# Kwalitatief onderzoek naar gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: hoe denken huisartsen en gynaecologen in de regio Eeklo hierover?

Nele De Loor, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# ABSTRACT

**Context:** Het doel van het onderzoek vertrok van de vaststelling dat vrouwen in de eigen opleidingspraktijk wel gezien worden voor een (pre)conceptie consult, maar nadien voor het verdere verloop van de zwangerschap uitsluitend opgevolgd worden door de gynaecoloog. Nochtans zijn er in België 2 richtlijnen i.v.m. prenatale zorg ter beschikking en is er ook voldoende aanbod: een Vlaamse huisarts zou jaarlijks gemiddeld bijna 12 zwangere vrouwen in zijn/haar praktijk (kunnen) hebben. Hierdoor rezen er vragen over de haalbaarheid van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog, specifiek vanuit het standpunt van deze 2 hulpverleners.

**Onderzoeksvraag:** Wat zijn de ervaringen, de ideeën, de verwachtingen en de eventuele bezorgdheden i.v.m. een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog? Zijn er verschillen tussen vroeger en nu of tussen verschillende regio's?

**Methode:** Kwalitatieve onderzoeksmethode in de regio Eeklo met behulp van één focusgroep interview met 3 gynaecologen en 3 focusgroep interviews met een totaal van 40 huisartsen. De bekomen data werden eerst open gecodeerd en nadien axiaal gecodeerd volgens het model van Donabedian i.v.m. kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

**Resultaten:** De huidige organisatie van de gezondheidszorg in België – met een vrije keuze van huisarts en zonder een verplichte doorverwijzing door de huisarts – bemoeilijkt een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog. Door de medicalisering en commercialisering van zwangerschap en geboorte is zwangerschapsbegeleiding bij de huisarts ook niet meer ingeburgerd. Binnen de prenatale zorgverlening wordt meer en meer de klemtoon verlegd van kwantiteit naar kwaliteit. Immers, uit onderzoek is gebleken dat zuiver méér prenatale consultaties per zwangerschap geen garantie bieden voor betere zorg tijdens die zwangerschap. Zinvolle en kwaliteitsvolle zorg tijdens een zwangerschap omvat minstens één bloeddrukmeting, één labo en één echografie tijdens het eerste trimester, gevolgd door minstens twee bloeddrukmetingen en één echografie tijdens het tweede trimester, om te eindigen met minstens drie bloeddrukmetingen en één labo tijdens het derde trimester. Het uiteindelijke doel is dat dit beperkte aantal specifieke interventies gehaald worden tijdens elke zwangerschap. Binnen dit denkkader zou de huisarts bijkomend verschillende meerwaarden kunnen bieden tijdens de opvolging van een zwangerschap, zowel op medisch, psychologisch, sociaal als communicatief vlak. Ook vóór de zwangerschap zou de huisarts preventief kunnen werken via een preconceptie consult. De gynaecoloog zou zowel fysiek als medicolegaal een beetje kunnen ontlast worden. Dit veronderstelt wederzijds vertrouwen in elkaar en overleg met elkaar over een haalbare taakverdeling, zowel wat betreft timing als inhoud van de consultaties. Ook de informatie doorstroom van de eerste lijn naar de tweede lijn en omgekeerd moet geoptimaliseerd worden, eventueel door de zwangere patiënte zelf een communicatie document aan te reiken. Zowel de maatschappij als de gynaecoloog kunnen starten met sensibilisering van zwangere vrouwen voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding SAMEN met de huisarts. De huisarts zelf kan zich profileren door informatie en educatie voor zwangere patiënten te voorzien en door een Doppler toestel aan te schaffen. Om kwaliteitsvolle prenatale zorg te kunnen bieden, blijft het wel belangrijk dat zowel de zwangere patiënte als de huisarts zelf kunnen beslissen om al dan niet in te stappen in een echte ACTIEVE gedeelde zwangerschapsbegeleiding.

# DANKWOORD

Deze Masterproef Huisartsgeneeskunde zou niet volledig zijn zonder een woord van dank aan mijn promotor, Prof. Dr. Sara Willems, en mijn co-promotor, Dr. Piet Vanden Bussche. Ik wil hen graag bedanken omdat ze mij de kans hebben gegeven om dit kwalitatief onderzoek op te zetten en uit te werken, voor het nalezen van dit werk, evenals voor het steeds beantwoorden van mijn vragen.

Verder wens ik ook alle deelnemende huisartsen en gynaecologen te bedanken voor hun input aan waardevolle informatie, alsook mijn praktijkopleider voor het bijwonen van alle focusgroep interviews.

Als laatste wil ik graag een aantal speciale vermeldingen neerschrijven:
*Mama en Papa,* omdat jullie er altijd voor mij zijn geweest;
*Jorien,* omdat je mij als tweelingzus het beste kent en omdat je mij onvoorwaardelijk hebt gesteund in al mijn keuzes;
*Sarah,* omdat ik gelukkig ben dat we beiden onze weg gevonden hebben, jij als anesthesist in opleiding en ik als huisarts in opleiding;
*Evelien,* omdat je de tijd hebt genomen om dit werk na te lezen;
*Kristien,* omdat ik je wil bedanken voor onze leuke samenwerking en het thuisgevoel in Eeklo;
*Yari,* mijn lieve viervoeter, omdat ik je nooit zal vergeten.

# INHOUDSTAFEL

1 Inleiding ..... p. 1

1.1 Keuze van het onderwerp en de onderzoeksvraag ..... p. 1

1.2 Oriënterend literatuuronderzoek ..... p. 2

1.2.1 Zoekmethode ..... p. 2

1.2.2 Gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: zinvolle, kwaliteitsvolle taakverdeling? ..... p. 3

1.2.3 Determinanten van kwaliteitsvolle zwangerschapsbegeleiding volgens zwangere vrouwen en hulpverleners ..... p. 7

1.2.4 Evolutie in de betrokkenheid van huisartsen bij zwangerschapsbegeleiding in Europa ..... p. 9

1.2.5 Is het belangrijk dat huisartsen alsnog betrokken worden bij zwangerschapsbegeleiding? ..... p. 10

1.2.6 Communicatie: een troef van de huisarts, maar ook een barrière voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding ..... p. 11

2 Onderzoeksopzet ..... p. 13

2.1 Keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode: de focusgroep ..... p. 13

2.2 Rekruteren van de studiepopulatie ..... p. 13

2.3 Verloop van een focusgroep en analyse van de focusgroepen ..... p. 14

2.4 Beschrijving van de studiepopulatie ..... p. 15

2.5 Ethisch Comité ..... p. 16

3 Resultaten ..... p. 17

3.1 De context van zwangerschapsbegeleiding ..... p. 17

3.1.1 De organisatie van de gezondheidszorg in België ..... p. 17

3.1.2 De organisatie rond de echografie en de bevalling ..... p. 18

3.1.3 De visie van de maatschappij ..... p. 19

3.2 Het proces van zwangerschapsbegeleiding ..... p. 21

3.2.1 De spelers binnen zwangerschapsbegeleiding: de patiënt, de huisarts, de gynaecoloog en de vroedvrouw ..... p. 21

*De rol van de patiënt bij de keuze i.v.m. zwangerschapsbegeleiding* ..... p. 21

*De rol van de huisarts bij zwangerschapsbegeleiding: vroeger en nu* ..... p. 22

*De rol van de gynaecoloog bij de huidige zwangerschapsbegeleiding* ..... p. 24

*De rol van de vroedvrouw bij de huidige en toekomstige zwangerschapsbegeleiding* ..... p. 26

3.2.2 De rol van richtlijnen en taakverdeling bij zwangerschapsbegeleiding ..... p. 26

*De rol van richtlijnen volgens de huisarts en de gynaecoloog* ..... p. 26

*Een voorstel van taakverdeling bij zwangerschapsbegeleiding doorheen de focusgroepen* ..... p. 28

3.2.3 De communicatie rond zwangerschapsbegeleiding ..... p. 28

*De huidige communicatie tussen de huisarts en de gynaecoloog i.v.m. zwangerschapsbegeleiding* ..... p. 28

*Wat is het ideale communicatiemiddel bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding volgens de huisarts en de gynaecoloog?* ..... p. 30

*De huidige communicatie tussen de arts (huisarts/gynaecoloog) en de patiënt i.v.m. zwangerschapsbegeleiding* ..... p. 32

3.3 Het resultaat van de zorg tijdens een zwangerschap ..... p. 33

3.3.1 Vandaag is er geen goede wisselwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog ..... p. 33

3.3.2 Er is wel vraag naar een goede wisselwerking vanuit de meerderheid van de huisartsen ..... p. 34

3.4 Naar de toekomst toe: het verbeteren van de zorg tijdens een zwangerschap ..... p. 35

3.4.1 Welke meerwaarden zou de huisarts kunnen bieden bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding? ..... p. 35

*De huisarts als belangrijke speler binnen het biopsychosociale model* ..... p. 35

*Medicolegale voordelen van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding samen met de huisarts* ..... p. 36

*Organisatorische voordelen van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding samen met de huisarts* ..... p. 37

3.4.2 Welke beperkingen zijn er verbonden aan de huisarts bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding? ..... p. 38

3.4.3 Hoe kunnen huisartsen en gynaecologen beter samenwerken tijdens de zwangerschap? ..... p. 39

*Verbeteren van de samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog: huisarts gebonden factoren* ..... p. 39

*Verbeteren van de samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog: gynaecoloog gebonden factoren* ..... p. 41

*Naar de toekomst toe: echt SAMEN werken* ..... p. 41

4 Goede praktijkvoering vanuit Nederland met Belgisch ziekenhuis ..... p. 43

5 Discussie ..... p. 44

*Waarom de huisarts en de gynaecoloog een gedeelde zwangerschapsbegeleiding mijden, aangevuld met mogelijke oplossingen voor de toekomst* ..... p. 44

*Implicaties voor de regio Eeklo* ..... p. 47

*Sterktes en beperkingen van de studie* ..... p. 48

*Implicaties voor verder onderzoek* ..... p. 49

6 Besluit ..... p. 50

7 Referenties ..... p. 51

BIJLAGEN

# 1 INLEIDING

## 1.1 Keuze van het onderwerp en de onderzoeksvraag

In 2009 waren er in België 127.297 geboorten, waarvan 87.101 in het Vlaamse Gewest inclusief het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. (1) In 2010 waren er 7.746 erkende huisartsen in het Vlaamse Gewest inclusief het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. (2) Dit betekent dat een Vlaamse huisarts jaarlijks gemiddeld bijna 12 zwangere vrouwen in zijn/haar praktijk heeft. Voor de opvolging van deze zwangerschappen kan de huisarts zich laten ondersteunen door twee Belgische richtlijnen. De KCE[1] richtlijn over prenatale zorg werd gepubliceerd in 2004 met als voornaamste doelgroepen de gynaecologen, de huisartsen, de vroedvrouwen, de (toekomstige) zwangere vrouwen en hun omgeving. Het geeft schematisch (in tabelvorm) de aanbevolen praktijk – i.e. klinisch onderzoek, klinische biologie, technisch onderzoek en medicatie – weer op bepaalde tijdstippen in de zwangerschap bij vrouwen met een laagrisicoprofiel. Deze aanbevolen praktijk kan vervolgens dienen als basis voor een lokaal klinisch pad of voor lokale afspraken tussen de verschillende professionelen. De onderzoekers erkennen ook expliciet het fysiologische karakter van een zwangerschap en proberen met deze richtlijn de veiligheid van moeder en kind en de kwaliteit van de zorg zoveel mogelijk te garanderen zonder overdreven medicalisering. (3) Daarnaast is er de richtlijn over zwangerschapsbegeleiding gepubliceerd door Domus Medica in 2006, die specifiek bedoeld is voor huisartsen met interesse in het opvolgen van een normale zwangerschap. Hierin is er al een meer concreet voorstel tot samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog uitgewerkt met een duidelijke omschrijving van zowel timing als inhoud van de consultaties gedaan door beide beroepen (tabel 1). (4) Echter, in de praktijk lijkt dit niet zo evident.

In de opleidingspraktijk – solopraktijk, eerste keer begeleiding van een HAIO, regio Eeklo – wordt af en toe een vrouw gezien in het kader van een (pre)conceptie consult. Opvallend is dat de verdere opvolging van de zwangerschap volledig door de gynaecoloog gebeurt, zonder samenwerking met de eerste lijn. Waarschijnlijk is er van een aantal zwangerschappen ook helemaal geen weet, indien ook de vaststelling ervan door de gynaecoloog gebeurt. Het zou interessant zijn om een beeld te krijgen van de huidige en gewenste (in de toekomst) zwangerschapsbegeleiding in de regio Eeklo en dit vertrekkende vanuit het perspectief van de regionale huisartsen en gynaecologen. De KCE richtlijn vermeldt immers dat de implementatie van een richtlijn in de klinische praktijk niet altijd evident is. (3) Ook de Domus Medica richtlijn is 'maar' een richtlijn: gedeelde zwangerschapsbegeleiding tussen huisarts en gynaecoloog is slechts mogelijk als deze samenwerking complementair is en steunt op gevalideerde zorgpaden zoals in Nederland. (4) Daarom kiezen we als eerste stap voor een exploratief onderzoek bij de twee belangrijkste spelers in het verlenen van prenatale zorg in België: de huisarts en de

[1] Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

gynaecoloog. Immers, misschien zijn er in de regio Eeklo wel al huisartsenpraktijken met een goede samenwerking met de gynaecoloog. Het verkennen van dit onderwerp en het exploreren van de ervaringen, de verwachtingen en de eventuele bezorgdheden rond een gedeelde zwangerschapsbegeleiding kunnen een eerste aanzet zijn naar een echte integratie van de eerste lijn in de prenatale zorg – i.e. op regionaal niveau.

Verder zal het interessant zijn om de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met deze van eenzelfde soort exploratief onderzoek uitgevoerd bij huisartsen en gynaecologen in de regio Roeselare. (5)

## 1.2 Oriënterend literatuuronderzoek

### 1.2.1 Zoekmethode

Twee jaar geleden hebben Dr. Ann-Sophie Phyfferoen en Dr. Stefanie Vermandere (5) gezocht in de literatuur naar barrières en bevorderende factoren voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog. Men kon concluderen – zoals eerder vermeld (3-4) – dat het moeilijk is om een richtlijn te implementeren in de klinische praktijk. Daarnaast is er het probleem van slechte informatiedoorstroming tussen de eerste en de tweede lijn, hetgeen door Domus Medica juist wordt vermeld als een randvoorwaarde om aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kunnen doen. (4) Verder zouden sommige huisartsen niet langer wensen te participeren in de zwangerschapsopvolging en dit om verschillende redenen: een breuk in hun routine, angst voor medicolegale problemen of een gevoel van onkunde. Op basis hiervan werden een aantal voorwaarden beschreven om aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kunnen doen, namelijk: een wetenschappelijk gefundeerde richtlijn als uitgangspunt, het afbakenen van verantwoordelijkheid, een goede communicatie en een gedeeld dossier. Het was zeer moeilijk om in de literatuur informatie te vinden over wat specifiek huisartsen en gynaecologen nu eigenlijk denken over gedeelde zwangerschapsbegeleiding. (5)

Om geen herhaling te doen van het hierboven vermelde literatuuronderzoek werd er vertrokken vanuit één van de hierboven vermelde voorwaarden, namelijk: het ter beschikking zijn van een wetenschappelijk gefundeerde richtlijn als basis voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Zoals eerder vermeld, zijn er in België twee dergelijke richtlijnen gepubliceerd. (3-4) Omdat de richtlijn van Domus Medica zich specifiek toelegt op huisartsen en omwille van de reeds concrete taakomschrijving – d.w.z. het kan als het ware fungeren als een klinisch zorgpad – is er gezocht in de literatuur naar evidentie voor de kwaliteit van deze beschreven prenatale zorg. Dergelijke informatie kan later eventueel gebruikt worden als argumentatie om wel degelijk de Domus Medica richtlijn te implementeren in de praktijk van de huisartsen en de gynaecologen. Naast deze wetenschappelijke – i.e. evidence-based – argumenten is er ook gezocht naar wat kwaliteitsvolle prenatale zorg is volgens enerzijds zwangere vrouwen zelf en anderzijds hun verschillende hulpverleners. Hiervoor werd de thesis van Dr. Barbara Baert en Dr. Melanie Jacobs (6) geanalyseerd alsook de studie van Sword et al. (7) uitgevoerd in

Canada. De hierin opgesomde zorgbehoeften kunnen eventueel aanleiding geven tot het identificeren van een aantal taken specifiek voor de huisarts binnen de prenatale zorg en na de verwerking van de resultaten van dit exploratief onderzoek kan bekeken worden of huisartsen en gynaecologen zich hiervan bewust zijn. Ook kan er gecontroleerd worden of de Domus Medica richtlijn voldoet aan deze persoonlijke verwachtingen. In de discussie zullen deze gegevens uit de internationale literatuur dan ook vergeleken worden met de resultaten van dit kwalitatief onderzoek.
Daarnaast wordt er ingegaan op een tweede van de hierboven vermelde voorwaarden, namelijk: een goede communicatie, niet enkel met de tweede lijn, maar ook met de patiënt.
Tenslotte is er nagegaan hoe de betrokkenheid van huisartsen in Europa bij zwangerschapsbegeleiding geëvolueerd is om dit onderzoek in een bredere context te kunnen plaatsen.

De literatuur werd gezocht via de databank Web of Science. Daarbij werden volgende zoektermen gebruikt: *prenatal care*, *shared care*, *satisfaction*, *prenatal care + communication, prenatal care + shared*. De volgende limieten werden afwisselend geactiveerd: *general practitioner, pregnancy, prenatal care, obstetrics* en *gynaecology*. Tijdens het opzoeken werd onmiddellijk het abstract gelezen en op basis daarvan werd beslist of het artikel relevant was of niet. Indien het artikel relevant was, werd het helemaal gelezen. Bij relevante artikels werd ook gebruik gemaakt van de optie *related articles*. Alle artikels werden online gevonden. Eveneens werden twee thesissen gebruikt van collega HAIO's.

### 1.2.2 Gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: zinvolle, kwaliteitsvolle taakverdeling?

In 2006 werd door Domus Medica een richtlijn over zwangerschapsbegeleiding gepubliceerd bestemd voor alle huisartsen geïnteresseerd in het opvolgen van een normale zwangerschap tussen conceptie en 41 weken. Deze richtlijn omvat een voorstel tot samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog gedurende de volledige zwangerschap, met een duidelijke omschrijving van timing en inhoud van de consultaties gedaan door beide beroepen (Tabel 1). Men probeert eveneens aan 'patient empowerment' te doen: de zwangere vrouw beheert zelf haar medische gegevens, bijvoorbeeld aan de hand van het moederboekje van Kind en Gezin, hetgeen zowel de zelfredzaamheid van de zwangere vrouw als de communicatie tussen de verschillende hulpverleners ten goede komt. (4)

Tabel 1: timing en inhoud van de antenatale consultaties door huisarts en gynaecoloog

| Week zwanger-schap | Anamnese en info | Klinisch onderzoek | Echo | Labo | Medicatie |
|---|---|---|---|---|---|
| **6-10 HA (2 raad-plegingen)** | Diagnose/beleving<br>** zorgplan*<br>** actief risico's screenen*<br>** informed consent prenatale diagnose* | Startgewicht<br>Bloeddruk | | Hg, Hct, bloedgroep/rhesus, indirecte Coombs, rubella IgG, toxo IgG + IgM, HIV, HBsAg, TPHA en TPPA | Foliumzuur 0.4 mg per dag |
| **11-14 gynaeco** | Beleving/klachten | Gewicht<br>Bloeddruk<br>Harttonen | Echo 1: vaginaal | Prenatale screening: béta-HCG en PaPP-A | Foliumzuur 0.4 mg per dag |
| **15-17 HA** | Beleving/klachten | Gewicht<br>Bloeddruk<br>Harttonen<br>Fundushoogte | | Urinecultuur (asymptomatische bacteriurie) | |
| **18-23 gynaeco** | Beleving/klachten<br>** foetusbewegingen*<br>** signalen vroegtijdige ontsluiting*<br>** klachten pre-eclampsie* | Gewicht<br>Bloeddruk<br>Harttonen<br>Fundushoogte | Echo 2: abdominaal | | |
| **24-28 HA** | Beleving/klachten<br>** foetusbewegingen*<br>** signalen vroegtijdige ontsluiting*<br>** klachten pre-eclampsie* | Gewicht<br>Bloeddruk<br>Harttonen<br>Fundushoogte | | Hg, Hct, indirecte Coombs, glucosebelasting 50 gram | Anti D (Rh) op 28 weken bij Rhesus negatief |
| **29-33 gynaeco** | Idem + infomoment prenatale oefeningen | idem | Echo 3: abdominaal | | |
| **34-40 afwisselend HA en gynaeco (1 x per 2 weken)** | Idem + infomoment borstvoeding en bevalling | Idem + handgrepen van Leopold voor ligging en presentatie | | GBS-screening d.m.v. rectovaginale kweek: tussen 35 en 37 weken via 2 wissers (1-2 cm zijwand vagina + 1 cm in aars) | |

Antenatale zorg (Tabel 1) is moeilijk om te evalueren. Het onderzoek van Beeckman et al. (8) is een prospectieve cohort studie in de regio Brussel, waarbij men het gebruik van antenatale zorg bij 333 zwangere vrouwen op twee verschillende manieren heeft gemeten: enerzijds met behulp van de 'Adequacy of Prenatal Care Use (APNCU) index' en anderzijds met behulp van de 'Content and Timing of care in Pregnancy (CTP) tool'. De APNCU index houdt rekening met de start van antenatale zorg – al dan niet voor 16 weken zwangerschapsduur – en met het aantal consultaties per zwangerschap – uitgedrukt als een percentage t.o.v. het verwachte aantal consultaties volgens de nationaal geldende richtlijnen. Op die manier kan de zorg voor zwangere vrouwen ingedeeld worden in vier categorieën: *inadequaat*, *intermediair*, *adequaat* en *adequaat plus*. De CTP tool houdt eveneens rekening met de start van antenatale zorg – al dan niet voor 14 weken zwangerschapsduur – maar evalueert verder drie specifieke interventies tijdens zwangerschapsopvolging: frequentie en timing van echografie, bloedonderzoek en bloeddrukmeting. Hiermee wil men de klemtoon verleggen van kwantitatief naar kwalitatief meten. Immers, eenzelfde hoeveelheid aan informatie en zorg kan ook gegeven worden in een beperkter aantal consultaties. Op deze manier kan de zorg voor zwangere vrouwen ingedeeld worden in opnieuw vier categorieën: *inadequaat*, *intermediair*, *voldoende* en *zinvol*.
Men kon een statistisch significant verschil aantonen tussen deze twee meetmethoden betreffende het gebruik van antenatale zorg: zwangere vrouwen uit de '*adequate*' of '*adequaat plus*' groep volgens de APNCU index werden volgens de CTP tool frequenter ingedeeld als '*inadequaat*' of '*intermediair*', dit wil zeggen: ondanks het hoger aantal antenatale consultaties werd een minimum aan specifieke interventies op het geschikte moment tijdens de zwangerschap niet gehaald. Verder heeft men voor deze studiegroep onderzocht of er een associatie is tussen het gebruik van antenatale zorg – gemeten volgens de CTP tool – en het optreden van vroeggeboorte, gedefinieerd als geboorte vóór 37 weken. Men kon adjusted odds ratios[2] (aORs) berekenen, corrigerend voor een aantal confounders die ook vroeggeboorte kunnen in de hand werken. De aOR voor vroeggeboorte in de '*zinvolle*' groep in vergelijking met de '*inadequate*' plus '*intermediaire*' groep was 0.21, met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 0.06-0.68. Dit betekent dat een zwangere vrouw met '*zinvolle*' zorg vijf keer minder risico heeft op vroeggeboorte dan een zwangere vrouw met '*inadequate*' of '*intermediaire*' zorg. Ook een zwangere vrouw met '*voldoende*' zorg heeft drie keer minder risico op vroeggeboorte dan een zwangere vrouw met '*inadequate*' of '*intermediaire*' zorg. Bij het berekenen van aORs voor vroeggeboorte – met indeling in categorieën volgens de APNCU index – konden geen statistisch significante verschillen tussen de verschillende soorten zorg aangetoond worden. Deze studie toont dus het belang aan van de inhoud van antenatale zorg, waarbij er specifiek wordt gekeken naar de invloed hiervan op de zorgindicator vroeggeboorte. (8) **Zwangerschapsbegeleiding** volgens de richtlijn van

