo	ja	ja	35

Focusgroep 3: LOK 2 HA

Geslacht	Leeftijd	Soort praktijk	Interesse in gedeelde zwangerschaps-begeleiding?	Doet u aan gedeelde zwangerschaps-begeleiding?	Gemiddelde leeftijd van de patiëntenpopulatie.

Vrouw	53	solo	ja	ja	53
Man	61	solo	ja	ja	40
Vrouw	39	groep	ja	ja	30-60
Man	39	solo	ja	ja	40
Vrouw	34	groep	ja	ja	?
Man	48	groep	ja	ja	45-50
Man	52	groep	ja	ja	Mooie spreiding
Man	53	solo	ja	ja	50

Focusgroep 4: LOK 3 HA

Referenties

1. Website Nationaal Instituut voor de Statistiek van de Belgische Federale Overheid: statbel.fgov.be
2. Studiedienst van de Vlaamse regering. http://www4.vlaanderen.be/sites/svr/Cijfers/Pages/Excal.aspx
3. (38) Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging. Een prospectief kwalitatief onderzoek. Barbara Baert en Melanie Jacobs. 2012
4. (1) Lieve Seuntjens, Jasna Neirinckx, Anne Van Mackelenbergh, Paul Van Royen, Niek Vervaeck, Yves Jacquemyn et. al. Zwangerschapsbegeleiding. Huisarts nu 2006, 36(5):261-298.
5. (18) The Role of General Practice in Maternity Care. Royal College of General Practitioners. Report of the RCGP Maternity Care Group. Occas Pap R Occas Pap R Coll Gen Pract. 1995; (72): 1–14.
6. (22) Dawson W, Brown S, Gunn J, McNair R, Lumley J. Sharing obstetric care: barriers to integrated systems of care. Australian and new Zealand journal of public health 2000, 20(4): 401-406.
7. (31) Bai J, Gyaneshwar R, Bauman A. Models of antenatal care and obstetric outcomes in Sydney South West. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008 Oct;48(5):454-61.
8. (9) Wendy Sword, Maureen I Heaman, Sandy Brooks, Suzanne Tough, Patricia A Janssen, David Young et. al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12(29):12-29.
9. (11) Diane S. Lauderdale, Tyler J. VanderWeele, Juned Siddique, John D. Lantos. Prenatal Care Utilization in Excess of Recommended Levels: Trends from 1985 to 2004. Medical Care Research and Review 2010, 67(5):609-622.
10. (14) Britton D. Rink, MD, MS. Maternal-fetal care starts and ends with the mother. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2012, 206(5) :374-375.
11. (15) Susan Nicolson, Marie Pirotta, Patty Chondros. Shared maternity care: all care – not enough responsibility? An audit of patient care communications pre- and post- a multi-faceted intervention. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005, 45(6):509-513.
12. KCE (139 A)Lodewyck Katleen, Peeters Gert, Spitz Bernard, Blot Stijn, Temmerman Marleen, Zhang Weihong et. al. Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. KCE reports 2004, 6(A):1-302
13. (21) A.J. Reid, I. Grava-Gubins, J.C. Carroll. Family physicians in maternity care Still in the game? Canadian Family Physician 2000, 46:601-611.
14. (34) Therese A Wiegers, The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth 2009,9:18
15. (33) T.A. Wiegers,General practitioners and their role in maternity care. Health Policy 66 (2003) 51-59
16. 16 (35) Donna Coben, Andrew Coco. Declining Trends in the Provision of Prenatal Care Visits by Family Physicians Annals of family medicine,vol 7 nummer 2, maart/april 2009
17. (28) Guirguis-Blake J, Fryer GE, Deutchman M, Green LA, Dovey SM, Phillips RL. Family physicians' declining contribution to prenatal care in the United States. Am Fam Physician. 2002 Dec 15;66(12):2192.
18. (23) 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):554-9.
19. T.A. Wiegers. General practitioners and their role in maternity care. Health Policy 2003, 66(1):51-59.
20. (2) Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS et. al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. Huisarts Wet 2012, 55(3):112-25.

21. Antenatal care – uncomplicated pregnancy – management. Prodigy guideline maart 2011, www.prodigy.clarity.co.uk
22. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE clinical guideline 62, Antenatal care. National institute for health and clinical excellence 2008