



Vrije Universiteit Brussel

De begeleiding door huisartsen bij ongeplande zwangerschappen



Eindverhandeling tot master in
Management en Beleid van de Gezondheidszorg
Student: Britt Hillen
Promotor: Prof. Dr. Louckx
Organisatie: Centrum voor Relatievorming en
Zwangerschapsproblemen
Academiejaar: 2010-2011

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Vrije Universiteit Brussel

Faculteit Geneeskunde en Farmacie

De begeleiding door huisartsen bij ongeplande zwangerschappen

Masterproef

Britt Hillen

2010-2011

Master in Management en Beleid van de Gezondheidszorg

Promotor: Prof. F. Louckx



Voorwoord

Deze masterproef vormt het sluitstuk van een boeiende periode. Samen met de hulp van verschillende personen en instellingen werd het mogelijk om de begeleiding door 15 huisartsen bij ongeplande zwangerschappen op een overzichtelijke en geargumenteerde manier in kaart te brengen. Omdat deze thesis niet tot een goed einde kon gebracht worden zonder de hulp van deze partijen, verdienen zij elk een woord van dank.

Allereerst heeft de hulp van mijn promotor dit uiteindelijke resultaat mogelijk gemaakt. Vanuit zijn ervaringen was hij bereid me doeltreffend te begeleiden in dit onderzoek. Bedankt, Prof. F. Louckx, voor de begeleiding, steun en feedback gedurende het ganse academiejaar.

Deze thesis had eveneens niet hetzelfde resultaat geboekt als de deskundige raad en hulpverlening van Stefan Hardonk, assistent van Prof. F. Louckx, niet aanwezig was geweest. Zijn vakkundige kennis in het kwalitatief onderzoek was een grote hulp gedurende het ganse traject van de masterproef.

Ook een dankwoord gericht aan het centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen, meer bepaald stafmedewerkster Sara Plessers, voor het aanreiken van dit onderwerp en het ter beschikking stellen van de nodige middelen. Eveneens was zij steeds bereid een hand te reiken in de loop van het onderzoek.

De 15 huisartsen die meewerkten aan deze studie verdienen evenzeer een woord van dank. Zij waren ondanks hun drukke werkzaamheden toch bereid tijd vrij te maken voor de interviews. Zonder hun medewerking en oprechtheid was dit resultaat niet mogelijk geweest.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Probleemstelling.....	5
	2.1 cRZ	6
3	Literatuurstudie	6
	3.1 Inleiding.....	6
	3.2 Ongeplande zwangerschap	7
	3.3 Keuze & besluitvorming.....	8
	3.4 Gevolgen.....	9
	3.5 Opleiding huisartsen & andere hulpverleners.....	10
	3.6 Primaire zorgverlening	11
	3.7 Onderzoeksvragen.....	15
	3.7.1 Onderzoeksvraag.....	15
	3.7.2 Deelvragen	15
4	Doelstelling	16
5	Onderzoeksopzet.....	16
	5.1 Onderzoekspopulatie	16
	5.2 Dataverzameling	18
	5.3 Type onderzoek.....	18
	5.4 Analysetechnieken.....	19

6	Voorstelling en bespreking van de resultaten	20
6.1	Aantal ongeplande zwangerschappen in 2010 in huisartsenpraktijken	20
6.2	Het vaststellen van ongeplande zwangerschappen	21
6.3	De begeleiding bij ongeplande zwangerschappen door huisartsen	21
6.3.1	Basisprincipe in de begeleiding	21
6.3.2	De aanpak in de begeleiding	21
6.3.3	De begeleiding bij vrouwen onder druk.....	26
6.3.4	De begeleiding achteraf.....	28
6.3.5	Het betrekken van de partner in de begeleiding.....	30
6.3.6	De neutraliteit van huisartsen	31
6.4	Moeilijkheden in de begeleiding	32
6.5	Verschillen in begeleidingsvormen	33
6.6	De kennis van huisartsen inzake de mogelijkheden bij ongeplande zwangerschappen	34
6.6.1	Abortus	34
6.6.2	Andere alternatieven.....	36
6.7	De opleiding	37
6.7.1	Vorming inzake de begeleiding van ongeplande zwangerschappen ...	37
6.7.2	Bijkomende opleiding aangaande de begeleiding van ongeplande zwangerschappen	39
6.7.3	Aanbevelingen m.b.t. de opleiding	41
6.8	Huisarts vs. specialist	41
7	Discussie en conclusie.....	42
8	Referentielijst	45
9	Bijlagen	48