[2] Risico op vroeggeboorte in de 'zinvolle' groep / risico op vroeggeboorte in de 'inadequate' + 'intermediaire' groep

**Domus Medica** kan worden beschouwd als '**zinvolle**' zorg volgens de CTP tool[3], waarbij de invloed op andere zorgindicatoren nog verder onderzocht moet worden. (4, 8) Ook **prenatale zorg** volgens de KCE richtlijn kan beschouwd worden als '**zinvolle**' zorg volgens de CTP tool. (3, 8) Het meest opvallende verschil tussen de KCE richtlijn en de richtlijn van Domus Medica betreft het urine onderzoek tijdens de zwangerschap: Domus Medica raadt een urinecultuur aan ter opsporing van asymptomatische bacteriurie rond 16 weken zwangerschapsduur, terwijl KCE dit reeds voorziet tijdens de allereerste raadpleging. Verder voorziet de KCE richtlijn bij elke controle een screening op proteïnurie via een dipstick. Immers, de diagnose van pre-eclampsie wordt bepaald door de aanwezigheid van proteïnurie en een verhoogde bloeddruk. Dipsticks worden het meest gebruikt voor de opsporing van proteïnurie, hoewel tot 6% van de I+ reacties vals positief zijn. Een initiële I+ (of meer) resultaat dient bevestigd te worden door een meting van de eiwitten of van de creatinine/proteïne ratio op een staal van een 24u-urinecollectie[4]. (3- 4)

De KCE richtlijn vermeldt verder nog een interessante vergelijking tussen de aanbevelingen en de Belgische praktijk, op basis van gegevens van het Intermutualistisch Data-Agentschap (IMA). Er worden hieronder gegevens vermeld die betrekking hebben op zowel kwantiteit als kwaliteit van prenatale zorg. Wat betreft de **raadplegingen** hebben 72% van de vrouwen meer dan 10 raadplegingen tijdens hun zwangerschap[5]. Voor vrouwen uit een lagere sociale categorie, d.w.z. vrouwen die onder het algemeen regime met een voorkeurtarief vallen, ligt dit percentage maar op 54%. Vrouwen volgen gemiddeld 10 raadplegingen bij een gynaecoloog, 3 raadplegingen bij een huisarts en 1 raadpleging bij een vroedvrouw. Wat betreft het **bloedonderzoek** krijgen de meeste zwangere vrouwen (97.6%) zeker één hematologisch onderzoek tijdens hun zwangerschap. **25.6%** krijgen er **twee**, 25.6% krijgen drie bloedonderzoeken en 16.1% zelfs vier. Hierbij wordt er vermoed dat het regelmatig zonder indicatie wordt herhaald. Wat betreft de **echografie** blijken de meeste zwangere vrouwen minstens één echografie te krijgen. **17.7%** van de vrouwen krijgen er **twee**, zoals aanbevolen. Gemiddeld krijgt een zwangere vrouw 3 echografieën. 32.5% ondergaan meer dan drie echografieën tijdens een zwangerschap, waarbij 17.1% er vier krijgen en 15.3% meer dan vier. De **urinecultuur** voor opsporing van asymptomatische bacteriurie gebeurt in de praktijk veel te weinig (slechts in 42.5% van de gevallen). (3)

[3] Zinvol volgens CTP tool: tijdens 1ste trimester een echografie, een bloeddruk controle en een bloedonderzoek; tijdens 2de trimester een echografie en 2 bloeddruk controles; tijdens 3de trimester 3 bloeddruk controles en een bloedonderzoek.

[4] Er is een pooled positive likelihood ratio (= de kans op een positief resultaat bij zieken / de kans op een positief resultaat bij niet zieken) van 3.48 (95% CI 1.66-7.27) en een pooled negative likelihood ratio van 0.6 (95% CI 0.45-0.8) voor de predictie van proteïnurie (300 mg/24 uur) berekend.

[5] Eigenlijk worden er in de KCE richtlijn 10 raadplegingen voor een primigravida en 7 raadplegingen voor een multigravida aanbevolen in het geval van een normale zwangerschap.

### 1.2.3 Determinanten van kwaliteitsvolle zwangerschapsbegeleiding volgens zwangere vrouwen en hulpverleners

Ondanks het bestaan van deze zinvolle taakverdeling tussen huisarts en gynaecoloog wordt er in de eigen opleidingspraktijk slechts zelden gebruik van gemaakt. Ook Dr. Barbara Baert en Dr. Melanie Jacobs (6) merkten tijdens hun opleidingsjaren 2011-2012 tot huisarts dat deze richtlijn van Domus Medica zelden wordt opgevolgd. Daarom startten zij een prospectief kwalitatief onderzoek naar de kennis, de attitude en de verwachtingen van zwangere vrouwen over zwangerschapsopvolging. Men kon vaststellen dat de **infrastructuur** beschikbaar in een praktijk een belangrijke rol speelt: zwangere vrouwen verwachten allen geruststelling omtrent de gezondheid van hun ongeboren kind, hetgeen zij vertalen naar de noodzaak tot een maandelijkse ***echografie***. Vandaar dat zwangere vrouwen vaak een opvolging enkel door de gynaecoloog verkiezen – immers, de richtlijn van Domus Medica voorziet slechts drie echografieën per zwangerschap. De huisarts zou hierop wel kunnen inspelen: de beschikbaarheid van een ***Doppler*** toestel kan een reden zijn voor zwangere vrouwen om toch naar de huisarts te gaan, gezien hiermee het hartje van de baby kan beluisterd worden. Onder infrastructuur in de huisartsenpraktijk vallen ook ***bloedafnames*** en ***urine onderzoeken***, waarbij zwangere vrouwen echter opmerken dat beiden vaak georganiseerd worden binnen het ziekenhuis in plaats van door te verwijzen naar de huisarts. Dergelijke **organisatie** beïnvloedt uiteraard negatief de ***continuïteit van zorg die de huisarts aanbiedt***, hetgeen de richtlijn van Domus Medica probeert te voorkomen door de zwangere vrouw zelf haar medische gegevens te laten beheren. Dit zou de ***communicatie*** tussen de verschillende behandelende artsen kunnen faciliteren, immers, zwangere vrouwen vertellen niet graag twee maal hun verhaal. In vele gevallen speelt ook de ***continuïteit van zorgverlener*** een rol: zwangere vrouwen zien de gynaecoloog als de arts die ook hun bevalling zal doen en willen tijdens de hele zwangerschap werken aan die arts-patiënt vertrouwensrelatie. Maar, de huisarts kan nog steeds een meerwaarde betekenen voor de toekomstige moeders, aangezien de huisartsgeneeskunde ervaren wordt als ***laagdrempelig*** en makkelijk ***bereikbaar***. Ook is er de perceptie dat de huisarts meer ***tijd*** kan vrijmaken voor vragen en informatie in vergelijking met de specialist, hetgeen - naast een ***persoonlijke opvolging*** - een andere manier kan zijn om zwangere vrouwen gerust te stellen over de gezondheid van hun ongeboren kind. Dit zijn één voor één voorbeelden van **arts gebonden factoren.** Verder wordt in deze studie de nadruk gelegd op het interpreteren van deze resultaten binnen de Belgische context: op dit moment worden zwangere vrouwen in België inderdaad meestal opgevolgd uitsluitend door de gynaecoloog en ***"onbekend maakt onbemind"***. Vandaar dat een tijdige communicatie met toekomstige zwangere vrouwen over gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog absoluut noodzakelijk is. (6)

Zoals eerder vermeld, is er meer en meer evidentie dat de kwaliteit van prenatale zorg belangrijker zou kunnen zijn dan de kwantiteit. Kwaliteit meten is intuïtief moeilijker dan kwantiteit meten. De studie van Sword et al. (7) in 2012 in Canada wou een eerste

aanzet geven voor dit meetproces door zwangere vrouwen en prenatale zorgverleners – gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw en verpleging – te bevragen over de betekenis van kwaliteitsvolle prenatale zorg. De interview guide was gebaseerd op het **model van Donabedian i.v.m. kwaliteitsvolle gezondheidszorg**: dit model omvat drie aspecten van zorg, namelijk structuur, processen – klinisch en interpersoonlijk – en outcomes. (7) De **structuur van prenatale zorg** valt uiteen in een aantal determinanten die bijdragen tot een kwaliteitsvolle prenatale zorg: toegang, setting en type zorgverlener. ***Toegankelijkheid*** betekent voor alle zwangere vrouwen de mogelijkheid hebben om prenatale zorg *voldoende vroeg* te starten en dit bij een *zorgverlener naar keuze*. *Fysieke toegankelijkheid* – dit wil zeggen: dichtbij huis en/of werk, dichtbij busstop, met gratis of goedkope parking – is daarbij mooi meegenomen. Prenatale zorgverleners benadrukken enige *flexibiliteit in de consultatie uren* en zwangere vrouwen verwachten zelfs beschikbaarheid van hun prenatale zorgverlener buiten de geplande consultatie uren. Verder wordt de prenatale zorgverlener verondersteld te voorzien in *educationele toegang* via boeken, folders en video's. Zowel zwangere vrouwen als hun zorgverleners hechten belang aan de *privacy* die een bepaalde ***setting*** – consultatieruimte – te bieden heeft. Aangezien veel zwangere vrouwen rugproblemen hebben, is het aangewezen om *comfortabele stoelen* te voorzien. Hoe meer ervaring een prenatale zorgverlener heeft – zowel *praktijkervaring* als *persoonlijke ervaring* – hoe meer zelfvertrouwen en vertrouwen er kan zijn. Dit speelt doorgaans mee in de keuze van ***type zorgverlener***. (7) **Klinische zorgprocessen** omvatten de toepassing van ***evidence-based medicine*** in combinatie met het betrekken van zwangere vrouwen in hun eigen zorg – ***'patient empowerment'***. *Gezondheidspromotie en preventie van ziekte* vinden zowel zwangere vrouwen als hun zorgverleners belangrijk. Rookstop moet besproken worden en medische risicofactoren dienen geïdentificeerd te worden. Ook intrafamiliaal geweld en financiële zorgen moeten bevraagd worden. Algemeen is informatie rond voeding en een aanvaardbare gewichtstoename wenselijk. Wat betreft *screening* verwachten zwangere vrouwen testen en metingen om te bevestigen dat hun zwangerschap normaal verloopt – ter geruststelling –, terwijl prenatale zorgverleners de huidige richtlijnen willen volgen. *Informatie delen* met de zwangere vrouw wordt alsmaar belangrijker: men wil graag alle informatie krijgen en begrijpen zodat het zelfvertrouwen kan toenemen. En men bedoelt echt alle informatie – ook al betekent dit misschien extra stress tijdens de zwangerschap – zodat men de tijd heeft om zich op alles voor te bereiden. *Continuïteit van zorg* betekent soms continuïteit van zorgverlener: sommige zwangere vrouwen verkiezen één prenatale zorgverlener tijdens de hele zwangerschap. Anderen verkiezen een zorgverlener met wie er al een vertrouwensband is, nog voor de start van de zwangerschap, bijvoorbeeld de huisarts. Het *niet medicaliseren van zwangerschap en geboorte* wordt vooral door zwangere vrouwen en vroedvrouwen positief benoemd. Prenatale zorgverleners willen meer en meer niet uitsluitend de zwangerschap begeleiden, maar ook de zwangere vrouw zelf en haar omgeving. Daarbij moet er rekening worden gehouden met de prioriteiten in het leven van de zwangere vrouw zelf, en niet alleen met de medische prioriteiten. Vrouwen ervaren deze *doelgerichte zorg* als positief omdat ze meer de controle bij zichzelf kunnen houden. (7)

**Interpersoonlijke zorgprocessen** weerspiegelen psychosociale aspecten in de interactie tussen zwangere vrouwen en hun prenatale zorgverlener(s). Beiden vinden een *respectvolle attitude* – zonder vooroordelen – belangrijk. Zwangere vrouwen verwachten dat hun zorgen niet geminimaliseerd worden. Dit kan door te luisteren, empathisch te zijn, gevoelens te benoemen en te begrijpen, als een vorm van *emotionele steun*. Voldoende *tijd nemen* per consultatie wordt meer en meer erkend: zwangere vrouwen willen hun vragenlijst kunnen aflopen zonder een gevoel van schuld en prenatale zorgverleners willen voldoening uit hun job halen. (7)

### 1.2.4 Evolutie in de betrokkenheid van huisartsen bij zwangerschapsbegeleiding in Europa

In de jaren **1993/1994** werd door Boerma en Fleming (9) een studie uitgevoerd bij huisartsen in Europa, waarbij onder andere de volgende vraag werd gesteld: "Bent u betrokken bij de volgende activiteiten: intrapartum zorg; routine antenatale zorg; standaard vaccinatieschema voor kinderen; pediatrische consultaties onder de leeftijd van 4 jaar; anticonceptie advies; homeopathie?" Op dat moment bestond de **Europese Unie** uit 12 landen: **66%** van de deelnemende huisartsen meldden **betrokkenheid bij antenatale zorg**, in vergelijking met slechts **15% betrokkenheid bij intrapartum zorg**. Enkel in Ierland, UK, Denemarken en Portugal leek antenatale zorg integraal deel uit te maken van de huisartsgeneeskunde, aangezien 90% van de deelnemende huisartsen aldaar meldden antenatale zorg te leveren. Voor **België** waren er 496 deelnemende huisartsen: **60-90%** ervan zou betrokken zijn bij **antenatale zorg**, in vergelijking met **20-40%** betrokkenheid bij **intrapartum zorg**. (9)

De Scandinavische landen en Nederland hebben de reputatie om het geboorteproces te zien als een normaal, fysiologisch proces met als gevolg lage percentages van interventies. In ***Noorwegen*** wordt de *antenatale zorg* meestal uitgevoerd door *huisartsen*, waarbij zwangere vrouwen pas doorschuiven naar de tweede lijn op het moment van de arbeid. De *bevalling zelf* wordt doorgaans begeleid door een *vroedvrouw*, onder supervisie van een gynaecoloog. In ***Denemarken*** bestaat een systeem van *gedeelde antenatale zorg tussen huisartsenpraktijk, vroedvrouw en ziekenhuis*. Het antenatale programma omvat 3 consultaties bij de huisarts, minimum 5 consultaties bij een vroedvrouw en 1 consultatie in het ziekenhuis zelf. De *geboorte zelf* vindt doorgaans plaats in het ziekenhuis, begeleid door een *vroedvrouw* die bij complicaties de hulp kan inroepen van een gynaecoloog. In ***Nederland*** gebeurden in ***1965*** *meer dan 2/3den van de bevallingen thuis*, waarvan de helft begeleid door huisartsen en de andere helft door vroedvrouwen. Bevallen in het ziekenhuis kon enkel na doorverwijzing naar een gynaecoloog omwille van een bestaande pathologie of een verhoogd risico op complicaties. Als maatregel om de toenemende 'onterechte' doorverwijzing naar een gynaecoloog tijdens de jaren 1960 en 1970 te reduceren, werd aan zwangere vrouwen zonder complicaties de mogelijkheid gegeven om toch te bevallen in het ziekenhuis, onder begeleiding van hun huisarts of 'een' gynaecoloog (waardoor de normale zwangerschap dus niet werd opgevolgd), echter zonder resultaat. In 1998 vond 60% van

alle bevallingen plaats onder supervisie van een gynaecoloog, omwille van een bestaande pathologie of een verhoogd risico op complicaties. (10)

Huisartsen doen niet alleen minder bevallingen per jaar, in 1991 was ± 40% van de huisartsen ook van mening dat intrapartum zorg geen integraal deel meer uitmaakt van de huisartsgeneeskunde. De meest frequente **redenen** waarom huisartsen wensen te **stoppen met intrapartum zorg** zijn: *ontoereikend aantal casussen* om competentie op te bouwen (18%), vestiging van een *vroedvrouw* in de buurt (15%), verstoring van de routine in de consultatie uren met een *verhoogde werklast* (13%) en *medicolegale redenen* (8%). Deze verminderde betrokkenheid van huisartsen bij 'maternity care' wordt gecompenseerd door een toenemende betrokkenheid van vroedvrouwen, maar vooral van gynaecologen, hetgeen heeft geleid tot de zogenaamde medicalisering van zwangerschap en geboorte. (10)

### 1.2.5 Is het belangrijk dat huisartsen alsnog betrokken worden bij zwangerschapsbegeleiding?

Huisartsgeneeskunde wordt getypeerd door een brede, globale benadering van de patiënt. Andrew Coco (11) onderzocht in 2009 in welke mate andere medische problemen – niet zwangerschapsgebonden – ook aan bod kunnen komen tijdens prenatale consultaties. Daartoe werden consultaties met als primair gecodeerde diagnose 'vaststelling zwangerschap', 'opvolging hoog risico zwangerschap', 'zwangerschapsgebonden probleem' en 'complicatie zwangerschap' geanalyseerd op het voorkomen van secundair en eventueel tertiair gecodeerde niet zwangerschapsgebonden diagnosen. Dit toonde dat meer dan twee keer zo veel prenatale consultaties bij de huisarts dergelijke secundaire en eventueel tertiaire diagnosen vermeldden in vergelijking met de prenatale consultaties bij de gynaecoloog. Hierbij dient opgemerkt te worden dat gynaecologen misschien niet de gewoonte hebben om andere niet zwangerschapsgebonden medische problemen te coderen in hun dossier. In elk geval kan de huisarts de drempel tot toegang tot zorg verlagen doordat een zwangere vrouw geen aparte consultaties moet plannen voor bijkomende medische problemen, maar deze onmiddellijk kan bespreken tijdens haar prenatale consultatie. (11)

In Nederland zijn vroedvrouwen en gynaecologen de belangrijkste zorgverleners voor vrouwen tijdens en kort na hun zwangerschap. Om de rol van de huisarts te achterhalen, onderzocht Feijen-de Jong et al. (12) in 2013 in welke mate zwangere vrouwen gebruik maken van de huisartsgeneeskunde tijdens hun zwangerschap en postnatale periode – 42 weken voor tot 42 dagen na de geboorte – en dit in vergelijking met niet zwangere, vruchtbare vrouwen gedurende eenzelfde willekeurige tijdsperiode. Binnen deze tijdsperiode van 336 dagen consulteerden zwangere vrouwen gemiddeld 3.6 keer, in vergelijking met 2.2 keer voor niet zwangere vrouwen. De meest voorkomende diagnosen bij zwangere vrouwen waren 'zwangerschap' en 'cystitis/urineweginfectie', in vergelijking met 'cystitis/urineweginfectie' en 'algemeen ziek, niet verder

gespecificeerd' bij niet zwangere vrouwen. Hieruit blijkt dat de huisarts alsnog een belangrijke zorgverlener is voor zwangere vrouwen – zowel voor zwangerschapsgebonden als niet zwangerschapsgebonden problemen – ook al gebeurt de zwangerschapsopvolging elders. (12)

### 1.2.6 Communicatie: een troef van de huisarts, maar ook een barrière voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding

In 2010 publiceerden Raine et al. (13) de resultaten van een exploratief onderzoek in Londen naar de ervaringen van vrouwen met communicatie binnen een prenatale zorgsetting. Hieruit blijkt dat er **meer integratie** nodig is van de eerste lijn in de prenatale zorg, zodat huisartsen *correct* kunnen *communiceren* en hun patiënten kunnen *gidsen doorheen de gedeelde opvolging*. (13) Zoals eerder vermeld, zal dit zeker in de Belgische context noodzakelijk zijn, aangezien zwangere vrouwen er meestal uitsluitend opgevolgd worden door de gynaecoloog. (6) Verder wordt **constructieve communicatie** binnen de prenatale zorg gekenmerkt door volgende elementen: *empathie*, *openstaan voor vragen*, *voldoende tijd* voorzien om bezorgheden te bespreken en *pro-actief contact* opnemen door de zorgverleners (bijvoorbeeld sms ter herinnering van een afspraak). (13) Ook verschillende zorgverleners van zwangere vrouwen lijken deze elementen belangrijk te vinden om blijvende voldoening uit hun job te halen. (7) Vrouwen rapporteren slechte ervaringen wanneer zij geen duidelijk schema meekrijgen van de gedeelde opvolging, met als gevolg verwarring over de taakverdeling tussen de verschillende zorgverleners en vragen rond het nut van bepaalde consultaties. (13) Hierop kunnen we reflecteren dat de huidige huisartsenopleiding perfect voorziet in de nodige communicatietraining. De huisarts kan dus zijn communicatievaardigheden gebruiken als een troef om zwangere vrouwen toch voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding te laten kiezen. Anderzijds maakt dit ook duidelijk dat de huisarts zelf kan starten met het sensibiliseren van vrouwen voor gedeelde zwangerschapsbegeleiding, door een duidelijk zorgplan voor te leggen aan de patiënte (bijvoorbeeld het schema van Domus Medica – Tabel 1).

Zoals eerder vermeld, is communicatie tussen de eerste lijn en de tweede lijn echter ook een barrière om aan gedeelde zwangerschapsopvolging te kunnen doen. (4- 5) Nicolson et al. (14) hebben in 2005 geprobeerd om specifiek de communicatie vanuit drie verschillende ziekenhuizen naar huisartsen toe te verbeteren. Deze studie vond plaats in Australië, waar zwangere vrouwen doorgaans een eerste antenataal consult krijgen in het ziekenhuis. Indien zij een laagrisicoprofiel hebben, dan kunnen zij kiezen voor gedeelde zorg, dit wil zeggen: de antenatale consultaties gebeuren door zorgverleners buiten het ziekenhuis en de intrapartum zorg gebeurt binnen een publiek ziekenhuis. Door het individueel toewijzen van concrete verantwoordelijkheden i.v.m. communicatie – in de betrokken ziekenhuizen aan zogenaamde "shared care coördinators" – kon de communicatie naar huisartsen toe op verschillende domeinen verbeterd worden. Zo was er een statistisch significant verschil in de kennisgeving over de gedeelde zorg naar de huisartsen toe. Ook de informatie doorstroom van het

allereerste bloedonderzoek en van de allereerste echografie bleek geoptimaliseerd. Echter, verschillende aspecten van communicatie leken in deze studie ook problematisch te blijven, waaronder vooral de berichtgeving i.v.m. aanmelding of opname via de spoedafdeling. (14)
Als we hierop reflecteren binnen de Belgische context – waar zwangere vrouwen meestal uitsluitend door de gynaecoloog worden opgevolgd – dan weten we niet of er momenteel enige kennisgeving i.v.m. een gedeelde zwangerschapsbegeleiding naar elkaar toe gebeurt, hetgeen uiteraard een randvoorwaarde is om met elkaar te kunnen samenwerken.

# 2 ONDERZOEKSOPZET

## 2.1 Keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode: de focusgroep

Het doel van het onderzoek vertrok van de vaststelling dat vrouwen in de eigen opleidingspraktijk wel gezien worden voor een (pre)conceptie consult, maar nadien voor het verdere verloop van de zwangerschap uitsluitend opgevolgd worden door de gynaecoloog. Daarbij rezen vragen over de haalbaarheid van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog, specifiek vanuit het standpunt van deze twee hulpverleners. Alhoewel er voor de huisarts een duidelijke richtlijn voorhanden is i.v.m. een gedeelde zwangerschapsbegeleiding, was het niet de bedoeling om deze richtlijn van Domus Medica onmiddellijk te proberen implementeren in de opleidingspraktijk. Immers, misschien is er in de regio Eeklo doorheen de tijd een andere context gegroeid, waarbij het 'normaal' is dat zwangerschapsbegeleiding uitsluitend een taak is van de gynaecoloog. Om deze context te verkennen, werd er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode: wat zijn de ervaringen, de ideeën, de verwachtingen, de eventuele bezorgheden i.v.m. een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en zijn er verschillen tussen vroeger en nu – dit alles vanuit het perspectief van de regionale gynaecologen en huisartsen.

Om data te verzamelen, werd er niet gekozen voor face-to-face interviews met huisartsen en gynaecologen, maar wel voor focusgroepen met deze twee soorten hulpverleners. In focusgroepen beïnvloeden mensen elkaar en is er een ontwikkeling van een groepsdiscussie: het kan worden gezien als een soort begeleide gestructureerde discussie. Dit is fundamenteel anders dan bij een face-to-face interview. Er werd vooropgesteld om één focusgroep te organiseren met gynaecologen en drie tot vier focusgroepen met huisartsen.

## 2.2 Rekruteren van de studiepopulatie

Om de focusgroep met de gynaecologen te organiseren, werd contact opgenomen met dokter Michel Bafort, werkzaam als gynaecoloog in het AZ Alma in Eeklo. Via hem werd de informatiebrief[6] naar de andere 4 gynaecologen uit het AZ Alma in Eeklo verstuurd. De focusgroep vond plaats op 22 mei 2014, waarbij er uiteindelijk 3 van de 5 gynaecologen aanwezig waren.

Om de focusgroepen met de huisartsen te organiseren, werd contact opgenomen met mevrouw Barbara Van Houte, zorgtrajectpromotor voor de lokale multidisciplinaire netwerken van het Oost-Meetjesland en het West-Meetjesland. Via haar werd een lijst bekomen met de contactgegevens van alle LOK-verantwoordelijken voor de huisartsenkringen Omehak en Wemehak. Aangezien de regio's ten zuiden van Eeklo makkelijker samenwerken met de ziekenhuizen in Gent en de regio's ten westen van

[6] Zie bijlagen: informatiebrief voor huisartsen en gynaecologen.

Eeklo makkelijker samenwerken met het ziekenhuis in Brugge werd er gekozen om contact op te nemen met LOK-verantwoordelijken uit de noordoostelijke regio's. Op die manier kon een focusgroep georganiseerd worden via een LOK-vergadering – voor de regio Assenede, Boekhoute en Ertvelde op 18 juni 2014 en voor de regio Kaprijke, Sint-Laureins, Bassevelde en Oosteeklo op 19 september 2014. Mijn praktijkopleider is zelf LOK-verantwoordelijke voor de regio Eeklo en hij organiseerde een LOK-vergadering om de focusgroep te laten doorgaan op 26 juni 2014.

## 2.3 Verloop van een focusgroep en analyse van de focusgroepen

Bij elk focusgroep interview waren ofwel enkel huisartsen, ofwel enkel gynaecologen aanwezig, dit om in alle openheid reacties te kunnen geven. Aangezien de organisatie voor huisartsen verliep via een LOK-vergadering, waren er tijdens het focusgroep interview enkel huisartsen van die LOK-groep aanwezig.

Tijdens elke focusgroep werd er gestart met een korte power point presentatie van 6 slides ter inleiding. Daarbij werd duidelijk waarom er gekozen is voor een kwalitatief onderzoek, op welke manier zo'n focusgroep verloopt en wat er verwacht wordt van de respondenten, en op welke manier de resultaten kunnen bijdragen tot een verandering in de toekomstige organisatie van zwangerschapsbegeleiding. Na deze mondelinge informatie kregen de respondenten de tijd om dezelfde informatie nog eens schriftelijk na te lezen via een brief, waarna hen gevraagd werd om het toestemmingsformulier[7] te ondertekenen. Voor de start van het interview zelf werd er nog gevraagd om een korte vragenlijst[8] in te vullen. Deze was vooral bedoeld om een aantal demografische gegevens over de studiepopulatie te verzamelen, maar er werden ook een aantal 'ja-neen' vragen i.v.m. zwangerschapsbegeleiding opgenomen.

De focusgroep zelf werd afgenomen met behulp van een vooraf opgestelde interview guide[9]. Er werd gekozen om te werken met dezelfde interview guide als Dr. Ann-Sophie Phyfferoen en Dr. Stefanie Vermandere in hun zoektocht naar barrières en bevorderende factoren voor een gedeelde zwangerschapsopvolging in de regio Roeselare. (5) Op die manier is er de mogelijkheid om nadien de resultaten verkregen uit hun kwalitatief onderzoek te vergelijken met onze resultaten. Op basis van het literatuuronderzoek werden er nog 4 nieuwe vragen aan deze interview guide toegevoegd. In de praktijk werd deze interview guide niet vraag per vraag overlopen: dit werd enkel gebruikt als een soort van checklist door de begeleider en de eventuele observator(en) om te bewaken dat ongeveer elk topic aan bod was gekomen. De begeleider heeft enkel open vragen gesteld. De respondenten konden vervolgens vertellen en inpikken op elkaar.

[7] Zie bijlagen: toestemmingsformulier voor artsen.

[8] Zie bijlagen: vragenlijst gynaecologen (10 vragen) en vragenlijst huisartsen (15 vragen).

[9] Zie bijlagen: interview guide – vragen in rood zijn extra nieuwe vragen.

Elke groepsdiscussie werd opgenomen op tape en op video. Elk focusgroep interview duurde 60 tot 75 minuten. Deelname aan dit onderzoek werd niet vergoed. Voor de huisartsen telde deelname aan dit onderzoek wel mee voor één van de LOK-vergaderingen. Deelname aan dit onderzoek was uiteraard niet verplicht.

Elk focusgroep interview werd woord per woord uitgetypt in een apart Word document. Vooraleer te starten met de analyse, werden bepaalde hoofdstukken uit het boek *"Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden"* door Mortelmans (15) doorgenomen en besproken met de co-promotor. Elk focusgroep interview werd uitgeprint en handmatig gecodeerd: bij elk stukje tekst werd nagedacht over de inhoud ervan – eventueel te plaatsen in de bredere groepsdiscussie van een focusgroep – en vervolgens werd beslist of deze inhoud relevant was voor de onderzoeksvraag. Indien relevant werd er gezocht naar een passende omschrijving onder de vorm van een code. Na deze fase werden de codes overlegd met de co-promotor, en indien nodig aangepast.

Alle codes werden opgesomd in een Excel document: op die manier kon er nagegaan worden hoeveel keer een bepaalde code over de focusgroepen heen aan bod was gekomen en konden er meteen ook interessante en opvallende citaten aan toegevoegd worden. Het axiale coderen – het zoeken naar thema's die terugkomen en het leggen van verbanden – werd gedaan samen met de co-promotor. Hiervoor werd elke code apart genoteerd op een post-it en dit met een bepaalde kleurcode: groene post-its bevatten codes die gedeelde zwangerschapsbegeleiding zouden kunnen faciliteren, rode post-its bevatten codes die gedeelde zwangerschapsbegeleiding zouden kunnen belemmeren. Op die manier werd er geprobeerd om al deze codes te plaatsen binnen het model van Donabedian i.v.m. kwaliteitsvolle gezondheidszorg – naar analogie met hetzelfde soort kwalitatief onderzoek in Roeselare. (5) De belangrijkste resultaten zullen hieronder uiteraard worden toegelicht met verschillende citaten.

## 2.4 Beschrijving van de studiepopulatie

Er hebben 3 gynaecologen (1 man, 2 vrouwen) uit het AZ Alma in Eeklo deelgenomen aan de focusgroep. De gemiddelde leeftijd binnen deze groep is 54 jaar. Wat betreft organisatie van hun praktijk wordt er gemiddeld 27 minuten per consultatie voorzien en de wachten zijn nog niet georganiseerd. Enkel de mannelijke gynaecoloog geeft aan de richtlijn van Domus Medica te kennen. Alle gynaecologen geven aan de huisarts te informeren bij vaststelling van een zwangerschap en sommige zwangerschappen worden ook afwisselend opgevolgd. Eén vrouwelijke gynaecoloog gebruikt systematisch het boekje van Kind en Gezin. Alle vrouwen consulteren de gynaecoloog ook voor niet zwangerschapsgebonden problemen, waarvoor alle gynaecologen hen doorverwijzen naar de huisarts. Alle gynaecologen zijn bereid om regelmatig bijscholing te geven i.v.m. zwangerschapsbegeleiding.

Tabel 2: demografische en praktijkorganisatorische gegevens van deelnemende huisartsen

| | LOK 1 HA | LOK 2 HA | LOK 3 HA |
|---|---|---|---|
| **Aantal huisartsen** | 12 | 14 | 14 |
| **Mannelijk geslacht** | 10 (83.3%) | 9 (64.3%) | 10 (71.4%) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gemiddelde leeftijd (jaren)** | 51 [27-64] | 49 [29-70] | 51 [26-66] |
| **Tijd per consultatie (minuten)** | 16 [10-20] | 17 [15-20] | 16 [15-20] |
| **Praktijkorganisatie** | 2 vrije consultaties<br>6 afspraak<br>4 gemengd | /<br>5 afspraak<br>9 gemengd | 2 vrije consultaties<br>2 afspraak<br>10 gemengd |
| **Praktijkvorm** | 7 solo<br>3 duo<br>2 groep | 3 solo<br>8 duo<br>3 groep | 6 solo<br>8 duo<br>/ |
| **Praktijksetting** | landelijk | stedelijk | landelijk |
| **Nog eigen praktijkwachten** | 0 | 4 | 2 |
| **Kennis van Domus Medica richtlijn (geslacht, leeftijd in jaren)** | 1 (M, 27) | 6 (M, 29<br>V, 31<br>V, 38<br>V, 43<br>V, 52<br>V, 55) | 6 (M, 36<br>M, 57<br>M, 66<br>V, 36<br>V, 26<br>V, 41) |
| **(Pre)conceptie consult bij de huisarts** | 11 (91.7%) | 14 (100%) | 13 (92.9%) |
| **Samenwerking met de gynaecoloog tijdens de zwangerschap** | 7 (58.3%) | 11 (78.6%) | 7 (50%) |
| **Niet zwangerschapsgebonden problemen bij de huisarts** | 11 (91.7%) | 12 (85.7%) | 13 (92.9%) |
| **Communicatie vanuit de gynaecoloog met de huisarts (KG = boekje Kind en Gezin)** | 4 weinig tot geen<br>5 elektronisch<br>2 combinatie elektronisch+labo+KG<br>1 combinatie elektronisch+labo<br>/ | 3 weinig tot geen<br>6 elektronisch<br>2 combinatie elektronisch+labo+KG<br>3 combinatie elektronisch+labo<br>/ | 3 weinig tot geen<br>6 elektronisch<br>1 combinatie elektronisch+labo+KG<br>3 combinatie elektronisch+labo<br>1 labo |
| **Bevallingen doen als huisarts** | 0 | 0 | 0 |
| **Doppler toestel in de praktijk** | 7 (58.3%) | 11 (78.6%) | 5 (35.7%) |
| **Doppler toestel aanschaffen** | 4/5 (80%) | 0/3 | 6/9 (66.7%) |
| **Bijscholing volgen** | 11 (91.7%) | 11 (78.6%) | 10 (71.4%) |

## 2.5 Ethisch Comité

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent (Belgisch registratienummer B670201420569).

# 3 RESULTATEN

De hieronder beschreven resultaten geven weer wat de ervaringen, de ideeën, de verwachtingen en de eventuele bezorgdheden zijn i.v.m. een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog, en dit vanuit het perspectief van deze twee hulpverleners. Om dit op een gestructureerde manier te kunnen doen, is gebruik gemaakt van het model van Donabedian i.v.m. kwaliteitsvolle gezondheidszorg. In dit zorgmodel worden 3 gebieden in de zorg onderscheiden: de structuur van de zorg – hier vervangen door de context van zwangerschapsbegeleiding – , het proces van de zorg – met de rol van de verschillende zorgverleners, de patiënt, de communicatie en de concrete taakinvulling – en het resultaat van de zorg. Omdat er veel tips gegeven zijn naar de toekomst toe, zal er ook aandacht worden besteed aan de verbetering van de zorg.

## 3.1 De context van zwangerschapsbegeleiding

### 3.1.1 De organisatie van de gezondheidszorg in België

Vele huisartsen zijn van mening dat de huidige organisatie van de gezondheidszorg in België een gedeelde zwangerschapsbegeleiding bemoeilijkt. Zo bestaat er geen verplichte verwijzing in België en kunnen patiënten ook vrij een huisarts kiezen, waaraan ze niet gebonden zijn. Dit is ten koste van de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt.

*'-We hebben ook een systeem waarbij de patiënt vrij en zelf kan kiezen: ik ga naar dienen specialist en ik ga naar dienen specialist… Ik ga naar dienen huisarts… Dus uiteindelijk, wat vertrouwen heeft een patiënt in zijn huisarts? Neemt hij U als advocaat, als raadgever, als oplosser van zijn problemen, heeft hij weinig tijd, heeft hij veel tijd…? Ik noem maar op he… Dat is ons probleem…*
*- In ons systeem wordt er niets georganiseerd. De vrijheid, de vrijheid van de patiënt… En de prijs is zeer hoog… En wat zegt de overheid? Ah ja, kzal U een GMD geven: patiënt, als ge bij dezelfden huisdocteur gaat ist 2 euro goedkoper, das tenigste…*
*- Das eigenlijk lachwekkend he…*
*- Ja, maar in feite loopt het in Nederland ook alleen maar omdat er verplichte verwijzing is he… In Nederland kunnen ze niet voorbij ons voor hun zwangerschap naar de gynaecoloog, want ze moeten al zeker een verwijsbrief vragen. Dus, dan zitten ze oog in oog bij U, en dan zijt ge plots samen vertrokken.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Daarnaast vinden huisartsen dat er meer en meer een tendens is gegroeid om normale follow-up te laten doorgaan bij de specialist en acute problemen door te verwijzen naar de huisarts. Mogelijk speelt daarin het groeiende percentage vrouwelijke gynaecologen een rol. Een gedeelde zwangerschapsbegeleiding beoogt net het omgekeerde: de opvolging van een normale zwangerschap afwisselend laten verlopen tussen de huisarts en de gynaecoloog, zodat gynaecologen ook nog tijd over hebben voor acute pathologie.

*'- Tzijn der zodanig veel. Als ge kijkt naar Sint-Lukas, hoeveel gynaecologen zijn der daar? 15 of 20?*
*- Ja, maar der zijn der veel die maar beperkt werken he… Bij een aantal vrouwen is dat zeer beperkt*

*he, een aantal uurkes, en dat zijn dan alleen controles he…*
*- Waarom doen ze alleen controles? Ze kunnen alles plannen op voorhand: dienen dag werken ze van dat tot dat uur, dienen dag van dat tot dat uur, en ze hebben gedaan he, ze sluiten den boel en ze zijn weg…' (focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Er mag niets mis gaan, je zit al met zo'n druk van ik moet hier 60 mensen bv. zien, waaronder 20-30 routine zwangeren, en als er iets mis is, is er eigenlijk geen tijd meer om er veel aandacht aan te besteden.' (focusgroep 4: LOK 3 HA)*

### 3.1.2 De organisatie rond de echografie en de bevalling

Vroeger verwezen huisartsen hun patiënten dikwijls naar de dienst radiologie voor een eerste echografie uit angst voor geen terugverwijzing door de gynaecoloog. Nu vinden zowel huisartsen als gynaecologen de radioloog niet langer bekwaam om een eerste echografie uit te voeren. Wel vinden huisartsen dat er nu te veel niet terugbetaalde echo's bij de gynaecoloog gebeuren, hetgeen een huisarts uiteraard niet kan aanbieden. Ook de gynaecologen geven aan dat ze deze druk vanuit de patiënt voelen en omwille van de plethora daar ook rekening mee houden.

*'-Uiteindelijk kunt ge als huisarts denk ik niet op tegen de maandelijkse controle bij de gynaecoloog, en dus, ze maken daar een sport van van alle maanden echo's te doen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'-Tis wel zo dat het meer en meer beoogd om elke consultatie een echo te doen… Mensen die er echt staan voor te zagen van "ale, kom…" Das meer en meer dus eum…*
*- Awel, jullie houden daar ook allemaal vrij veel rekening mee he, met de wens van de patiënt?*
*-Ja, te veel denk ik… ik denk te veel… Maar dat is eigen aan ons concurrentieel systeem he, dat is de fout die der gewoon in zit.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Toch mag een niet terugbetaalde echo niet altijd bestempeld worden als een pretecho. Medicolegaal gezien geeft een niet terugbetaalde echo wat meer tijd aan de gynaecoloog om alles rustig na te kijken en zo nodig te herevalueren. Aldus lijkt het haalbaar om via gedeelde zwangerschapsbegeleiding het aantal echomomenten te verminderen, echter niet tot een maximum van 3 – zoals voorgesteld in de Domus Medica richtlijn. Gynaecologen ervaren immers dat zwangere patiënten tevreden zijn met een tussentijdse controle bij de huisarts. Gedeelde zwangerschapsbegeleiding verdient daarom de voorkeur boven een eventuele nationale financiële maatregel – bijvoorbeeld alle echo's effectief betalend maken voor de patiënt.

*'- Ge moet het niet zo beschouwen he… Ik denk dat een korte echo wel kan, en dan heb je een dynamische follow-up he, met een checklist.*
*- Maar dat doen we dus wel he, die 3 echo's zijn op een vast tijdstip met een checklist – dat en dat en dat moet allemaal gezien zijn – en aanvinken wanneer het gebeurd / gezien is… Maar, als die daartussen komen, heb je tijd om een aantal zaken te herbekijken.*
*- In het eerste trimester ist er al enen bijgekomen met die Down screening, die ook niet terugbetaald is en die ook wel effen tijd vraagt.*
*- Dan tussendoor, pfff, ja… krijg ge een idee van "tgroeit goed" enzovoort, maar daar ga je toch wel iets vlotter overheen. Wat je wel hebt, dat is – als je dan toch nog eens kijkt – dat je diene keer iets*

*opmerkt dat je tevoren niet had gezien. Dus het heeft toch wel een functie. Maar, dan moet je bijna zeggen van: ja, als jullie een zwangerschap willen volgen, moet er bij jullie allemaal een echotoestel staan, om dan ook mee in die prent te kunnen stappen.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'-Hoe kunnen we een rem opbouwen bij de patiënt voor het teveel aan echo's? … Door het misschien effectief betalend te maken?*
*- Dat is een stuk lokale afspraak dan?*
*- Ook nationaal he… Of, je zou het ook kunnen doen afwisselend he… Als we ze dan kunnen doorsturen naar jullie, en dat gaat afwisselend… Dat contact met de huisarts maakt mensen doorgaans tevreden.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Verschillende huisartsen hebben vroeger veel en graag bevallingen begeleid. Financieel gezien is dat nu echter niet meer haalbaar. Daarnaast vormen in de huidige maatschappij de medicolegale aspecten bij het uitvoeren van een bevalling een belangrijke barrière. Patiënten verwachten ook 100% beschikbaarheid van hun huisarts.

*'- En in den tijd bracht dat ook niets op he… Dat was 150 euro per bevalling en dat was alles in… En als ge daar uren en uren instak… Ten eerste was het dus te weinig betaald, want de gynaecologen hebben vroedvrouwen voor de arbeid en stormen dan binnen voor de bevalling.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Tis ook zo dat eum… op de moment dat onze burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering is gegaan van 250 euro naar 2500 euro als ge bevallingen deed, dat wij afgehaakt hebben.*
*- Inderdaad, nu gebeurt 5% van de bevallingen nog door huisartsen en 95% door gynaecologen.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*-'Ik zou het eigenlijk aan jonge collega's niet aanraden, ale, niet om mij te beschermen he… Maar ik zou hen niet aanraden van nog bevallingen te doen. Omdat het risico te groot is… En de mensen zijn juist daarin – dus in de gezondheid van moeder en kind – zooooo twitchy, zooooo gevoelig…' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'-Ik vond dat in den tijd zeer belastend… Want bij een gynaecoloog verstaan ze dat hij er soms niet is, en dat er een andere gynaecoloog komt, maar bij een huisarts verstaan ze dat niet… Ge moet – als ge U engageert voor bevallingen – kunt ge U niet permitteren van dan 9 maand nadien toevallig in verlof te zijn.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

### 3.1.3 De visie van de maatschappij

In onze huidige maatschappij is zwangerschapsbegeleiding bij de huisarts niet meer ingeburgerd en huisartsen beseffen dit ook. Vaak spelen familie en vrienden hierin een belangrijke rol.

*'- … want zelfs als de patiënt ja geknikt heeft (voor gedeelde opvolging), een uurtje later zit ze bij een vriendin of bij de moeder of bij de zus: "Ja, ge gaat dat toch niet doen? Naar den huisarts gaan? Ge zijt zwanger, ge moet naar den gynaecoloog…".' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Dat is iets uit de verleden tijd voor hen (voor zwangere vrouwen dan he), dat is iets dat vrouwen onder mekaar zeggen, de volksmond he… "Ge zijt gij zot zeker…".' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Het feit dat gynaecologen vaak een andere visie hebben op zwangerschap en op bevalling bemoeilijkt een gezamenlijke opvolging. Huisartsen zetten zich typisch af tegen deze medicalisering. Voor patiënten kan dit verwarrend overkomen. Misschien hebben sommige patiënten wel het gevoel dat hun huisarts onverschillig is, niet betrokken wil zijn of onbekwaam is.

*'- Dus, ik denk dat wij als huisarts ergens zeker wel bereid zijn om iets op te nemen. Maar, eigenlijk, ik heb een goede vriendin die gynaecologe is, en als ik daarmee praat… Das gelijk dat wij echt naast mekaar aant praten zijn he… Das zo van: "Oeioeioei, maar das allemaal zo gevaarlijk…". Zij hebben een andere visie op een zwangere vrouw, daar begint het al. Als ze dan natuurlijk die visie overbrengen op de zwangere vrouw, ja, dan gaat die vrouw er zeker niet aan denken om naar de gewone huisarts te gaan.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ik vind zwangerschappen begeleiden gevaarlijk. Er zijn dingen die simpeler zijn in de geneeskunde dan dat.*
*- Der is veel na te kijken.*
*- En het is op eigen verantwoordelijkheid als het fout gaat.*
*- Dat ook he, dat heeft het toch in de loop van de jaren veel "triccy-er" gemaakt… eum… het feit dat mensen…*
*- Wij mogen niets missen he. Nu, medicolegaal, ik wil dat wel zeggen: ik sta daarmee op en ik ga daarmee slapen.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Tis ook geen ziekte he, zwangerschap… Ik zeg dat ook altijd: "Tis geen ziekte he…" Ik zeg dat tegen de patiënt.*
*- Maar men maakt het complex in de hoop dat al de superieure ziekenhuis instanties daarin hun zeg kunnen doen. Maar, uiteindelijk is een zwangerschap de normaalste zaak van de wereld he.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Verschillende huisartsen geven aan dat een zwangerschap niet alleen gemedicaliseerd wordt, maar ook gecommercialiseerd wordt. Daarbij komen als argumenten de niet terugbetaalde echo's en de 3D-echo's terug. Enige vorm van sensibilisatie vanuit de maatschappij lijkt niet haalbaar, omdat echo's nu eenmaal niet schadelijk zijn.

*'- Wel, ik verschiet toch dat dat zo gecommercialiseerd wordt… eigenlijk die zwangerschapsbegeleiding en zo… Vanuit politiek oogpunt kan er nog veel bezuinigd worden. Maar ja, die 3D-echo's betalen ze zelf. Maar ja, om de 2 weken een consult, daar betaalt de maatschappij voor he.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Om nog eens terug te komen op die pretecho: denk je dat er daar iets aan te doen is als huisartsen, gynaecologen, de overheid, … daarover op eenzelfde manier zouden communiceren?*
*- Ik denk dat je het niet kan verbieden, zeggen van "Neen, ge moogt dat niet hebben". Er is nergens een wetenschappelijke basis om te zeggen dat het slecht is. Ik denk dat het maatschappelijk niet meer anders kan.*
*- Sensibilisatie, dat is het enige wat je kan doen, gelijk met de antibiotica…*
*- Maar daar is een reden voor, daar is een wetenschappelijke basis voor. Daar kunt ge zeggen van "Dat is schadelijk", maar van dienen echo… Ale, ge kunt het hart van den baby horen, dat is niet schadelijk he…' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Gelukkig zijn beide hulpverleners – ondanks hun verschillende opleiding en hun verschillende visie – het erover eens dat de kritiek op elkaar moet verdwijnen, zeker in de setting van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding.

*'- Tis ons al voorgevallen dat eum… jonge huisartsen die dachten zich te kunnen positioneren, eum… profileren, door ons aan te vallen, waar er inderdaad iets was misgegaan in de zwangerschap waar we eigenlijk niet echt direct iets konden aan doen. En dan ja, uiteindelijk loopt dat dan in een proces uit, waar dan uiteindelijk heel de groep verschrikkelijk slechter uitkomt. Maar, vooral ook de patiënt want die verliest uiteindelijk zijn procedure. Maar, waarom is dat gebeurd? Dat is gewoon uit profileringsdrang… en dat mag niet gebeuren, niet van de kant van de huisartsen, maar ook niet van onze kant. De omgekeerde verhalen kennen we ook he: "Maar madame, wat heeft hij U nu weer voorgeschreven?" Ale, het is zo eenvoudig, zo makkelijk om iemand van de collega's af te breken… in de wachtdienst of in een vervanging… jullie onder mekaar ook waarschijnlijk he… ale, jongens toch…*
*- Dat is een pest he…*
*- Dat moet eruit! We staan aan dezelfde kant! Er zijn meerdere keuzen mogelijk, er zijn meerdere manieren van geneeskunde en ge kunt niet zeggen: de ene is beter dan de andere… niet op voorhand, achteraf misschien wel, omdat je het resultaat al kent.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

## 3.2 Het proces van zwangerschapsbegeleiding

### 3.2.1 De spelers binnen zwangerschapsbegeleiding: de patiënt, de huisarts, de gynaecoloog en de vroedvrouw

*De rol van de patiënt bij de keuze i.v.m. zwangerschapsbegeleiding*

Zoals eerder vermeld, moeten artsen in België rekening houden met de wil – de autoriteit – van de patiënt. Hierdoor stuurt de patiënt vaak mee de opvolging van een zwangerschap. In de huidige cultuur zal er vaak gekozen worden voor een opvolging uitsluitend door de gynaecoloog, deels onder invloed van familie en vrienden en soms omdat de zwangere wil begeleid worden door de zorgverlener die de bevalling zal doen. Huisartsen zijn van mening dat gynaecologen – in de discussie omtrent een gedeelde zwangerschapsbegeleiding en in de discussie omtrent de niet terugbetaalde echo's – zich te veel wegsteken achter deze keuze van de patiënt.

*'-Eum, maar je zit natuurlijk nog altijd met één punt. Je zit met een patiënt voor jou die nog altijd een keuze maakt. Gij kunt zeggen van "Ge moet bij dienen gynaecoloog gaan", maar die gaat toch bij iemand anders… Of naar een ander ziekenhuis… eum… Ja, of een patiënt die zegt: "Ik wil alleen maar bij de gynaecoloog gaan".' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Maar ze steken zich altijd weg achter de keuze van de patiënt… En ja, dan stopt et he…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Eum, ik denk dat je daar ook het punt moet bij betrekken, eum, dat is het feit van de mensen die vragen om een pretecho… Eigenlijk, ik vind dat verkeerd, dus die echo's allemaal… Maar, wij worden dus gedwongen om daar dus medische akten te doen die niet betaald worden en die ook niet nuttig zijn… "We hebben onzen baby nog maar ne keer gezien"… Zij willen dienen baby gezien hebben he, voor de rest willen ze eigenlijk niks.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Toch durven gynaecologen te melden, zoals eerder vermeld, dat zwangere patiënten tevreden zijn als de huisarts betrokken wordt in de opvolging. Alleen wordt dit blijkbaar te weinig actief voorgesteld door de gynaecoloog. Huisartsen beseffen gelukkig dat ze ook zelf een rol kunnen spelen door patiënten beter te informeren over hun takenpakket. Patiënten weten immers zeer goed wat er allemaal moet gecontroleerd worden tijdens een zwangerschap – via internet, Kind en Gezin, boeken – en huisartsen zouden hierop kunnen inspelen door te verduidelijken welke controles zij zelf kunnen aanbieden.

*'- De patiënten weten nog minder dan wij weten??? Opletten he!!! Met die apps die ge tegenwoordig kunt downloaden, dat staat daar allemaal in hoor: op week zoveel dat, op week zoveel die test… En dat staat ook allemaal op de website van Kind en Gezin…*
*- Wel, vroeger gingen ze naar de bib 15 boeken halen en nu kan dat allemaal via internet.'*
*(Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Want wat is er, der is een kindje op komst en voor die ouders is dat enorm belangrijk he… En het beste van het beste moet voor dat kindje zorgen…*
*- En het beste van het beste is soms nog niet goed genoeg he…*
*- Maar, wat dat ze niet weten: dat eigenlijk het beste van het beste naast ulder deur woont he… Dat is hun huisdokter he, niet diegenen die daar in de kliniek zitten he… Dat weten ze niet de mensen en daarvoor zouden ze moeten gesensibiliseerd worden, en dat is nu een verkeerde opvatting.'*
*(Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Maar, het zou ook goed voor artsen zijn – we hebben daar al over gesproken in het bestuur – om zo een praktijkfolder, om zo een informatiefolder te doen van: "Dat is de huisarts, waarvoor dient de huisarts?" En we zouden dat daar ook allemaal kunnen inzetten he… Van: we zijn bekwaam om uitstrijkjes te doen – ale, bekwaam is nu misschien wat raar geformuleerd – maar, dat ze weten voor wat ze bij de huisarts terecht kunnen he… En dus zeker ook voor zwangerschapsbegeleiding!'*
*(Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

### *De rol van de huisarts bij zwangerschapsbegeleiding: vroeger en nu*

Vroeger werden zwangere vrouwen maandelijks opgevolgd door de huisarts en ook begeleid door de huisarts tijdens de arbeid en de bevalling. Nu voert geen enkele huisarts – binnen onze studiepopulatie van 40 huisartsen – nog bevallingen uit. Er is één huisarts uit Eeklo die er nog in slaagt om zijn zwangere patiënten maandelijks te zien, zoals in het volgende citaat beschreven.

*'- Dus, meestal wordt de zwangerschap vastgesteld door… ale, door mij dan… De vrouwen hebben soms al een stickje gebruikt, maar ze willen daar zekerheid over. Ze willen ook weten hoe ver dat ze zijn. En dan nodig ik hen uit om maandelijks bij mij te komen met een nuchter urinetje, neem ik de bloeddruk, controleer ik de urine en noteer ik het gewicht. En ik nodig hen uit om rond 12 weken, ale, 3 keer op echografie te gaan bij de gynaecoloog die ze mogen kiezen. En dan, de laatste 2 maanden, laat ik ze natuurlijk bij de gynaecoloog, zeker als het gaat om een eerste zwangerschap. Ik doe zelf geen bevallingen meer.*
*- Ja, en hoe reageren vrouwen daarop?*
*-Ah, zij vinden dat goed.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

De meerderheid van de huisartsen vertelt echter dat ze hun eigen schema van opvolging tijdens de zwangerschap niet meer kunnen in praktijk brengen. Als ze de kans krijgen om een vrouw toch nog eens terug te zien tijdens haar zwangerschap, dan kan er zeker niet gesproken worden over een gemeenschappelijk beleid tussen hen en de terugverwijzende gynaecoloog. Huisartsen vinden dat vele huisartsgeneeskundige taken in de loop van de tijd zijn overgenomen door de gynaecoloog en zwangerschapsbegeleiding was zo'n taak.

*'- Maar in feite kunnen wij niet meer planmatig werken. We werken in opdracht van de gynaecoloog, maar het is geen wisselwerking meer.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Als ik de kans krijg en ik kan de zwangerschapstest doen, dan schrijf ik een briefke naar de gynaecoloog van keuze van de patiënte zodanig dat hij weet dat ik de huisarts ben… Dan slaat hij mij niet over… Maar, tis dan ook wel een minimum he… Tis geen beleid meer van onzen tweeën.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Dus, ze hebben van de gynaecologen nen huisarts "gynaecologie" gemaakt bij ons in België en daardoor zien we eigenlijk – vind ik – relatief veel fouten door de gynaecologen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Tligt bij…eum, ja… tligt bij de patiënt ook he voor een groot stuk. Vrouwen zeggen van "Oow, kben zwanger, kmoet naar de gynaecoloog!" Dus, de reflectie naar de huisarts wordt niet meer gemaakt. Tzelfde met uitstrijkjes, tzelfde met borstonderzoek… Dus das idem dito he… Dus eigenlijk: de taart wordt altijd maar kleiner en kleiner voor de huisarts.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

De meerderheid van de bevraagde huisartsen is vragende partij voor een echte 'gedeelde' zwangerschapsbegeleiding. Echter, uit de focusgroep met de 14 huisartsen uit Eeklo is gebleken dat slechts een 5-tal huisartsen uit Eeklo bereid zijn om effectief meer taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen tijdens de zwangerschapsbegeleiding. Doorgaans zijn de huisartsen uit Eeklo tevreden met hoe het nu loopt. Dit wil zeggen: de zwangere wordt eventueel teruggezien naar aanleiding van een bloedonderzoek en de huisarts informeert wel over het verloop van de zwangerschap, maar zonder zelf de zwangere patiënte mee op te volgen.

*'- Ik heb ook niet de ambitie om ze maandelijks of om de 2 maand te zien. Ik wil ze wel zien voor kleine problemen zoals "ik voel me misselijk, hoe kan ik dit opvangen?" En dan stel ik toch vast dat die kleine finnessen kennen, dat dat niet simpel is.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Wel, bij ons is dat iets minder intens… De vrouwen worden over het algemeen maandelijks gevolgd door de gynaecoloog voor echografisch onderzoek, en urinetjes, bloeddruk en gewicht worden bij de gynaecoloog gedaan… En bij ons komen ze eigenlijk voornamelijk als ze problemen hebben, vragen hebben… Eum ja, we stellen de zwangerschap vast, en we geven ook advies op voorhand van "zo gaat het verlopen, dat gaat er nu gebeuren", maar eigenlijk echt de opvolging gebeurt bij ons eerder door de gynaecologen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Ja, wij zijn ook echt geen vragende partij om die zwangere samen op te volgen… Ik vind eigenlijk hoe het nu gaat wel OK… Maar wel, ge ziet de vrouw op voorhand en ge kunt informatie geven dat je er eigenlijk ook wel iets van weet. En dat ze bij U moet komen bij bepaalde problemen. En dat je*

*ook een aantal dingen kan uitleggen, gelijk de Down-screening, wat is het doel daarvan?' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Mogelijk speelt de leeftijd van de huisarts een rol in zijn/haar interesse in zwangerschapsbegeleiding. Daarnaast zal – naarmate een huisarts ouder wordt – ook zijn patiëntenpopulatie mee ouder worden, waardoor zwangerschapsbegeleiding minder aan bod kan komen.

*'-Wel, voor het vaststellen van een zwangerschap komen ze bijna altijd… Ze hebben wel zo nen predictor, maar wanneer is dat dan? Dan komen ze meestal. En dan vraag ik meestal wat ze willen: willen ze continu opgevolgd worden bij de gynaecoloog? Goed, dan worden ze continu opgevolgd. En laat ons zeggen: als je jonger zijt, dan gaat ge ze misschien wat meer stimuleren om bij U te komen, en als ge wat ouder zijt, dan gaat ge misschien zeggen van "Ga maar naar de gynaecoloog he…".' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

### *De rol van de gynaecoloog bij de huidige zwangerschapsbegeleiding*

Zowel huisartsen als gynaecologen geven aan dat er in de loop van de tijd een concurrentiële houding is gegroeid tussen hen op het gebied van zwangerschapsbegeleiding en de bevalling. Wel erkent de gynaecoloog dat zwangerschapsbegeleiding ook een taak is/kan zijn van de huisarts.

*'- Er is in onze tijd een stroeve verhouding gekomen tussen de huisartsen die bevallingen deden en de gynaecologen die uiteraard ook bevallingen deden.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ja, vanuit het oogpunt van de patiënt zijn pretecho's één van de belangrijkste argumenten om naar de gynaecoloog te gaan. Maar, los daarvan – eigenlijk naar aanleiding van zwangerschapsbegeleiding – denk je dat die rol van de huisarts en van de gynaecoloog complementair is? En, hoe zie je dat dan?*
*- Ja… Complementair ja… De huisarts heeft een specifieke opleiding in de preventieve gezondheidssector en tot mijn weten is zwangerschap nog altijd geen ziekte… Dus, we zitten daar eigenlijk in mekaars vaarwater – voor een stukske – en bevallingen zelf is dermate risicovol dat je het beter eigenlijk als huisarts niet meer doet.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Toch hebben veel huisartsen het gevoel dat de gynaecoloog hen niet even bekwaam vindt om een zwangerschap op te volgen en dat ze deze visie ook overzetten naar de patiënt en de maatschappij. Huisartsen verwachten dan ook dat de gynaecoloog expliciet erkent dat zij evengoed een zwangerschap kunnen begeleiden.

*'- En dat ligt aan de mentaliteit van de gynaecologen… die zich superieur achten om een bloeddrukmeting, urine controle en een toucher te doen. Das toch eigenlijk… tis met de uitstrijkjes toch just hetzelfde: "Doede gij uitstrijkjes docteur???" Vanwaar komt dat? Hoe komt dat dat wij dat verloren zijn?*
*- De gynaecologen hebben dat gevoed, en nu leeft dat onder de mensen he…*
*- Ik denk dat wel… ik denk dat wel… dat dat een gemeenschappelijke mentaliteit is van de patiëntes en van de gynaecologen.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Geeft er iemand ooit soms nen brief mee met de patiënte van: "verdere opvolging kan ook 2-maandelijks hier bij de huisarts"? Schrijft er da soms iemand op?*
*- Ik heb dat al gedaan…*
*- En wordt er daar respons op gegeven?*
*- Geen respons… Een kwade telefoon ja: "jullie kunnen dat zo niet opvolgen zoals ons…" Dat is een antwoord.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Om in te pikken op die perfecte samenwerking, hoe verliep dat dan? Hoe zouden jullie dat nu willen zien, moest dat er weer komen? Wat verwachten jullie daar dan van?*
*- Wel, dat de gynaecologen toleranter zijn, dat wij ook kennis hebben over het opvolgen van een zwangerschap, dat wij ook een toucher kunnen doen, ale, wij hebben die ervaring vroeger opgebouwd… en eum ja… dat ze toleranter zijn daarvoor… dat ze aanvaarden dat wij dat doen… Toleranter zijn is misschien een verkeerd woord…*
*- Ja maar, ne gemiddelden Gentse gynaecoloog gaat toch denegrerend doen over nen huisarts die een zwangerschap opvolgt?*
*- Tolerant is een beetje eum… ja eum… erkenning is een beter woord.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Gynaecologen melden dan weer dat ze uit ervaring weten dat een groot deel van de huisartsen hun zwangere patiënten enkel willen terugzien ter gelegenheid van een bloedonderzoek – dus maximum 3 keer. Verder veronderstellen gynaecologen dat er bij verwijzing van een zwangere door de huisarts in samenspraak is beslist om die opvolging uitsluitend via hen te laten verlopen.

*'- Maar je hebt ook die tussengroep he… Je hebt er daar bij, ale, huisartsen die zeggen van "Ik wil die mensen zien ter gelegenheid van een bloedonderzoek", dus enkel – ik zal nu de zaak eens omdraaien – ik wil ze 3 keren zien: ne keer begin, midden en einde van de zwangerschap, om contact te houden. Maar die zeggen: "Ik moet ze niet zien tijdens…" (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Euh ja, en die mensen, ja, ofwel komen zij bij ons, komen zij het spreekuur binnen… Ofwel met een brief met een verwijzing van de huisarts met een zwangerschapstest die positief is en een eerste fase bloedonderzoek. Ik veronderstel dan dat zwangerschapsbegeleiding met die huisarts besproken is geweest, dat zij graag naar ons zouden komen, en dat zij dan doorgestuurd worden met de basisgegevens. Wel, als ze een brief mee hebben van de huisarts, en ze hebben wat documenten mee, en wat papieren mee, dan geeft dat wel aan dat dat in samenspraak is gebeurd.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Volgens huisartsen kan een jongere leeftijd van de gynaecoloog een eventuele samenwerking bemoeilijken. En net die jongere gynaecologen – met hun jongere patiëntenpopulatie – doen het meeste aan zwangerschapsbegeleiding.

*'- Ja, het probleem is vooral de jongere – vind ik – vrouwelijke gynaecologen… Die zijn zodanig gretig om de volledige zwangerschap te volgen dat ge daar geen stok tussen krijgt.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Dat is omdat mensen makkelijker jonger kiezen.*
*- Een dametje die voor den eerste keer zwanger is, die gaat heel vaak naar de jongere collega's gaan en die jongere dame maakt natuurlijk reclame bij al haar vriendinnen die ook nog aan*

*kinderen moeten beginnen… Naarmate een mens ouder wordt, gaat zijn cliënteel mee ouder worden.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*De rol van de vroedvrouw bij de huidige en toekomstige zwangerschapsbegeleiding*

Vele huisartsen vrezen dat er in de toekomst een overname zal zijn van de zwangerschapsbegeleiding door de vroedvrouw. Volgens hen bestaat er immers al een concurrentiële houding tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw, dus om de bevalling te kunnen behouden en de vroedvrouw enigszins tegemoet te komen, zou zwangerschapsbegeleiding aan de vroedvrouw kunnen worden toevertrouwd. Huisartsen vinden zichzelf ook onderbetaald in vergelijking met een vroedvrouwconsult. Daarom zijn huisartsen van mening dat dat vroedvrouwconsult best zou afgeschaft worden.

*'- Als de gynaecoloog zegt: "Volgende maand ga jij bij de huisarts op controle"… en hij geeft dan een verslagje mee… Maar, hij moet meedoen he, hij moet zelfs de voorzet geven… Als ge gij de voorzet geeft als huisarts…*
*- Ja, maar we zitten met dat vroedvrouw probleem ook he… Die moeten af en toe ne keer bij die vroedvrouw ook gaan voor de follow-up en allemaal he… En die worden zelfs meer betaald dan wij he, ge moet opletten he, die worden zelfs meer betaald he, 40 euro?*
*- Tis schandalig.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- En dat vroedvrouwconsult, dat moet ook afgeschaft worden… dat moet eruit…*
*- Er zijn veel te veel vroedvrouwen ook he, een aparte opleiding, dat komt erbij he…' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

### 3.2.2 De rol van richtlijnen en taakverdeling bij zwangerschapsbegeleiding

*De rol van richtlijnen volgens de huisarts en de gynaecoloog*

Met behulp van een vragenlijst – voor het begin van elke focusgroep – werd er onder meer gepeild naar de vertrouwdheid van huisartsen en gynaecologen met de Domus Medica richtlijn i.v.m. zwangerschapsbegeleiding. Na analyse blijkt dat slechts één mannelijke 27-jarige huisarts op de 12 deelnemende huisartsen uit Assenede, Boekhoute en Ertvelde deze richtlijn van Domus Medica kent en ook gebruikt. Op de 14 deelnemende huisartsen uit Eeklo en uit Kaprijke, Sint-Laureins, Bassevelde en Oosteeklo zijn er telkens 6 die aangeven deze richtlijn te kennen (tabel 2). In de groep van de gynaecologen blijkt enkel de mannelijke collega vertrouwd te zijn met deze richtlijn.

Een minderheid van de deelnemende huisartsen (13 op 40 huisartsen) lijkt dus deze richtlijn van Domus Medica uit 2006 te hebben doorgenomen en te hebben toegepast in de praktijk. Toch vinden huisartsen het bestaan van richtlijnen belangrijk: zij menen dat het ontbreken van richtlijnen de vrijheid geeft aan de gynaecoloog om de patiënt naar zich toe te trekken. Inderdaad, de Domus Medica richtlijn voorziet wel in een duidelijke taakomschrijving van de huisarts en de gynaecoloog, maar er zijn ook inhoudelijke minpunten aan verbonden volgens sommige huisartsen.

*'- Als er geen richtlijnen zijn om zich aan te houden, dan zeggen ze "Ja maar, de patiënt wil alleen naar mij komen, dus…" Maar ja, dan wordt het zo voor iedere zwangere vrouw he.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'-Dat is een verschilpunt he tussen ons en de gynaecologen… Dus als huisarts willen we echt duidelijk een richtlijn hebben van: OK, dat is onze taak en dat is de taak van de gynaecoloog. Waarschijnlijk ook een deel medicolegaal gezien: hier ligt onze grens, vanaf hier nemen jullie het over?*
*- En doordat dat er niet is, verwatert het eigenlijk en nemen de gynaecologen het geleidelijk aan over.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Omdat het niet duidelijk genoeg is… en ze vragen veel te weinig onderzoeken (i.v.m. de richtlijn van Domus Medica). Ik heb een voorbeeld gehad van een toxoplasmose, dus: volgens Domus Medica moet je maar één van de 2 doen… en dat was iemand waarbij de serologie aan het switchen was. Hadden wij uit eigen initiatief niet zowel IgM als IgG gevraagd, dan was er niets uitgekomen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Huisartsen wensen in elk geval te werken volgens een bepaald vast protocol, zo nodig op basis van lokale afspraken tussen een bepaalde huisartsengroep en samenwerkende gynaecologen. Huisartsen denken zelfs dat éénzelfde richtlijn met een duidelijke taakverdeling tussen beide beroepen haalbaar is om in de praktijk te realiseren. Gynaecologen stellen zich wat kritischer op tegenover zogenaamde richtlijnen omdat de implementatie ervan in de praktijk zich niet zomaar laat opleggen. Daarom vinden gynaecologen een zekere basisstructuur – maar met ruimte voor variatie vanuit beide beroepen – meer haalbaar.

*'- Het zou toch de logica zijn dat de gynaecologen evengoed een richtlijn en een standaard hebben, dat is toch niet alleen voor de huisartsen? Als dat één richtlijn is – dat is de follow-up en daar ist de gynaecoloog en hier ist den huisarts en dan terug naar de gynaecoloog – dan kan dat toch niet zo moeilijk zijn?*
*- Dat moet mogelijk zijn om een richtlijn te maken die zowel huisartsen als gynaecologen goed vinden, het gaat dan over de zwangerschap he.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Hoe is dat in Nederland?*
*- Ik ben nooit zwanger geweest in Nederland… Ik wil gewoon maar zeggen: in Nederland gebeurt dat ook he, gezamenlijke opvolging… Maar, het allerbelangrijkste is dat je duidelijke afspraken maakt: wat als je dit tegenkomt als huisarts, wat doe je dan? En dan, als je daar duidelijk over bent, wanneer je moet doorverwijzen, als dat duidelijk is, dan stelt het probleem zich niet. Want dan weet je van: "OK, dit is foute boel, dit moet doorverwezen worden." Terwijl nu, nu weten we het niet he…*
*- Neen, maar de gynaecoloog kan het natuurlijk ook niet weten omdat elke huisarts het anders doet nu…*
*- En dus het belang van een consensus en inderdaad gezamenlijke opvolging, waarbij je gestructureerd weet, en niet de ene keer om de 2 maanden, en bij iemand anders om de 4 maanden.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Gedeelde begeleiding voelt niet echt aan als een troef medicolegaal, maar het zou een troef kunnen zijn?*
*- Het zou een troef kunnen zijn, waarbij we alleen maar beter worden. Je moet altijd zien wat je kan*

*doen he, je moet een betere geneeskunde voor de patiënt hebben, de patiënt moet er uiteindelijk beter uitkomen.*
*- Maar, ben je dan niet beter met een algemene richtlijn? Dat is ook iets dat in mij naar boven komt, dat er duidelijkheid is? Want nu: we houden rekening met de patiënt, we houden rekening met welke gynaecoloog, je moet rekening houden met welke huisarts het is… Dat is een chaos he op den duur…*
*- Ja, we kunnen niet anders, dat is de vrije geneeskunde he, dat zit daar allemaal in verbonden he…*
*- Ja, op regionale schaal kan je dat doen, in Eeklo afspraken maken, ja maar, ik bedoel: den helft houdt hem daar niet aan, das niet zo evident…*
*- Dat is niet evident, ik wil dat gerust proberen he… Maar, ik denk niet dat dat zo evident is. Onder gynaecologen is er eigenlijk al niet zo'n grote eensgezindheid, en onder huisartsen is er ook geen eensgezindheid… Een basisstructuur ja, dat zie ik wel zitten.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*Een voorstel van taakverdeling bij zwangerschapsbegeleiding doorheen de focusgroepen*

Doorheen de verschillende focusgroepen zijn verschillende taken naar boven gekomen die ofwel de huisarts ofwel de gynaecoloog het beste op zich zou nemen. Zo kan een zwangerschapstest perfect bij de huisarts gebeuren, alsook een eerste fase bloedonderzoek. Zowel de huisarts als de patiënt zijn vragende partij om de eerste echografie te laten doorgaan bij de gynaecoloog in plaats van bij de radioloog. Huisartsen voeren nu vaak een bloedafname uit op verwijzing van de gynaecoloog en ze willen dit ook blijven doen, samen met de 50 gram glucose (100 ml) challenge test. Verder kunnen huisartsen bij een routine controle de harttonen beluisteren met een pinaar of met een Doppler toestel. Af en toe wordt er ook een pelvimetrie aangevraagd door de huisarts.

### 3.2.3 De communicatie rond zwangerschapsbegeleiding

*De huidige communicatie tussen de huisarts en de gynaecoloog i.v.m. zwangerschapsbegeleiding*

Zowel huisartsen als gynaecologen vinden correct communiceren een zware administratieve belasting voor na de werkuren. Vaak communiceert de huisarts niet zelf naar de gynaecoloog wat hij/zij wil doen in de opvolging van de zwangere. Een zeldzaam uiterste is dat de huisarts wel zelf expliciet gedeelde begeleiding voorstelt aan de gynaecoloog, hetgeen uiteraard een gedeelde zwangerschapsbegeleiding zou faciliteren en hetgeen de gynaecologen ook zouden aanvaarden.

*'- Maar dat is zelden het geval he… Dat is zelden het geval dat ge een indicatie krijgt van wat ge moet doen, van wat zij – de huisdokter – verwacht van ons.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Ander uiterste is – je hebt er een paar bij waarvan we weten: die wil zijn patiënten zien tussendoor, sowieso – die zegt: "Ik stuur ze U door maar het is in samenwerking en gezamenlijk dat we die patiënte volgen". Ja, dus, die krijgen dus enkel maar de afspraken systematisch, dus enkel op momenten van de echografie en wanneer dat zij vinden dat ze ne keer moeten langskomen. En dan de eindperiode – zo vanaf 32, 33, 34 weken – zien wij ze dan meestal wel verder tot na de bevalling.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Verder zijn huisartsen gefrustreerd dat ze enkel na een doorverwijzing informatie ontvangen van de gynaecoloog. Op die manier gebeurt er geen kennisgeving aan de huisarts over een zwangerschap als de patiënte zich voor de vaststelling van de zwangerschap onmiddellijk aanmeldt bij de gynaecoloog. Ook kennisgeving van de bevalling zou regelmatig gebeuren enkel via een bericht van opname in het ziekenhuis van moeder en kind. Sowieso vinden huisartsen de brieven van de gynaecologen routine brieven zonder echte nuttige en essentiële informatie. Gynaecologen spreken dit tegen.

*'- En als ge dan nu kijkt naar de communicatie tussen de huisarts en de gynaecoloog i.v.m. een zwangerschap, hoe verloopt die?*
*- Als ge ze verwijst, dan krijgt ge nen brief terug. En dan is de dame weg tot na de bevalling eigenlijk. En achter 9 maanden krijgt ge nen brief van de pediater met de Apgar scores. En de brieven zijn – jullie weten dat allemaal – dat zijn routine brieven he…*
*- Standaard brieven he… hier en daar ne keer een cijferke veranderen.*
*- Maar essentiële informatie krijgen we op dat moment niet, het duurt allemaal tot aan de bevalling.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Eum, de intake doen wij dan altijd gelijklopend, dat is dus eum – het dossier moet opgemaakt worden en zo – er wordt ALTIJD een brief geschreven. Van elke consultatie gaat een verslag naar de huisarts. Van alle labo's gaan kopijen dubbel naar de huisarts. Maar, dan moet je natuurlijk wel de juiste huisarts hebben he, mensen hebben de neiging om af en toe te wisselen…*
*- Of om er 2 of 3 te hebben soms…*
*- Of om te switchen, en ja, dat kan soms heel vervelend zijn. Ik heb daar met collega's binnen de groep regelmatig vodden mee voor.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Ik heb nu een patiënte die eum binnen twee weken bevalt, en het eerste bericht dat ik gekregen heb, is dat ze opgenomen is in de materniteit… dus ik wist niet dat ze zwanger was.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Als er een bevalling gebeurt, ziet ge gewoon in enen keer dat er twee patiënten van U in de kliniek zijn, en dan denkt ge van: "Ale, dienen kleinen ken ik niet…".' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Omgekeerd geven huisartsen toe dat ze geen brief meegeven voor de gynaecoloog als ze een zwangere eens tussendoor zien voor een niet zwangerschapsgebonden probleem, dit terwijl de gynaecologen dergelijke feedback wel verwachten. De meerderheid van de huisartsen voorziet wel informatie voor de gynaecoloog als een zwangere tussendoor consulteert voor een echt zwangerschapsgebonden probleem.

*'- Ik heb soms het omgekeerde probleem…*
*- Ja, de huisartsen schrijven niet…*
*- Dat is, dat wij dus eum… dus die patiënte heeft iets voor tijdens haar zwangerschap – bv. een zware bronchitis met wheezing - die wij aan het volgen zijn, en we worden daarbij niet op de hoogte gebracht… En dan deel ik de frustratie eigenlijk dat jullie soms hebben.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- En bijvoorbeeld omgekeerd: als ge dan toch ne keer een vrouw ziet met een urineweginfectie tijdens haar zwangerschap, en ge behandelt die, geef je dan door aan de gynaecoloog: "Ik heb dat gegeven"?*

*- Eum, normaal, als ge die vrouw toevallig ziet en ze gaat binnenkort naar de gynaecoloog, dan schrijf ik op een briefke: "Ik heb dat en dat en dat gegeven omwille van die indicatie…" Want, op dat moment speelt de gynaecoloog huisarts van de zwangere vrouw he, hij verzamelt op dat moment van die 9 maanden alle gegevens.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Gelukkig beseft de gynaecoloog wel dat het zijn/haar taak is om de huisarts te verwittigen bij een ernstige complicatie tijdens de zwangerschap. Dergelijke extra communicatie verloopt meestal telefonisch.

*'- Als er echt iets is dat buiten het normale verloopt, dan pakt ge uwen telefoon, en krijgt ge het ook nog eens op papier. Maar, dan is het wel degelijk ook ne keer gecommuniceerd geweest aan de telefoon. Maar wanneer is dat? Dat is bijvoorbeeld plotse dood van een baby, bij 20 weken zwangerschap bijvoorbeeld. Want dan weet je dat die man en die vrouw en eventueel iemand van de familie daarover zullen willen babbelen, en als de huisarts dan van toeten of blazen weet… Zij zijn de eerstvolgende opvang he…' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Onlangs hadden we ons eerste Down kindje in Sluis in de praktijk en de gynaecoloog belde van: "goh, wij zijn allemaal verschoten, zo onverwacht, een 3de kindje…" Dus ja, dan belt de gynaecoloog de huisarts op. Normaal bellen de ouders om te zeggen dat hun kindje geboren is, maar de gynaecoloog had gebeld nog voor wij de vader hoorden, zodat we daar niet aan den telefoon beginnen van: "oh, proficiat, fantastisch voor jullie…" Dus ale, dat kan… en dat zijn ook Belgische collega's he.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*Wat is het ideale communicatiemiddel bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding volgens de huisarts en de gynaecoloog?*

Globaal gezien zijn er over de verschillende focusgroepen heen 3 manieren van communicatie tussen huisarts en gynaecoloog voorgesteld: communicatie via elektronische brieven, communicatie via een gedeeld elektronisch dossier en communicatie via een document dat heen en weer gaat met de zwangere patiënte. Zoals hierboven vermeld, vertoont de huidige communicatie via elektronische brieven vele valkuilen. Een gedeeld elektronisch dossier is voor vele huisartsen en gynaecologen nog toekomstmuziek. Voor alle huisartsen lijkt momenteel een communicatiemiddel dat mee gaat met de zwangere patiënte de beste oplossing. Sommige huisartsen hadden vroeger zelfs een eigen formulier opgemaakt voor communicatie in 2 richtingen. Ook de gynaecoloog heeft een eigen communicatiefiche, maar dit dan voor intern gebruik in het ziekenhuis.

*'- Het systeem van de brieven is goed als ze inderdaad bij de gynaecoloog gaan en ge ziet die mensen af en toe terug… Maar, als je echt gedeelde opvolging voorziet, dan hebt ge wel een document nodig waarbij je gewicht en bloeddruk kunt opvolgen… Dan heb je dat boekje nodig.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- De communicatie moet komen via dat dossier. Ik had vroeger zelf een formulier. Hoe zag dat daaruit dan? Ja, spijtig dat ik het niet bij heb he… Ik heb het nog liggen hoor… Dus den bloeddruk stond er natuurlijk op, urine onderzoek, lengte, gewicht, buikomtrek, lengte van de baarmoederhals, harttonen…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ik heb een communicatiefiche van één blad he… En dat gaat mee eum, vanaf de patiënte zo de neiging vertoont van te bevallen – 34,35,36 weken – gaat het gewone blad daarvan mee met de patiënte, en ik heb het dubbel liggen… Wel op de materniteit he… Maar dat is een communicatiefiche he, dat komt mee heen en terug, ik vul dat bij als ze terugkomt en eum, ze heeft dat dan ook altijd bij.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Huisartsen zijn dus zeker voorstander om het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin te gebruiken bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Zij vinden dit een handig communicatiemiddel dat ook voorziet in de nodige patiënten educatie. Gynaecologen daarentegen ervaren dit boekje vaak als dubbel werk en vinden het storend dat patiënten daarin alles kunnen lezen.

*'-Ik vond dat wel een handig iets, want er staat ook op wanneer je iets moet doen, met de weken erbij… Als de patiënt dat leest, dan weet die wat er allemaal ongeveer wanneer moet gebeuren, en wanneer dat er echo's moeten gepland worden. Ik vind dat wel vrij handig.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Wie heeft er allemaal gewerkt met dat boekje?*
*- Ik vind dat een goed instrument.*
*- Ja, ik denk dat dat zeker interessant kan zijn.*
*- Ge moet daar niet veel inschrijven, das beknopt. Dus, ge schrijft daar den bloeddruk in, de hoogte van de fundus, en nog een paar gegevens zo… en een urine onderzoek… een paar essentiële dingen en das alles. Ik denk dat dat nuttiger is dan de standaardbrieven die van de gynaecologen komen.*
*- Ja, ja, ja, zeker! Dat gaat mee met de patiënt, en die neemt dat mee naar de huisarts, en neemt dat vervolgens ook mee naar de gynaecoloog.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ik werk weinig met dat boekje…*
*- Ja, ik ook…*
*- Weinig omdat dat dubbel werk is, omdat het dan in principe toch per mail gestuurd wordt of in een brief. Patiënten zitten er ook niet in te neuzen, ge kunt er dus ook correcter in schrijven.*
*- Tis ook niet goed dat boekje…*
*- Ja, ik denk dat het dubbel werk is van het er nog ne keer in te schrijven. Zij krijgen het allemaal mee, ze kunnen het zelf invullen. En sommigen vullen dat ook wel in, en ik vul het soms ook in op vraag van de patiënt, maar dan beschouw ik dat als een archief voor de patiënt.*
*- Het boekje is niet goed, waarom?*
*- Neen, op bepaalde plaatsen waar er veel plaats nodig is, is er veel te weinig plaats voorzien. Andere dingen staan er niet op. Het is niet overzichtelijk. Ge moet daar eindeloos in bladeren.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

In elk geval zou zo'n zwangerschapsboekje wel zorgen voor *patient empowerment*, waarbij de zwangere patiënte zelf mee verantwoordelijkheid kan opnemen in de opvolging. Aangezien de zwangere patiënte dan zelf mee haar medische gegevens beheert, lijkt het onwaarschijnlijk dat ze dit boekje regelmatig zou vergeten meenemen naar de consultatie bij de huisarts of de gynaecoloog. Uiteraard zouden beide artsen dan wel een inspanning moeten leveren om het boekje consistent en correct in te vullen.

*'- Maar of ze dat boekje altijd zullen mee hebben… Maar voor mensen is dit toch wel extra gevoelig ze. Als ge dat boekje geeft, en ze vergeten het, dan gaan ze echt wel in paniek zijn. Daar zijn ze*

*inderdaad nog zeer correct in he, in hun zwangerschap… Ze hebben meestal ook maar één kind meer he, of twee.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*De huidige communicatie tussen de arts (huisarts/gynaecoloog) en de patiënt i.v.m. zwangerschapsbegeleiding*

Vroeger DEDEN huisartsen expliciet een voorstel van gemeenschappelijke opvolging naar de zwangere patiënte toe, hetgeen nu nog zelden het geval is. Gynaecologen vinden dat de meerderheid van de huisartsen het opstellen van een schema voor de opvolging van de zwangerschap overlaten aan de zwangere patiënte zelf. Hierdoor kan er verwarring ontstaan, want de verwachtingen van een zwangere patiënte bij de huisarts kunnen verschillen van de verwachtingen die uiteindelijk worden uitgesproken bij de gynaecoloog.

*'- En bespreken jullie dan met de vrouwen de opvolging? Of zeggen jullie van: het kan eigenlijk wel een deel bij ons? Hoe wordt er dan gecommuniceerd naar de vrouw als jullie een zwangerschap vaststellen?*
*- Ik denk dat we het opgegeven hebben…*
*- Ja…*
*- Ja, ge hebt U daar bij neergelegd…*
*- Ja, vroeger zeide van: "Laat het ons afwisselend doen, ne keer naar de gynaecoloog en ne keer naar ons…" en het enige argument is dan eigenlijk – het enige zinnige argument – is dat ze daar dikwijls uren moeten zitten wachten… dus eum…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- En je hebt natuurlijk een brede marge, een relatief brede groep huisartsen daartussen, die wel degelijk zwangerschappen volgen, maar zo, eum ja, naargelang de wens van de patiënte – die het eigenlijk overlaten aan de patiënte zelf. En daar zitten wij ook een beetje in de vorm van: "Wa wilde gij zelf?" En dan weet je niet wat ze juist gezegd hebben bij de huisarts. Dat geeft soms wat stroebels…' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Verder zijn huisartsen van mening dat het sensibiliseren van zwangere vrouwen voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding tijdrovend is. Zij verwachten dan ook niet dat de gynaecologen daarvoor tijd zullen willen maken tijdens hun consultatie.

*'- Ge zijt daarstraks uw enquête begonnen met de vraag: "Kunnen we de patiënt sensibiliseren om eigenlijk een andere weg in te slaan?" Ge moet U ne keer goed inbeelden: we zitten met ne patiënt, der zit daar toch al een zekere tijd aan besteed. Dan moet ge nog ne keer tijd zitten insteken om die patiënt te sensibiliseren, haar overtuigen… Hoeveel tijd gaat ge der per patiënt moeten insteken om een klein percentage van patiënten te overtuigen? Maar dat is niet alleen bij ons zo, ik denk dat de gynaecologen met hetzelfde probleem zitten. Die heeft nog minder tijd dan wij… Want hij wil er nog minder tijd aan besteden… Ik hoor toch vaak van patiënten dat ze daar echt niet lang binnen zitten. Dus hij heeft ook genen tijd om die patiënten nog ne keer te gaan sensibiliseren zelfs al zou hij overtuigd zijn. Ik denk niet dat hij daar tijd gaat willen insteken om de patiënt te overtuigen om naar de huisarts te gaan.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Zoals eerder vermeld, communiceren zowel huisartsen als gynaecologen wel eens op een negatieve manier over elkaar naar de patiënte toe. Deze kritiek op elkaar moet

uiteraard verdwijnen bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding: beide artsen moeten op één lijn staan.

## 3.3 Het resultaat van de zorg tijdens een zwangerschap

### 3.3.1 Vandaag is er geen goede wisselwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog

Zoals eerder vermeld, vreesden de huisartsen vroeger reeds dat de gynaecoloog een zwangere patiënte niet zou terugverwijzen na een eerste echografie. Vandaag durven de huisartsen te stellen dat er helemaal geen terugverwijzing is na een initiële doorverwijzing van een zwangere patiënte naar de gynaecoloog. In feite is het volgens de huisartsen zo ver gekomen dat de gynaecoloog beslist of en wanneer de huisarts tussenkomt tijdens een zwangerschapsbegeleiding. Op zo'n manier is er inderdaad geen sprake van een goede wisselwerking tussen beiden.

*'- Ja, en zijn er nu nog die momenteel zwangerschapsbegeleiding doen? Echt samenwerken met de gynaecoloog?*
*- Pff… Als ge dat samenwerking kunt noemen he…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Wij sturen ze wel naar de gynaecoloog, maar zij sturen ze dan niet meer terug he…' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Awel, hoe gebeurt dat? Ik zie de zwangeren eigenlijk alleen maar alst er bloed moet afgenomen worden van de gynaecoloog… Dus, ik beschouw mij zo in dat geval een beetje alst knechtje van de gynaecoloog.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

In de praktijk gebeuren bloedafnames tijdens een zwangerschap zelfs dikwijls door het labo van het ziekenhuis, zonder hiervoor een beroep te doen op de huisarts. Zoals eerder vermeld, verwachten gynaecologen dat de doorverwijzende huisarts expliciet vermeldt welke taken hij/zij wil opnemen tijdens de zwangerschap. Zo niet, dan coördineren de gynaecologen zelf de volledige opvolging en dus ook de bloedafnames. Gynaecologen en huisartsen melden wel dat er van elke bloedafname een kopie wordt verstuurd naar de huisarts.

*'- Voor een bloedafname komen ze nog??? Ze laten het int labo van de kliniek doen! Dus ja… Ge krijgt dan wel, daar krijg je nog een kopietje van, van het bloedresultaat…' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Van alle labo's gaan kopijen dubbel naar de huisarts.*
*- Ja, al mijn labo's worden mee afgeprint met "graag kopij doorsturen aan…".' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Verder klagen verschillende huisartsen dat de gynaecoloog niet altijd beschikbaar zou zijn in geval van een urgente doorverwijzing. Bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding moet een vlotte doorstroom van de eerste naar de tweede lijn uiteraard mogelijk zijn.

*'- En is er een dreigend miskraam? Altijd bij ons… Dan moet ge telefoneren voor nen beschikbaren gynaecoloog… En dan in Gent: "Oh neen, hij/zij is niet beschikbaar"… En ge moet de mensen dan naar de spoed sturen! En dan worden ze ocharme gezien door nen anderen gynaecoloog.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

Als er een gedeelde zwangerschapsbegeleiding zou komen, dan vinden huisartsen en gynaecologen dat er ook een gedeelde verantwoordelijkheid zou moeten zijn bij het optreden van een eventuele complicatie tijdens die zwangerschap. Momenteel is er eerder de mentaliteit van "ieder voor zich", hetgeen leidt tot negatieve communicatie over elkaar naar de patiënt toe. Zoals eerder vermeld, moet deze kritiek op elkaar absoluut verdwijnen.

*'- Maar, wat ik al heb meegemaakt – ale, das een heel verhaal, ik ga dat niet helemaal vertellen – maar, er gaat iets mis, en ze gaan U dat niet in Uw gezicht zeggen, maar via andere patiënten hoort ge dan dat de gynaecoloog eigenlijk vindt dat jij als huisarts gefaald hebt… en dat jij bepaalde dingen niet correct hebt gedaan. Dus, alst moeilijk gaat, en der gaat iets fout, dan zijde in enen keer wel verantwoordelijk en aansprakelijk… Das voor mij geen goede basis om samen te werken.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

### 3.3.2 Er is wel vraag naar een goede wisselwerking vanuit de meerderheid van de huisartsen

De meerderheid van de huisartsen is vragende partij om een echte gedeelde zwangerschapsbegeleiding te organiseren.

*'- Wat ik dan vind – ik hoor daar zeggen die samenwerking met Knokke vanuit Sluis – ik zou dat ook heel graag willen! Maar hier, ge krijgt dan nen brief… Een wereld van verschil he…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Zowel huisartsen als gynaecologen hebben een aantal voorwaarden geformuleerd om aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kunnen doen. De gynaecologen verwachten eerst en vooral een goede verwijsbrief van de huisarts, inclusief medische voorgeschiedenis en sociale context. Vervolgens kan er door de gynaecoloog expliciete informatie gegeven worden aan de zwangere patiënte over een afwisselende opvolging samen met de huisarts. Daarbij geven gynaecologen aan dat ze als tweede lijn bereid zijn om een zwangere patiënte tussendoor te zien op telefonische vraag van de samenwerkende huisarts. Huisartsen zijn op hun beurt bereid om bijscholingen te volgen i.v.m. zwangerschapsbegeleiding gegeven door samenwerkende gynaecologen. Zoals eerder vermeld, staan gynaecologen kritischer tegenover een algemene richtlijn: zij willen eerder samenwerken in functie van persoon tot persoon, hetgeen volgens hen haalbaar is omdat ze werken met een beperkt aantal vaste verwijzers.

## 3.4 Naar de toekomst toe: het verbeteren van de zorg tijdens een zwangerschap

### 3.4.1 Welke meerwaarden zou de huisarts kunnen bieden bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding?

*De huisarts als belangrijke speler binnen het biopsychosociale model*

Gynaecologen respecteren het brede huisartsgeneeskundig denken waarbij er rekening wordt gehouden met comorbiditeit en verwachten in de toekomst ook deze informatie overdracht. Een aantal huisartsen durven nu reeds feedback te geven aan de gynaecoloog, ook al is er geen echte gedeelde begeleiding.

*'- De medische context toch ook he… de huisarts weet al iets meer over wat er allemaal gebeurd is met die patiënte, en die overdracht kan en moet als je goed samenwerkt.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- En dan – wat ik toch ook belangrijk vind als taak van de huisarts – ik heb dat al een aantal keer gehad: dus jonge mensen die een hoge bloeddruk hebben, en die zeer stress gevoelig blijken te zijn… Ik heb tot 2 keer gehad dat ik zei: "Ge zou zeker moeten stoppen op 34 weken omwille van Uw hoge bloeddruk en de stress", en dat ook zo naar de gynaecoloog toe communiceren, want uiteindelijk kennen wij onze patiënte toch wel.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

De huisarts heeft over het algemeen al een jarenlange vertrouwensrelatie met de zwangere patiënte. Hierdoor heeft de huisarts inzicht in de familiale structuren en de sociale context en kunnen er meer persoonlijke problemen – hetzij financieel, hetzij intrafamiliaal – besproken worden. Huisartsen melden uit hun ervaringen dat zwangere patiënten hen ook bewust betrekken bij fundamentele beslissingen, bijvoorbeeld i.v.m. Down screening of i.v.m. een actieve zwangerschapsonderbreking.

*'- Dus, een belangrijke speler?*
*- Eén die zeker belangrijk is!*
*- Aan welke voordelen denk je dan?*
*- Bijvoorbeeld: een ongehuwde moeder: heeft die familiale opvang? Heeft die een vangnet, heeft die dat niet? Ik denk dat dat heel belangrijk is.*
*- Als je plots een armband of een enkelband ziet, dan weet je het plots wel… Oei, meneer… Of mevrouw… dat kan natuurlijk ook.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Maar als er problemen zijn van nen triple test… of nu met dienen genetische test voor mongolisme (niet invasieve prenatale test)… gaan ze dan niet bij ons komen? Dan komen ze bij ons! Als er daar problemen over zijn, als er beslissingen moeten genomen worden over fundamentele dingen, dan worden we daarin betrokken.*
*- Ik vind dat we daar zeker moeten in betrokken zijn he, zeker!' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Bij bijvoorbeeld zwangerschapsonderbrekingen komen ze ook eerst naar ons. Je kan daar zowel in meegaan, en tegelijk ook een beetje tegengas geven… En daar spelen wij denk ik een grotere rol dan de gynaecoloog.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Daarnaast willen huisartsen zeer graag blijven fungeren als een echte familie arts. Door aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te doen, zouden huisartsen hun eerstelijnsfunctie i.v.m. de zorg voor zuigelingen en kinderen beter kunnen bekend maken bij de patiënten. Vele huisartsen ergeren zich inderdaad aan het feit dat vele zuigelingen na de bevalling onmiddellijk een vaste pediater krijgen toegewezen.

*'- Maar, ik ben zeker voorstander van samenwerking. Ik denk dat het als huisarts boeiend is om Uw patiënt ook tijdens de zwangerschap regelmatig te zien. En dan kunt ge ook al meegeven dat ge eigenlijk de pediatrie ook perfect kunt doen he… Want, bij de bevalling staat de pediater al klaar en boem, dat is dan hun vaste pediater…*
*-Ja, ik vind dat ook… Ik vind – zeker bij die jonge gezinnen – ge start mee hun leven op en ge hebt dan ook de kinderen… Want, als ge de zwangerschap gevolgd hebt, hebt ge toch wel nen zekeren band en ze gaan wel ne keer naar de pediater, maar eigenlijk komen ze toch in eerste instantie naar U toe.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ik merk ook wel sterk – die paar zwangerschappen waarbij ik betrokken ben – dat dan achteraf de band ook veel sterker is met dat gezin. Dus, die moeders komen dan met dat kind naar mij, in plaats van naar de pediater. En, dat vind ik ook een sterk argument om daar wat meer op in te zetten, omdat dat natuurlijk bijzonder interessant is.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

### *Medicolegale voordelen van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding samen met de huisarts*

Verschillende oudere huisartsen geven aan dat het begeleiden van een bevalling kan beschouwd worden als een echte unieke ervaring. Zoals eerder vermeld, begeleiden huisartsen in de huidige maatschappij geen bevallingen meer. Bij concreet navragen meldt de meerderheid van de huisartsen wel dat er zeker interesse is in het opvolgen van een zwangerschap op zich, ook zonder de begeleiding bij de bevalling. Meer nog, huisartsen zijn bereid om mee verantwoordelijkheid op te nemen bij een echte gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Hierdoor is er een mogelijkheid om de gynaecologen wat te ontlasten, met in het achterhoofd de eerder vermelde medicolegale druk die gynaecologen toch wel sterk ervaren.

*'- Maar dat (bevallingen doen) was iets leuk he, das één van de weinige dingen waarvan da ge ne keer zegt: das echt ne keer iets leuk en onvergetelijk.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Maar natuurlijk, in dit systeem, is het zeer moeilijk om als huisarts nog bevallingen te doen. Maar, vinden jullie het dan nog interessant om dan puur gewoon de zwangerschap op te volgen?*
*- Ja, uiteraard!' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ja, tis normaal he, als je ze mee opvolgt, dat je dan ook gedeelde verantwoordelijkheid moet opnemen he… dat ik wel echt betrokken ben bij de zwangerschap, en dat ik daar een stuk mee de verantwoordelijkheid wil in dragen.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Zet je dan ook steeds in de brief: ik wil ze terugzien voor dat en dat en dat?*
*- Neen, ik zet dat daar niet in… Maar, ik laat wel voelen – door het feit dat ik ze op voorhand zie meestal – en dat ze al een aantal inlichtingen gekregen hebben en al foliumzuur nemen enzo, dat ik*

*echt wel betrokken ben bij de zwangerschap. En dat ik daar een stukje mee de verantwoordelijkheid wil in dragen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Daarnaast zou er bij een echte gedeelde zwangerschapsbegeleiding ook meer tijd kunnen vrijkomen voor de zwangere patiënte zelf. Huisartsen vinden een zwangerschapsbegeleiding met twee artsen sowieso veiliger omdat er dan feedback kan gegeven worden aan elkaar. Ook in de huidige context melden huisartsen dat ze toch de kwaliteit van de opvolging door de gynaecoloog mee bewaken. Zo gebeuren er dikwijls een aantal onderzoeken tijdens de zwangerschap op eigen initiatief door de huisarts. Maar, ook vóór de zwangerschap willen huisartsen hun preventieve functie al kunnen uitoefenen door bijvoorbeeld opnieuw een preconceptie consult te promoten.

*'- Ik denk dat als wij een deel van de opvolging op ons nemen, dat de gynaecologen meer tijd krijgen om hun controles meer grondig te doen, beter te doen, en dat de patiënt uiteindelijk veel beter zal gevolgd worden, veel beter. Wij kunnen onzen tijd nemen, en zij kunnen ook meer tijd nemen als er gedeelde begeleiding komt, want ze moeten minder patiënten op één dag zien.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Ik heb dat ook ne keer tegengekomen van hypertensie en dit en dat… Uiteindelijk was het een fout in de automatische bloeddrukmeter van het ziekenhuis. Ik bedoel maar: ook voor de patiënte is het een veiligheid en zekerheid dat er twee artsen zijn die dat volgen. Want, uiteindelijk geeft ge U over aan een gynaecoloog die dat vermoedelijk wel goed zal doen, maar als het toch nen charlatan is, dan hebt ge genen feedback he…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- En ten hoogste voeg ik daar een urine controle aan toe met een stick, want ik vraag dan altijd: "Heeft de gynaecoloog dat gedaan? Ik zie dat niet op het laboformulier staan?" Ik zeg dan: "Dat is toch essentieel tijdens de zwangerschap…".' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Wel, ik probeer van aan jonge vrouwen mee te geven: als ze van plan zijn om zwanger te zijn, alsjeblieft, kom op tijd langs! Kom dat niet zeggen op het moment dat je zwanger bent, want bijvoorbeeld, dat foliumzuur: vaak wordt dat overgeslagen… Heel veel vrouwen weten dat nog altijd niet, en ik vind dat wel belangrijk! Ik probeer ze daar wel van bewust te maken.*
*- Ale, inderdaad, ik vind dat soms wel raar: ge geeft dat uit handen, en de gynaecoloog weet veel, maar, soms verschiet ik toch bijvoorbeeld van toxo inlichtingen enzovoort… Dat een aantal gynaecologen dat niet zo goed uitleggen… Ale, al die preventieve dingen: ik bedoel: eerst en vooral preconceptioneel, ale, voor de zwangerschap al he… Ik denk dat we daar toch nog altijd een belangrijke taak hebben – dat je ook al weet: die rubella spiegel of toxo spiegel: heb ik dat al eens bepaald of niet? Dat zit in ons medisch dossier he… Ik vind dat gynaecologen dat ook zouden moeten stimuleren: "U bent zwanger / U wil zwanger worden: ga eens bij Uw huisarts langs, wat heeft die al van informatie?"… Ik zie daar toch wel een mogelijkheid in.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

### *Organisatorische voordelen van een gedeelde zwangerschapsbegeleiding samen met de huisarts*

Eerst en vooral zou een samenwerking met de huisarts het hele proces van zwangerschapsopvolging een stuk goedkoper maken voor de maatschappij. De niet terugbetaalde echomomenten zouden kunnen verminderd worden en een zwangere patiënte met weeën zou niet steeds moeten geëvalueerd worden via de spoedopname.

Daarnaast zou de drukke agenda van de gynaecoloog wat kunnen ontlast worden, met zowel fysieke als mentale voordelen voor de samenwerkende gynaecoloog. De zwangere patiënte zou misschien minder lang in de wachtzaal moeten zitten bij de gynaecoloog voor een routine controle en bij een onverwacht probleem zou ze steeds beroep kunnen doen op de samenwerkende huisarts. Huisartsen geven immers aan dat ze ruim beschikbaar zijn – ook in weekends en 's nachts – en dat er ook een korte wachttijd is om bij de huisarts op raadpleging te gaan.

*'- Die zoeken geen werk meer, die zijn duidelijk verzadigd... En dan hebt ge een hele mooie samenwerking… Ge kunt mekaar opbellen, zij bellen ons op als ze ne keer iets hebben, wij bellen hun op als we ne keer een vraag hebben.*
*- Als ge een gynaecoloog tegenkomt: "Ik kan ni over vant werk…" Waarom voert men dat systeem dan niet in?*
*- Neen, daarom: dat snap ik eigenlijk niet goed…*
*- Als ne patiënt een afspraak moet maken, dan ist binnen 6 maanden…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Das gelijk normaal: voor Uw zwangerschap moede dat over hebben he, da ge daar uren – soms 4 tot 5 uur – in de wachtzaal zit… Das een vorm van… ja…*
*- Boetedoening…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- In feite zouden we het werk van de gynaecologen halveren voor de zwangerschappen, dat moet kunnen, en dan hebben ze nog werk he…' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

*'- Wat zijn er volgens jullie troeven die den huisarts kan bieden? Want nu gaan de meeste vrouwen naar de gynaecoloog, maar wat zijn jullie troeven?*
*- De bereikbaarheid he… we zijn alle dagen bereikbaar, ze kunnen alle dagen bij ons komen.*
*- En de wachttijd, ge kunt Uw patiënt snel zien.*
*- Bereikbaarheid, expertise, alles…*
*- En dat we goed weten hoe een zwangerschap op te volgen!*
*- Ja, en als we twijfelen, dan sturen we door. Of, bellen we van: "Kijk, we zitten met dat probleem, ik betrouw het niet." Das enen telefoon… En dan ist de functie van de specialist om derop in te gaan.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

### 3.4.2 Welke beperkingen zijn er verbonden aan de huisarts bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding?

Over de focusgroepen heen zijn er drie mogelijke beperkingen verbonden aan de huisarts besproken: de kennis van de huisarts, de infrastructuur binnen de huisartsenpraktijk en het uitvoeren van een bevalling door de huisarts.

Zowel huisartsen als gynaecologen stellen dat de kwaliteit van zwangerschapsopvolging varieert volgens de interesse van de huisarts. Zoals eerder vermeld, maakt de huisarts zelf inderdaad ook blijkbaar een keuze om al dan niet aan zwangerschapsbegeleiding te doen. Naargelang deze keuze is er al dan niet een bereidheid om de Domus Medica richtlijn toe te passen of om extra navorming te volgen.

*'- Ik vind dat zwangere vrouwen bij mij terecht kunnen, maar ik stel vast dat ik er veel minder van ken dan mijn collega's hier aanwezig… Dus, ik ben ook niet beschaamd om dat te zeggen… Dus, als*

*ik vaststel dat er een zwangerschap is, dan vraag ik: "Wat wilt ge?" En, ik vind niet dat den echo bij de radioloog moet gebeuren, ik heb dan liever dat den echo bij de gynaecoloog gebeurt, want uiteindelijk gaat die bij mij toch de zwangerschap opvolgen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- Ja maar, de vraag zal zijn of huisartsen die richtlijnen kennen – we gaan dat ne keer bevragen in de LOK's…*
*- Maar dat zal zijn: diegenen die der dus in geïnteresseerd zijn dus ook he… die zullen hem kennen he…' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Een huisartsenpraktijk heeft doorgaans geen echotoestel ter beschikking. Bij bevraging had enkel de huisartsenpraktijk in Sluis – met de goede samenwerking met Knokke – een echotoestel staan. Maar, huisartsen vinden dit ook niet nodig, want zij vinden zichzelf niet bekwaam om echo's te doen. Wel stellen huisartsen de aanwezigheid van een Doppler toestel als voorwaarde om aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kunnen doen. Verder vinden gynaecologen de jongere huisartsen niet meer bekwaam om touchers te doen bij zwangere vrouwen. De huisartsen zijn hiermee akkoord, en erkennen ook bepaalde kwaliteiten van de gynaecoloog, zoals bijvoorbeeld het vermijden van een inwendig onderzoek door de mogelijkheden van de echografie.

*'- Want, ge moet eens kijken naar die 6de jaars die hier hun eerste touchers doen… Die voelen gewoon niets he… Niets he… En dan moet ge nog touchers gedaan hebben bij zwangeren, anders ist gewoon blubber, ale ja, misschien kruw uitgedrukt, maar tis wel zo. Dus, als den huisdokter dan onderzocht heeft, ja, hij heeft onderzocht, en hij heeft da en da en da gevoeld… Maar, hij kent er niets van? Ja??? Probleem he???' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Nu, ik ga er ook mee akkoord, bijvoorbeeld: de gynaecoloog die doet zelfs geen inwendig onderzoek meer gans de zwangerschap lang… En zegt bij den echo of de baarmoederhals verstreken is of niet, staat die open of niet… Gewoon met een uitwendig onderzoek… Gewoon met den echo… Dus ik denk dat dat, ale, voor de patiënt is dat allemaal super comfortabel. Dat wij niet kunnen aanbieden he, dus er zijn kwaliteiten van de gynaecoloog die zeer goed zijn!' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

Zoals eerder vermeld, laat de organisatie rond een bevalling niet langer toe dat huisartsen zelf bevallingen begeleiden. Huisartsen erkennen ook dat dit moeilijk te combineren is met hun andere taken, zowel wat betreft workload als wat betreft beschikbaarheid.

### 3.4.3 Hoe kunnen huisartsen en gynaecologen beter samenwerken tijdens de zwangerschap?

*Verbeteren van de samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog: huisarts gebonden factoren*

Zoals eerder vermeld vinden huisartsen het sensibiliseren van zwangere vrouwen voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding tijdrovend en mogelijk ook teleurstellend. Gelukkig beseffen huisartsen wel dat ze zich toch een beetje kunnen en ook moeten profileren, want het volledige takenpakket van de huisarts is niet altijd gekend bij de

patiënt. Het is dan wel de bedoeling dat de huisarts een concreet plan voorstelt aan de zwangere patiënt in plaats van de vage omschrijving van "gezamenlijke opvolging".

*'- Volgens mij heb je het ook een stuk als huisarts in de hand. Bij diegenen die ik het voorstel van "Ge moogt ne keer bij mij, en dan ne keer bij de gynaecoloog", die zijn akkoord en als ik dan zeg van "Ga maar van de eerste keer bij de gynaecoloog", die zijn ook akkoord dus ale, mijn patiënten die laten zich heel gemakkelijk leiden. Ik denk dat we als huisarts ook leidende figuur kunnen zijn.' (Focusgroep 2: LOK 1 HA)*

De huisarts moet sowieso een verwijsbrief meegeven aan de zwangere patiënte voor de gynaecoloog, o.a. voor kennisgeving van de huisarts en voor overdracht van belangrijke informatie zoals medische voorgeschiedenis en sociale context. Verder moet de huisarts ook de gynaecoloog expliciet informeren – hetzij telefonisch, hetzij via de verwijsbief – dat hij/zij de zwangerschap mee wil opvolgen. De huisarts mag zelfs het schema van de opvolging – met de taakverdeling tussen beide beroepen – zelf expliciet voorstellen aan de gynaecoloog. De gynaecologen stellen immers dat ze dit zullen proberen respecteren.

*'- Eigenlijk zouden we bijna den telefoon moeten nemen, naar de gynaecoloog bellen en zeggen: "Kijk, ik wil absoluut mee opvolgen."*
*- Neen, dat is goed, als ge het ene keer laat weten, eum…*
*- Het er gewoon bijzetten he: "We zouden graag mee opvolgen", dus op de verwijsbrief erbij zetten he.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Maar het is heel eenvoudig he, als men het eum bij de doorverwijzing, alst er een briefje bij is van de huisarts en die schrijft op: "Ik wens de opvolging op die manier te zien", dan zijn daar geen problemen mee.*
*- Ik denk dat je hier moeilijk kan zeggen: we gaan een algemene richtlijn voor de regio Eeklo opbouwen, waarbij vanaf nu alle gynaecologen en alle huisartsen… dat gaat niet…*
*- Neen, de discussie zou anders zijn met de jongere collega's erbij, en dat is ook logisch he.*
*- Het eum… ik denk dat het eigenlijk eum… het allerbelangrijkste dat ik eruit onthoud, is dat het eigenlijk in functie moet zijn van persoon tot persoon he… Als wij weten van welke huisarts we wat moeten doen, dan kunnen we daar rekening mee houden.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Daarnaast beseffen huisartsen ook dat ze als groep eigenlijk wel sterk kunnen staan en dus kunnen ijveren voor een echte gedeelde zwangerschapsbegeleiding, een positief verhaal dus!

*'- Awel, ofwel zegde als OMEHAK gade met een bepaald protocol naar alle gynaecologen. Kijk, vanaf nu zouden wij graag hebben dat van elke keer dat een patiënt bij U komt – zwanger of niet zwanger – want dat is een probleem… Ten eerste: dat ge informeert naar den huisarts: wie is uwen huisarts? Want als er zich een probleem voordoet, dan staan ze wel 's avonds en de zaterdag en de zondag aan onze deur… Zonder da ge van iets weet… Dus: wie is uwen huisdokter? En sowieso vervolgens een deel van de informatie naar de huisdokter, ook al hebt ge als huisarts niet verwezen. En, dat we dan afspreken: kijk, voor den eersten echo, en den tweeden, en op het einde komen ze naar jullie, maar anders is dat een probleem dat eigenlijk geen probleem is, en dat gewoon opgevolgd kan worden door de huisarts… En dan ist opgelost he…' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*Verbeteren van de samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog: gynaecoloog gebonden factoren*

Zowel huisartsen als gynaecologen denken dat zwangere vrouwen eventueel wel kunnen gesensibiliseerd worden voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de gynaecoloog.

*'- Het verschil in Nederland is ook nog dat die samenwerking ook actief wordt gestimuleerd vanuit de gynaecoloog… En ja, die wisselwerking heb je nodig als je zoiets succesvol wil laten verlopen.' (Focusgroep 3: LOK 2 HA)*

*'- En dan zeg je dat effectief tegen de patiënt? Zeg je van: "Ga ne keer naar Uwen huisarts?"*
*- Neen, dan zeggen we niet aan de patiënt: "Kijk, belt ne keer naar Uwen huisarts, maakt daar ne keer een afspraak…" Neen, dan zeg ik: "De volgende consultatie is eigenlijk gewoon een tussencontrole waarbij er geen echo moet gebeuren. Eigenlijk zoude dat beter eens bij Uwen huisarts doen, zodat die U nog ne keer gezien heeft…" Een positief verhaal!" (Focusgroep 1: gynaeco)*

Zoals hierboven vermeld, zijn gynaecologen bereid om het voorgestelde schema van opvolging door de huisarts te respecteren. Ook vinden gynaecologen het belangrijk om de huisarts te informeren waarom ze eventueel eens een zwangerschap alleen willen opvolgen. Verder zijn de deelnemende gynaecologen uit Eeklo bereid om 2 tot 3 keer per jaar samen te zitten met geïnteresseerde huisartsen uit de buurt om bepaalde lokale afspraken te maken of om bepaalde zwangerschapsgerelateerde topics verder toe te lichten.

*'- Omgekeerd trouwens ook: dat wij durven zeggen: "Ik denk dat dit, die zwangerschap, echt niet meer iets is voor U om op te volgen… Dus die komt verder naar mij." En je moet dat correct communiceren, je moet zeggen waarom dat dat is he.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*'- Ja, misschien met de geïnteresseerden ne keer regelmatig samenkomen, dat zou misschien nog niet slecht zijn, dat er ne keer kan samengezeten worden tussen die mensen die frequent zwangerschapsbegeleiding willen doen en mensen die dan in feite de bevalling doen. Zo ken je mekaar ook, dan wordt er ne keer gecommuniceerd, dan wordt er ne keer gewezen op elkaars problemen… eum, of frustraties…*
*- En dan is dat wel, dat zou wel positief zijn! Dat moet niet op maandelijkse basis zijn, zo ne keer om de 4 tot 6 maanden int jaar ne keer, zou al een hele grote vooruitgang zijn.*
*- En dan zou je zo'n topics, medische topics, brengen?*
*- Ja, want er verandert ook bij zwangerschapsbegeleiding af en toe wel iets.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

*Naar de toekomst toe: echt SAMEN werken!*

Naar de toekomst toe zou het wenselijk zijn dat zwangere vrouwen ook wat gesensibiliseerd worden voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding vanuit de maatschappij zelf.

*'- En ook eum vant ministerie uit he… Van volksgezondheid uit he… Sensibilisering van: "Kijk, als ge zwanger zijt, en tis een normale zwangerschap, dan moet ge niet per se naar de gynaecoloog he… Dan moet ge naar de gynaecoloog voor 1 of 2 of 3 consultaties… En gedaan. En dat wordt niet gestimuleerd.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

Indien huisartsen en gynaecologen beslissen om in de toekomst SAMEN zwangerschappen te begeleiden, dan zal die vertrouwensrelatie tussen hen moeten groeien. Elkaar persoonlijk kennen – via bijvoorbeeld de hierboven voorgestelde vergaderingen – kan daarom een eventuele samenwerking vergemakkelijken.

*'- Eum ja, met de gynaecologen in Knokke, als ge al een tijdje een goede samenwerking hebt met elkaar (vanuit Sluis), dan valt ge elkaar natuurlijk niet zo af. Er is vertrouwen in elkaar! En als er iets mis gaat bij een patiënte, of een patiënte moet worden opgenomen, dan bellen die ons ook op.' (Focusgroep 4: LOK 3 HA)*

*'- Dat is een beetje de vraag: speelt dat een rol in het al dan niet samenwerken met de huisarts, dat medicolegale aspect?*
*- Ik denk dat wel ja… Ge moet daar toch vertrouwen hebben in elkaar he…*
*- Ge moet denk ik vooral eum vertrouwen hebben in het feit dat die huisdokter waardat je op die manier mee samenwerkt het even serieus controleert en evenveel ervaring ook heeft.' (Focusgroep 1: gynaeco)*

Medicolegaal gezien vinden zowel gynaecologen als huisartsen het belangrijk om afspraken te maken rond taakverdeling – zoals eerder vermeld liever lokale afspraken in functie van persoon tot persoon dan een algemene richtlijn. Hieronder volgt een voorstel van taakverdeling – enkel wat betreft timing, nog zonder concrete inhoud – enerzijds door de huisartsen en anderzijds door de gynaecologen.

*VOORSTEL HUISARTSEN*

- *een preconceptie consult bij de huisarts*
- *een tweede HCG bepaling bij de huisarts in het begin van de zwangerschap in plaats van onmiddellijk een echografie bij de gynaecoloog*
- *globaal gezien 3 consultaties bij de gynaecoloog*
  ** 1ste consult bij de huisarts op 6 weken; rond 12-14 weken echo; rond 16 weken bij de huisarts; rond 20 weken echo; vrije keuze van arts voor extra consultaties tussendoor*
  ** echo op 12 weken; op 25 weken structurele echo; vanaf 37 weken naar de gynaecoloog*
- *meerderheid van de huisartsen: vanaf 32 weken doorgeven aan de gynaecoloog*

*VOORSTEL GYNAECOLOGEN*

- *per 3 tot 4 weken afwisselend naar de huisarts en de gynaecoloog, met eventueel wat extra echomomenten*
- *vanaf 33 weken bij de gynaecoloog*

# 4 GOEDE PRAKTIJKVOERING VANUIT NEDERLAND MET BELGISCH ZIEKENHUIS

Tijdens het focusgroep interview met de 14 huisartsen uit Kaprijke, Sint-Laureins, Bassevelde en Oosteeklo was er één vrouwelijke collega aanwezig met deeltijds werk vanuit een huisartsenpraktijk in Sluis (Nederland), waar er echt actief aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding wordt gedaan. Vanuit Sluis wordt er samengewerkt met de gynaecologen uit het ziekenhuis in Knokke. Blijkbaar is er wel een goede wisselwerking tussen huisartsen in de regio Sluis en de gynaecologen uit het ziekenhuis in Knokke. Hieronder zullen een aantal faciliterende elementen in deze samenwerking benoemd worden.

Eerst en vooral is in Nederland een zwangerschapsbegeleiding door de huisarts echt wel nog ingeburgerd. Enkel de visie rond het uitvoeren van een bevalling is er veranderd: zwangere patiënten beschouwen het als normaal en vanzelfsprekend dat de gynaecoloog hen hierin begeleid. Vandaar dat huisartsen in Nederland vaak geen bevallingen meer doen, maar wel nauwgezet de taak van zwangerschapsbegeleiding op zich nemen. Deze werkwijze wordt ook ondersteund door de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland, aangezien er in Nederland een verplichte verwijzing is door de huisarts.

In de huisartsenpraktijk in Sluis is er een soort van stilzwijgende afspraak met het ziekenhuis in Knokke dat de huisarts zelf maandelijks de zwangere patiënte opvolgt. De bevalling wordt er sowieso doorgegeven aan de gynaecologen uit het ziekenhuis in Knokke. De huisarts verwijst de zwangere patiënte doorgaans 3 tot 4 keer naar de gynaecoloog voor een echografische controle. Er wordt gebruik gemaakt van de NHG standaard over zwangerschap, kraamperiode en de pasgeborene. (16) Op die manier is er ook duidelijkheid over de medische indicaties voor verwijzing naar de gynaecoloog. Er wordt wel aangegeven dat ook in Nederland deze taakverdeling tussen de huisarts en de gynaecoloog moet bewaakt worden.

In de huisartsenpraktijk in Sluis is er een wederzijds vertrouwen in de gynaecologen uit het ziekenhuis in Knokke. De huisartsen kennen de samenwerkende gynaecologen en zullen altijd hun collegialiteit tonen: zij staan SAMEN in voor de zorg voor de zwangere patiënte en haar ongeboren kind. Communicatie en overleg gebeuren meestal telefonisch, dus niet enkel bij een complicatie zoals in België. De drempel voor telefonisch overleg is er zeer laag. Er is in Nederland ook de mogelijkheid om een telefonische afspraak vast te leggen voor een bloeddrukmonitoring, waarna de zwangere patiënte voor de bespreking van de resultaten in de eerste plaats teruggaat naar haar huisarts. Zoals de titel van de NHG standaard al aangeeft, gebeurt ook de postnatale zorg – met onder meer de postnatale anticonceptie – in Nederland door de huisarts. De huisarts voelt zich doorgaans een echte familie arts en ook de band met het gezin wordt versterkt door de opvolging van de zwangerschap: in Nederland bellen de ouders vaak zelf naar de huisarts om te laten weten dat hun kindje geboren is.

# 5 DISCUSSIE

In België zijn er momenteel vier belangrijke spelers binnen zwangerschapsbegeleiding, namelijk de huisarts, de gynaecoloog, de vroedvrouw en de zwangere patiënte. Hieronder volgen argumenten om al dan niet een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te realiseren in de praktijk vanuit het perspectief van de huisarts en de gynaecoloog. Er worden ook oplossingen aangereikt voor de toekomst.

**Waarom de huisarts en de gynaecoloog een gedeelde zwangerschapsbegeleiding mijden, aangevuld met mogelijke oplossingen voor de toekomst**

Huisartsen beseffen dat in de huidige maatschappij zwangerschapsbegeleiding door de huisarts niet meer is ingeburgerd. Doordat er geen verplichte verwijzing is in België en door de toenemende plethora bij de gynaecologen kan de zwangere patiënte steeds meer en meer de opvolging sturen. Vaak wordt er gekozen voor een opvolging van de zwangerschap uitsluitend door de gynaecoloog. Huisartsen vinden dat gynaecologen zich te veel wegsteken achter deze keuze van de patiënte. Nochtans zou – vanuit het perspectief van zwangere vrouwen uit Canada – deze vrije keuze van hulpverlener kunnen bijdragen tot kwaliteitsvolle prenatale zorg. (7)

Huisartsen vinden in elk geval dat het niet hun taak is om zwangere vrouwen te gaan sensibiliseren voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding. Dit zou wel eens tijdrovend en – in de huidige context – teleurstellend kunnen zijn. Gynaecologen zijn gelukkig bereid om actief deze samenwerking te stimuleren aangezien zij ervaren dat zwangere vrouwen tevreden zijn als de huisarts wordt betrokken in de opvolging. Geïnteresseerde huisartsen kunnen zich wel proberen profileren door zwangerschapsbegeleiding expliciet op te nemen in hun takenpakket – bijvoorbeeld via een informatiefolder of een website – en door een concreet plan van taakverdeling tussen de huisarts en de gynaecoloog aan te reiken.

Daarnaast ervaren huisartsen een tendens om normale follow-up te laten doorgaan bij de gynaecoloog en acute problemen – al dan niet zwangerschapsgebonden – te laten opvangen door de huisarts. Mogelijk speelt hierin het toenemende aantal vrouwelijke gynaecologen een rol aangezien zij meer belang zouden hechten aan time management en dus niet altijd meer beschikbaar willen zijn. Nochtans verwachten zwangere vrouwen uit België en uit Canada van hun prenatale zorgverlener wel degelijk beschikbaarheid buiten de geplande consultatie uren. (6-7) Sommige huisartsen hebben zelfs de ervaring dat een gynaecoloog niet beschikbaar was bij een urgente doorverwijzing. Om deze drukke agenda van de gynaecoloog wat te ontlasten, zouden huisartsen een belangrijk deel van de routine controles tijdens een zwangerschap kunnen op zich nemen. Op die manier is er ook – bij een urgent probleem – een vlotte doorstroom van de eerste naar de tweede lijn mogelijk.

Zwangere vrouwen uit België verwachten vooral geruststelling omtrent de gezondheid van hun ongeboren kind, hetgeen zij vertalen naar de noodzaak tot een maandelijkse

echografie. (6) Huisartsen beseffen dat dit een serieuze beperking is in de infrastructuur van hun praktijk en vinden dat er sowieso te veel niet terugbetaalde echo's gebeuren door de gynaecoloog. Huisartsen melden doorgaans 3 essentiële echomomenten tijdens de zwangerschap, in overeenstemming met de richtlijn van Domus Medica. (4) Gynaecologen daarentegen stellen dat niet elke niet terugbetaalde echo mag bestempeld worden als een pretecho: medicolegaal gezien is het niet haalbaar om op slechts 3 echomomenten alle essentiële informatie te verzamelen. Volgens gynaecologen kunnen zwangere vrouwen ook niet gesensibiliseerd worden om minder echo's te laten doen, omdat echo's nu eenmaal niet schadelijk zijn. Wel achten gynaecologen het mogelijk om het aantal echomomenten te verminderen – echter niet tot een minimum van 3 – door tussentijdse controles te laten doorgaan bij de huisarts. Huisartsen beschouwen de beschikbaarheid van een Doppler toestel in hun praktijk als een voorwaarde om aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kunnen doen.

Voor zwangere vrouwen uit Canada betekent continuïteit van zorg soms continuïteit van zorgverlener: sommige zwangere vrouwen willen opgevolgd worden door de zorgverlener die ook de bevalling zal doen. (7) Van de 40 deelnemende huisartsen uit de focusgroepen is er geen enkele huisarts meer die nog bevallingen begeleidt. Zowel financiële aspecten, medicolegale aspecten als praktijkorganisatorische aspecten spelen hierin een rol, zoals ook reeds vermeld in het literatuuronderzoek. (10) Ook al was een bevalling voor vele huisartsen een unieke ervaring, toch zijn huisartsen bereid om deel te nemen aan zwangerschapsbegeleiding ook zonder de bevalling. Doorgaans zouden huisartsen vanaf 32 weken de opvolging volledig doorgeven aan de gynaecoloog, hetgeen een duidelijk verschil is met de richtlijn van Domus Medica. (4) In die periode vinden huisartsen dat de gynaecoloog sowieso meer comfort kan bieden aan de zwangere patiënte doordat een inwendig onderzoek kan vervangen worden door een uitwendige echografie. Gynaecologen vinden jonge huisartsen ook niet meer bekwaam om touchers te doen.

Huisartsen melden wel een duidelijk andere visie tussen hen en de gynaecoloog i.v.m. zwangerschap en bevalling. De niet terugbetaalde echografieën, de verschillende mogelijkheden i.v.m. prenatale diagnostiek en de toegenomen techniciteit bij een bevalling hebben allen bijgedragen tot een medicalisering van zwangerschap en geboorte. Huisartsen zetten zich typisch af tegen dit fenomeen, hetgeen kan leiden tot verschillende interpretaties bij de zwangere patiënte: is de huisarts onverschillig, wil de huisarts niet betrokken zijn of is de huisarts niet bekwaam om een zwangerschap op te volgen? Ondanks dit verschil in visie en opleiding willen zowel huisartsen als gynaecologen op één lijn staan bij een gedeelde zwangerschapsbegeleiding: ze willen elkaar ondersteunen in plaats van af te vallen. De kritiek op elkaar en de negatieve communicatie over elkaar naar de zwangere patiënte toe moeten absoluut verdwijnen. Vandaar dat huisartsen een regelmatige bijscholing door samenwerkende gynaecologen nuttig vinden en dat ook gynaecologen hiertoe bereid zijn.

Uit het literatuuronderzoek van Dr. Ann-Sophie Phyfferoen en Dr. Stefanie Vermandere is gebleken dat sommige huisartsen blijkbaar niet langer wensen te participeren in zwangerschapsbegeleiding en dit om uiteenlopende redenen: een breuk in hun routine, een gevoel van onkunde, of angst voor medicolegale problemen. (5) Uit hun bevraging van 25 huisartsen uit de regio Roeselare kwamen echter totaal verschillende resultaten: alle huisartsen – met uitzondering van één oudere mannelijke collega – waren daar vragende partij om aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te doen. (5) Onze bevraging van 40 huisartsen uit de regio Eeklo levert terug andere resultaten op: van de 14 huisartsen uit Eeklo zelf zijn er slechts 5 bereid om effectief meer taken en verantwoordelijkheden op te nemen in zwangerschapsbegeleiding. Als reden melden zij gewoon dat ze eigenlijk tevreden zijn met hoe het nu loopt, dit wil zeggen: zij zien de zwangere vrouw eventueel terug naar aanleiding van een bloedonderzoek en zij geven algemene informatie over het verloop van een zwangerschap, zonder zelf mee op te volgen. Hieruit kunnen we besluiten dat niet elke huisarts dezelfde verwachtingen heeft i.v.m. een gezamenlijke opvolging van de zwangerschap: wil de huisarts dit echt actief of eerder passief? Blijkbaar maakt de huisarts soms dus ook zelf de bewuste keuze om niet actief deel te nemen aan zwangerschapsbegeleiding. Gynaecologen uit Eeklo geven inderdaad aan dat ze na verloop van tijd wel weten welke huisarts wat van hen verwacht. Het is daarom ook dat gynaecologen uit Eeklo zo kritisch staan tegenover het opstellen van een algemeen geldende richtlijn: in de geneeskunde is niet alles zwart op wit en er zijn meerdere manieren om eenzelfde doel te bereiken. Vandaar dat gynaecologen uit Eeklo liever willen werken in functie van persoon tot persoon – lees: in functie van huisarts tot huisarts – zodat zowel de gynaecoloog als de samenwerkende huisarts ruimte hebben voor nog wat persoonlijke input bovenop een bepaalde basisstructuur.

Naast het feit dat de huisarts zelf beslist om al dan niet ACTIEF deel te nemen aan zwangerschapsbegeleiding, speelt de gynaecoloog zelf uiteraard ook nog een belangrijke rol. Gynaecologen vinden zwangerschapsbegeleiding ook een taak van de huisarts, op voorwaarde dat er geen risicofactoren zijn die specialistische zorg vereisen. De richtlijn van Domus Medica voorziet onder andere in een niet limitatieve lijst van dergelijke risicofactoren die mogelijk bijkomende zorg noodzaken. (4) In geval van een normale – low risk – zwangerschap is de huisarts volgens de gynaecoloog de ideale zorgverlener om een aantal preventieve taken en handelingen op zich te nemen. In de praktijk hebben huisartsen jammer genoeg het gevoel dat ze deze erkenning van de gynaecologen niet krijgen. Huisartsen vrezen ook voor een volledige overname van de zwangerschapsbegeleiding door de vroedvrouwen omdat er sowieso binnen een ziekenhuis al een samenwerking is tussen hen en de gynaecologen tijdens de arbeid en de bevalling. Huisartsen zijn van mening dat een vroedvrouwconsult voor en tijdens de zwangerschap best zou afgeschaft worden. Het is dan de taak van de maatschappij en van de gynaecoloog om het preconceptie consult bij de huisarts en de zwangerschapsopvolging bij de huisarts terug bekend te maken bij de bevolking.

Zoals vermeld in het literatuuronderzoek kan communicatie echt een troef zijn van de huisarts. Zwangere vrouwen uit Canada en uit Londen melden inderdaad dat zij een empathische houding met voldoende ruimte en tijd voor vragen belangrijk vinden. (7, 13) Ook huisartsen beseffen dat een zwangere patiënte hen vaak zal betrekken bij fundamentele beslissingen – bijvoorbeeld i.v.m. Down screening of i.v.m. een actieve zwangerschapsonderbreking – ook al is er op dat moment eigenlijk sprake van een exclusieve opvolging door de gynaecoloog.
De tijd en de energie die een huisarts wil investeren in communicatie met een zwangere patiënte staan in schril contrast met de minimale inspanningen die momenteel geleverd worden door zowel de huisarts als de gynaecoloog om een goede informatie doorstroom te hebben van de eerste naar de tweede lijn en omgekeerd. Het enige wat momenteel echt goed loopt, is de communicatie bij een complicatie tijdens de zwangerschap: zowel huisartsen als gynaecologen geven dan de voorkeur aan een extra telefonische communicatie. Over de focusgroep interviews heen lijkt een communicatie document dat mee heen en weer gaat met de zwangere patiënte – zoals het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin – momenteel de beste optie om de doorstroom van informatie tijdens een gedeelde zwangerschapsbegeleiding te verzekeren. Dit is in overeenstemming met de richtlijn van Domus Medica omdat zo'n document ook bijdraagt tot patient empowerment. (4)

**Implicaties voor de regio Eeklo**

In Eeklo wordt er momenteel gebouwd aan een nieuw ziekenhuis. Dit is misschien het ideale moment om de verschillende suggesties die gegeven zijn tijdens de focusgroep interviews ter verbetering van de samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog samen te bespreken. Immers, zowel de geïnteresseerde huisartsen als de gynaecologen hebben aangegeven dat ze bereid zijn tot overleg. Het primaire doel zou daarbij niet zijn om te komen tot een algemeen geldende richtlijn, maar wel om te komen tot een zekere basisstructuur – bijvoorbeeld in de vorm van een klinisch zorgpad – waarbij er nog ruimte is voor persoonlijke input van zowel de huisarts als de gynaecoloog.
De huidige communicatie via elektronische brieven lijkt toch een aantal valkuilen te vertonen. Een elektronisch gedeeld medisch dossier zal ook in het nieuwe ziekenhuis nog niet onmiddellijk voorhanden zijn. In afwachting kan er misschien een uniform communicatie document uitgewerkt worden om mee te geven aan de zwangere patiënte wanneer er gekozen wordt voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding.
Verder kunnen geïnteresseerde huisartsen nadenken over hoe ze zichzelf kunnen profileren binnen die zwangerschapsbegeleiding: via een informatiefolder in de wachtzaal van zowel de huisarts als de gynaecoloog met een duidelijk schema van taakverdeling? Door het aanschaffen van een Doppler toestel in de huisartsenpraktijk? Uiteindelijk kunnen jaarlijks een aantal bijeenkomsten vastgelegd worden tussen de geïnteresseerde huisartsen en de gynaecologen, om op die manier kwaliteitsvolle en zinvolle prenatale zorg te kunnen blijven bieden.

## Sterktes en beperkingen van de studie

Zoals eerder vermeld onder de rubriek onderzoeksopzet werd er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk de focusgroep. Het was immers niet de bedoeling om onmiddellijk een richtlijn – zoals deze van Domus Medica – te proberen implementeren in de klinische praktijk. Het was wel de bedoeling om de context en het proces van zwangerschapsbegeleiding in de regio Eeklo te verkennen, en dit vanuit het perspectief van de regionale gynaecologen en huisartsen. Bij dit soort onderzoek kunnen er geen hypothesen bewezen worden, maar wel gegenereerd worden om nadien te dienen voor verder onderzoek.

### Sterktes

Er werd gekozen om de ervaringen, de ideeën, de verwachtingen en de eventuele bezorgdheden i.v.m. een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog na te gaan. Een sterkte is onder andere dat deze elementen bevraagd zijn bij beide beroepsgroepen. Verder waren er tijdens de focusgroep interviews ofwel enkel gynaecologen ofwel enkel huisartsen aanwezig, dit om in alle openheid reacties te kunnen geven. Ook de focusgroep interviews met de huisartsen werden zo laagdrempelig mogelijk gehouden doordat er onder andere enkel huisartsen van eenzelfde LOK groep aanwezig waren. Verder werd er specifiek gekozen voor een focusgroep interview i.p.v. face-to-face interviews met individuele huisartsen en gynaecologen: op die manier kan er een groepsdiscussie ontstaan met veel interacties en kunnen er meer gegevens naar boven komen.
Elk focusgroep interview werd woord per woord uitgetypt in een Word document en nadien manueel gecodeerd. Deze manuele codes werden overlopen en overlegd met de co-promotor. De definitieve codes werden vervolgens opgesomd in een Excel document: op die manier kon er nagegaan worden hoeveel keer een bepaalde code aan bod was gekomen en konden er ook onmiddellijk interessante citaten toegevoegd worden. Uiteindelijk werden alle codes opgesomd op post-its – groene kleur voor faciliterende elementen en rode kleur voor belemmerende elementen – en geanalyseerd samen met de co-promotor. De uiteindelijke schemata van het axiale coderen werden ook nagekeken door de promotor.
Tijdens het focusgroep interview met de 14 huisartsen uit Kaprijke, Sint-Laureins, Bassevelde en Oosteeklo was er één vrouwelijke huisarts aanwezig met een praktijk in Sluis (Nederland). Daardoor zijn er elementen aan bod gekomen van goede praktijkvoering vanuit Sluis met het ziekenhuis in Knokke. Dit heeft zeker bijgedragen tot extra inzichten in dit onderwerp.

### Beperkingen

Ten eerste waren er tijdens het focusgroep interview met de gynaecologen slechts 3 van de 5 gynaecologen uit het AZ Alma ziekenhuis in Eeklo aanwezig. Net de twee jongere collega's konden er niet bij zijn, hetgeen uiteraard een beperking is omdat net jongere gynaecologen misschien een andere visie hebben op samenwerking met de huisarts.
Ten tweede werden er slechts 3 focusgroep interviews met huisartsen georganiseerd.

Zoals eerder vermeld onder de rubriek onderzoeksopzet werd er daarbij wel rekening gehouden met de lokalisatie van de huisartsen en de mogelijke samenwerking met het AZ Alma ziekenhuis in Eeklo. Indien de huisartsen ten westen van Eeklo – met vermoedelijk meer samenwerking met Brugge – en de huisartsen ten zuiden van Eeklo – met vermoedelijk meer samenwerking met Gent – ook betrokken waren geweest, dan had dit waarschijnlijk andere data opgeleverd. Het aantal deelnemende huisartsen was nu beperkt tot een aantal van 40. Op het einde van de open codering was er geen volledige saturatie van de gegevens, er kwamen nog enkele nieuwe codes bij. Tijdens de focusgroep interviews met huisartsen waren er ook steeds meer mannelijke collega's aanwezig.
Tenslotte is het zo dat deze resultaten zeer regio afhankelijk zijn. Zo zijn er toch een aantal duidelijke verschillen naar boven gekomen in vergelijking met de regio Roeselare.

**Implicaties voor verder onderzoek**

Ook al was de studiepopulatie van huisartsen al groter dan in de regio Roeselare (40 t.o.v. 25 huisartsen), dan nog kon er geen volledige saturatie van open codes bereikt worden. Verder zijn er een aantal duidelijke verschillen naar boven gekomen in vergelijking met de regio Roeselare. Mogelijk zouden er nog andere verschillen aan het licht kunnen komen door eenzelfde onderzoek te herhalen in een andere regio, best met inclusie van een nog grotere studiepopulatie.
Voor de regio Eeklo zelf zou dit kwalitatief onderzoek kunnen vervolgd worden met een kwantitief onderzoek. Immers, er zijn veel suggesties gegeven om de samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog tijdens de zwangerschap te verbeteren. Er zou een project kunnen opgezet worden – bijvoorbeeld door bijeenkomsten te organiseren tussen de gynaecologen en de verschillende LOK groepen – om deze gedeelde zwangerschapsbegeleiding effectief in de praktijk te brengen. Op die manier zou er een voormeting en een nameting van de situatie kunnen gebeuren.

# 6 BESLUIT

De huidige organisatie van de gezondheidszorg in België – met een vrije keuze van huisarts en zonder een verplichte doorverwijzing door de huisarts – bemoeilijkt een gedeelde zwangerschapsbegeleiding door de huisarts en de gynaecoloog. Door de medicalisering en commercialisering van zwangerschap en geboorte is zwangerschapsbegeleiding bij de huisarts ook niet meer ingeburgerd. Binnen de prenatale zorgverlening wordt meer en meer de klemtoon verlegd van kwantiteit naar kwaliteit. Immers, uit onderzoek is gebleken dat zuiver méér prenatale consultaties per zwangerschap geen garantie bieden voor betere zorg tijdens die zwangerschap. Zinvolle en kwaliteitsvolle zorg tijdens een zwangerschap omvat minstens één bloeddrukmeting, één labo en één echografie tijdens het eerste trimester, gevolgd door minstens twee bloeddrukmetingen en één echografie tijdens het tweede trimester, om te eindigen met minstens drie bloeddrukmetingen en één labo tijdens het derde trimester. Het uiteindelijke doel is dat dit beperkte aantal specifieke interventies gehaald worden tijdens elke zwangerschap. Binnen dit denkkader zou de huisarts bijkomend verschillende meerwaarden kunnen bieden tijdens de opvolging van een zwangerschap, zowel op medisch, psychologisch, sociaal als communicatief vlak. Ook vóór de zwangerschap zou de huisarts preventief kunnen werken via een preconceptie consult. De gynaecoloog zou zowel fysiek als medicolegaal een beetje kunnen ontlast worden. Dit veronderstelt wederzijds vertrouwen in elkaar en overleg met elkaar over een haalbare taakverdeling, zowel wat betreft timing als inhoud van de consultaties. Ook de informatie doorstroom van de eerste lijn naar de tweede lijn en omgekeerd moet geoptimaliseerd worden, eventueel door de zwangere patiënte zelf een communicatie document aan te reiken. Zowel de maatschappij als de gynaecoloog kunnen starten met sensibilisering van zwangere vrouwen voor een gedeelde zwangerschapsbegeleiding SAMEN met de huisarts. De huisarts zelf kan zich profileren door informatie en educatie voor zwangere patiënten te voorzien en door een Doppler toestel aan te schaffen. Om kwaliteitsvolle prenatale zorg te kunnen bieden, blijft het wel belangrijk dat zowel de zwangere patiënte als de huisarts zelf kunnen beslissen om al dan niet in te stappen in een echte ACTIEVE gedeelde zwangerschapsbegeleiding.

# 7 REFERENTIES

1. Bevolking – Evolutie van het aantal geboorten in België sinds 1830-2012 [Internet] Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie – Thematische Directie Samenleving. Beschikbaar via: http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/evolutie_van_het_aantal_geboorten_belgie.jsp

2. Aantal erkende huisartsen per 1000 inwoners voor zorgregio IP112, Vlaams Gewest, 2011 [Internet] Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Aanbodratio's-huisartsen-en-specialisten/#huisarts

3. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang W, Alexander S, Mambourg F, Ramaekers D. Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. [Internet] Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/nationale-richtlijn-prenatale-zorg-een-basis-voor-een-klinisch-pad-voor-de-opvolg

4. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaeck N, Jacquemyn Y, Temmerman M, De Smedt C. Zwangerschapsbegeleiding. [Internet] Domus Medica. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/zwangerschap.html. Geraadpleegd 2014 november 11.

5. Phyfferoen A-S, Vermandere S. Samen zwanger. Wat denken huisartsen en gynaecologen over gedeelde zwangerschapsopvolging? Een exploratief onderzoek bij huisarts en gynaecoloog. [Internet] Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproeven/.

6. Baert B, Jacobs M. Verwachtingen en kennis van vrouwen over zwangerschapsopvolging. [Internet] Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproeven/.

7. Sword W, Heaman M, Brooks S, Tough S, Janssen P, Young D, Kingston D, Helewa M, Akhtar-Danesh N, Hutton E. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012; 12-29.

8. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. European Journal of Public Health 2012; 23 (3): 366-371.

9. Boerma WGW, Fleming DM. The role of general practice in Primary Health Care. WHO regional office for Europe 1998.

10. Wiegers TA. General practitioners and their role in maternity care. Health Policy 2003; 66: 51-59.

11. Coco A. How often do physicians address other medical problems while providing prenatal care? Annals of Family Medicine 2009; 7 (2): 134-138.

12. Feijen-de Jong E, Baarveld F, Jansen D, Ursum J, Reijneveld S, Schellevis S. Do pregnant women contact their general practitioner? A register-based comparison of healthcare utilisation of pregnant and non-pregnant women in general practice. BMC Family Practice 2013; 14: 10-17.

13. Raine R, Cartwright M, Richens Y, Mahamed Z, Smith D. A qualitative study of women's experiences of communication in antenatal care: identifying areas for action. Matern Child Health Journal 2010; 14: 590-599.

14. Nicolson S, Pirotta M, Chondros P. 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: 509-513.

15. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoekmethoden. 4de editie. Leuven: Uitgeverij Acco; 2013.

16. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma TJ, Goudswaard AN, Van Asselt KM. NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode. [Internet] Nederlands Huisartsen Genootschap. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-zwangerschap-en-kraamperiode

# BIJLAGEN

## Informatiebrief voor huisartsen en gynaecologen

Geachte collega's,

Dr. Nele De Loor is in september 2013 gestart als huisarts in opleiding in de praktijk van Dr. Jörgen Joos in Eeklo. In het kader van haar opleiding werkt zij aan een thesis met als onderwerp "**gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: hoe denken huisartsen en gynaecologen in de regio Eeklo hierover?"**
In 2006 werd door Domus Medica een richtlijn over zwangerschapsbegeleiding gepubliceerd bestemd voor alle huisartsen geïnteresseerd in het opvolgen van een normale zwangerschap tussen conceptie en 41 weken. Deze richtlijn omvat een voorstel tot samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog gedurende de volledige zwangerschap, met een duidelijke omschrijving van timing en inhoud van de consultaties voor beide beroepen. Uit cijfers blijkt ook dat een Vlaamse huisarts jaarlijks gemiddeld bijna 12 zwangere vrouwen in zijn/haar praktijk heeft.
Het betreft een kwalitatief onderzoek om de situatie in Eeklo te verkennen en inzichtelijk te maken. Daarbij wil Dr. De Loor nagaan wat de ervaringen, verwachtingen, eventuele bezorgdheden zijn in verband met een gedeelde zwangerschapsbegeleiding, en dit vanuit het perspectief van de regionale huisartsen en gynaecologen. Praktisch zal er een focusgroep interview – dit is een begeleide gestructureerde discussie – georganiseerd worden met 3 tot 4 LOK-groepen van huisartsen uit de regio Eeklo en met een groep gynaecologen, waarvan de meeste werkzaam zijn in het AZ Alma ziekenhuis in Eeklo.
Verdere informatie over het onderzoek:

- Het **interview** wordt begeleid door de huisarts in opleiding of de co-promotor of de praktijkopleider. Zij stellen enkel open vragen. U vertelt, U kan inpikken op de reacties van collega's, zij luisteren enkel.
- Bij het interview zijn ofwel enkel huisartsen, ofwel enkel gynaecologen aanwezig, dit om in alle openheid reacties te kunnen geven. Aangezien de organisatie voor huisartsen verloopt via een LOK-vergadering, zijn er tijdens het interview enkel huisartsen van die LOK-groep aanwezig.
- De discussie zal opgenomen worden op tape en op video. Alle gegevens worden **anoniem** verwerkt en zullen enkel gebruikt worden voor deze studie. In de uitgetypte tekst zal er geen verwijzing zijn naar Uw identiteit. De tapes en de video's worden achteraf gewist.
- Voorafgaand aan het interview zal U gevraagd worden om een vragenlijst in te vullen (demografische gegevens, praktijkorganisatie, huidige situatie in verband met zwangerschapsopvolging,…).
- Het interview zelf zal ongeveer **60-75 min.** duren.
- Deelname aan dit onderzoek wordt **niet vergoed.**
- Voor de huisartsen telt deelname aan dit onderzoek voor één van de LOK-vergaderingen.
- Deelname aan dit onderzoek is **niet verplicht.** U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en U kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat U hiervoor een reden moet opgeven.
- Als U deelneemt, wordt U gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

**Wij danken U alvast voor Uw medewerking!**
Met vriendelijke groeten,
Dr. Nele De Loor Dr. Jörgen Joos

Mede in naam van Prof. Dr. Sara Willems, mijn promotor, en Dr. Piet Vanden Bussche, mijn co-promotor.

## Toestemmingsformulier artsen

NAAM HUISARTS / GYNAECOLOOG: .....

1. Ik bevestig dat Dr. …… (naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname aan het interview alsook het invullen van de vragenlijst geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit het onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens en mijn praktijkervaringen tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar de persoon). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. De audio- en video-opnames zullen bovendien vernietigd worden na verwerking van de gegevens.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan Universiteit Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient U de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van Universiteit Gent toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten, omdat de wet omschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden, ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

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

**Datum** **Handtekening**

Ik, ondergetekende, Dr. Nele De Loor, bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze kwalitatieve studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de huisarts / gynaecoloog heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

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

**Datum** **Handtekening**

## Vragenlijst gynaecologen (10 vragen) en huisartsen (15 vragen)

- Geslacht: man / vrouw
- Leeftijd: in jaren: ……

- Tijd voorzien per consultatie: in minuten: ……
- Wachten: georganiseerde wacht / continue wacht voor eigen patiënten
- Heeft U de richtlijn "zwangerschapsbegeleiding" van Domus Medica al eens doorgenomen / gebruikt: ja / neen
- Indien patiënten U consulteren voor het vaststellen van een zwangerschap, wordt de huisarts dan geïnformeerd over deze zwangerschap (bijvoorbeeld via een elektronische brief of via een kopie van het bloedonderzoek): ja / neen
- Worden sommige zwangerschappen door U opgevolgd in samenwerking met de huisarts (dit wil zeggen: op bepaalde tijdstippen in de zwangerschap geen consultatie bij U, maar bij de huisarts): ja / neen
- Maakt U gebruik van het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin om gegevens in te noteren bij elke consultatie: ja / neen
- Consulteren zwangere vrouwen U tijdens hun zwangerschap voor niet-zwangerschapsgebonden problemen (bijvoorbeeld: luchtweginfecties, vaccinaties, verwondingen,…): ja / neen; **indien 'ja'**, verwijst U hen daarvoor naar hun huisarts: ja / neen
- Zou U bereid zijn om regelmatig bijscholing te geven over dit onderwerp aan samenwerkende huisartsen uit de buurt: ja / neen

- Geslacht: man / vrouw
- Leeftijd: in jaren: ……
- Praktijkorganisatie: enkel vrije consultaties / enkel op afspraak / gemengd vrije consultaties en op afspraak
- Tijd voorzien per consultatie: in minuten: ……
- Wachten: enkel georganiseerde wachten / combinatie georganiseerde wachten EN praktijkwachten
- Praktijkvorm: solo / duo / groep
- Praktijksetting: landelijk / stedelijk
- Heeft U de richtlijn "zwangerschapsbegeleiding" van Domus Medica al eens doorgenomen / gebruikt: ja / neen
- Consulteren patiënten U voor een (pre)conceptie consult (dus ook vaststellen van een zwangerschap): ja / neen
- Consulteren patiënten U voor verdere opvolging van de zwangerschap (in samenwerking met de gynaecoloog): ja / neen

- Consulteren zwangere vrouwen U tijdens hun zwangerschap voor niet-zwangerschapsgebonden problemen (bijvoorbeeld: luchtweginfecties, vaccinaties, verwondingen,…): ja / neen

- Hoe verloopt communicatie met de gynaecoloog: via elektronische brieven / via het zwangerschapsboekje van Kind en Gezin / via doorgestuurde bloedonderzoeken / weinig tot geen communicatie

- Praktiseert U nog bevallingen: ja / neen

- Beschikt U over een Doppler toestel in Uw praktijk: ja / neen
  **indien 'neen':** zou U bereid zijn om een Doppler toestel aan te schaffen om zo aan gedeelde zwangerschapsbegeleiding te kunnen doen: ja / neen

- Zou U bereid zijn om regelmatig bijscholing te volgen over dit onderwerp via samenwerkende gynaecologen uit de buurt: ja / neen

## Interview guide – vragen in rood zijn extra nieuwe vragen o.b.v. het literatuuronderzoek

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?
- Wordt er informatie gegeven over de mogelijkheid van gedeelde zwangerschapszorg aan zwangere vrouwen of stellen zwangere vrouwen soms zelf deze vraag?

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?
- Is er bijscholing nodig voor huisartsen? Zo ja, over welke topics? Zijn gynaecologen bereid om deze bijscholing te geven?

- De meeste vrouwen verwachten maandelijks een echografie ter geruststelling over de gezondheid van hun ongeboren kind. Wat kan je als huisarts doen om vrouwen hierover gerust te stellen? / Wat kan de huisarts volgens jullie doen om vrouwen hierover gerust te stellen?
- **Voor de gynaecologen:** wie doet een maandelijkse echografie? Wat is de meerwaarde ervan? Krijgen patiënten informatie over het aantal terugbetaalde echografieën?

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 communicatie zeer goed verliep? Indien ja: hoe komt dat?
- Heb je een voorbeeld van een zwangerschap waarbij de communicatie 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? Adequaat ingevuld?
- Hoe zou je de communicatie kunnen verbeteren? Gedeeld dossier?
- Wordt de huisarts verwittigd wanneer een complicatie optreedt? Vindt 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 loopt 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)

**Gunstig advies Ethisch Comité**

Universitair Ziekenhuis Gent
Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK
Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| UW KENMERK | ONS KENMERK | DATUM | KOPIE |
| | 2014/0264 | 25-mrt-14 | Zie "CC" |

**BETREFT**

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kwalitatief onderzoek naar gedeelde zwangerschapsbegeleiding door huisarts en gynaecoloog: Hoe denken huisartsen en gynaecologen in de regio Eeklo hierover? - MAnaMa Nele De Loor

**Belgisch Registratienummer: B670201420569**

* Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 16/03/2014) (volledig ontvangen dd. 17/03/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier huisartsen en gynaecologen
* Protocol + voorstel vragenlijst voor huisartsen en gynaecologen

**Advies werd gevraagd door:**
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**
**ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/03/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/03/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.**
**A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 24/03/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/03/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
**Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/04/2014**
**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014**

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.. die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| UW KENMERK | ONS KENMERK | DATUM | KOPIE |
| | 2014/0264 | 25-mrt-14 | Zie "CC" |

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0264

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**
**Prof. dr. D. MATTHYS**
**Voorzitter / Chairman**

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

## Goedgekeurd Protocol Ethisch Comité

Het betreft een kwalitatief onderzoek om de huidige situatie in verband met zwangerschapsopvolging in de regio Eeklo te verkennen en inzichtelijk te maken, dit zowel vanuit het perspectief van huisartsen als gynaecologen. Er wordt vertrokken vanuit de observatie van de HAIO dat een zwangerschap in de eigen opleidingspraktijk meestal uitsluitend wordt opgevolgd door de gynaecoloog, zonder samenwerking met de eerste lijn. Het onderzoek wil nagaan of dit – huisartsgeneeskunde met enkel vaststellen van een zwangerschap zonder nadien verdere opvolging van die zwangerschap – algemeen kan worden vastgesteld in de regio Eeklo. Om data te verzamelen, zal men gebruik maken van een focusgroep interview: dit is een soort van gestructureerde discussie onder een groep van belanghebbenden – in dit geval huisartsen en gynaecologen – begeleid door een gespreksleider – in dit geval de HAIO of co-promotor of praktijkopleider. Concreet zal er een focusgroep interview georganiseerd worden met een groep gynaecologen uit de regio Eeklo, en afzonderlijk daarvan 3 tot 4 focusgroep interviews met 3 tot 4 verschillende LOK-groepen van huisartsen uit de regio Eeklo. Tijdens dit interview worden enkel open vragen gesteld, waarbij de deelnemers de kans krijgen om te reageren en in te pikken op elkaar. De gespreksleider luistert alleen en maakt gebruik van telkens dezelfde interview guide. Aangezien in de regio Roeselare eenzelfde soort onderzoek lopende is, zal gebruik gemaakt worden van dezelfde interview guide – waar nodig aangevuld met andere topics op basis van het literatuuronderzoek – opdat de resultaten uit de regio Roeselare zouden kunnen vergeleken worden met deze uit de regio Eeklo. Daarnaast zullen er een aantal kwantitatieve gegevens verzameld worden met behulp van een vragenlijst (demografische gegevens, informatie over praktijkorganisatie en ja/neen vragen over huidige situatie in verband met zwangerschapsopvolging). Voor de start van elke focusgroep zal een korte power point presentatie gegeven worden over het doel van de studie, het invullen van de vragenlijst, het verloop van een focusgroep en wat er specifiek van de deelnemers verwacht wordt. Nadien is er tijd om het informatieformulier nog eens na te lezen en het toestemmingsformulier te ondertekenen. Het focusgroep interview zal zowel worden opgenomen op tape als op video. Vervolgens zullen alle interviews door de HAIO worden uitgetypt en geanalyseerd, waarna alle audio- en video-opnames zullen vernietigd worden. Per focusgroep interview zal een rapport opgesteld worden: vraag per vraag, aangevuld met letterlijke citaten – uiteraard anoniem. Nadien kan er gezocht worden naar thema's die komen bovendrijven: eerst per vraag, en daarna globaal. Het uiteindelijke doel is om de verschillende ideeën, perspectieven en bekommernissen te illustreren. Bijkomend kunnen de resultaten van dit kwalitatief onderzoek in Eeklo vergeleken worden met deze van in Roeselare. Mogelijk is dit kwalitatief onderzoek een eerste aanzet om huisartsen in de regio Eeklo opnieuw meer te betrekken bij zwangerschapsbegeleiding. Een optie zou kunnen zijn om alle deelnemende LOK-groepen samen te brengen met de groep gynaecologen, om zo samen meer concrete afspraken te maken rond zwangerschapsopvolging. In Roeselare werkt een bepaalde groep gynaecologen zeer vlot samen met de huisartsen, eventueel zouden zij kunnen uitgenodigd worden als voorbeeldgroep. Misschien blijkt uit het onderzoek dat er in de regio Eeklo zelf ook een goede samenwerking is tussen bepaalde huisartsen en gynaecologen, wat de mogelijkheid biedt om met hen een individueel interview te organiseren.