Lijst van tabellen

Tabel 1: Persoonsgegevens huisartsen.....	17
-------------------------------------------	----

1 Inleiding

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen (cRZ). Het centrum plaatste de aanvraag bij de Wetenschapswinkel van de VUB. Dit is een wetenschappelijk werk waarbij op kritische wijze kennis werd gemaakt met het onderwerp van de ongeplande zwangerschap.

2 Probleemstelling

Vanuit praktijkervaringen van het cRZ, o.a. de gesprekken met vrouwen die hulp vroegen bij het nemen van hun beslissing bij ongeplande zwangerschap en gesprekken na abortus, doet bij het centrum de vraag rijzen op welke manier huisartsen omgaan met ongepland zwangere patiënten. Huisartsen worden vaak als eerste hulpverlener geconfronteerd met een ongeplande zwangerschap. Het cRZ maakt duidelijk dat vrouwen die om advies vroegen aan hun huisarts verschillende ervaringen hebben bij deze eerste consultatie.

Huisartsen zijn, volgens het cRZ, vanuit hun positie als vertrouwenspersoon goed geplaatst om het 'gewenst zijn' van een zwangerschap te kunnen inschatten. Ervaren begeleiders van het centrum ondervinden dikwijls dat vrouwen na abortus vinden dat ze onder druk een beslissing hebben genomen of dat er te weinig met hen over alternatieve oplossingen is gesproken. Het cRZ vraagt zich daarom af of huisartsen wel voldoende kennis hebben van alternatieven voor vrouwen die geen abortus wensen, maar waarbij een zwangerschap of het moederschap veel problemen met zich zou meebrengen. Tevens is het cRZ geïnteresseerd in de manier waarop de huisarts vrouwen begeleidt die sterk onder druk worden gezet te kiezen voor abortus of het moederschap.

Het cRZ ervaarde dat artsen, die hun patiënten zorgvuldig begeleiden in het beslissingsproces, soms botsen op het knelpunt dat bij doorverwijzing naar een abortuscentrum, patiënten daar noodgedwongen nog een aantal dagen bedenktijd moeten in acht nemen, terwijl ze die net door de goede begeleiding niet meer nodig hebben. Bijgevolg wil het cRZ weten welke moeilijkheden huisartsen ondervinden in de begeleiding van ongepland zwangere vrouwen.

Over het thema van ongeplande zwangerschappen is men in het cRZ vooral geïnteresseerd in de manier waarop huisartsen hiermee omgaan en wat hun kennis aangaande deze problematiek is.

2.1 cRZ

Het cRZ is zowel een expertisecentrum als een centrum voor hulpverlening. Ze doen aan studie, vorming en begeleiding betreffende de volgende thema's: tienerouderschap, ongeplande zwangerschap, abortus en prenatale diagnose. Voor wetenschappelijk onderzoek schakelt het centrum studenten in en volgt hen zoveel mogelijk op. Achteraf bundelt het cRZ de resultaten en tracht ze te vertalen naar brochures of in een vormingsaanbod te gieten.

Het centrum bouwt ook netwerken op waarbinnen over dergelijke thema's kan gepraat worden (zoals bv. het Perinataal Aanbod Regio Leuven). Eveneens wil het cRZ voeling houden met wat in de samenleving hierover leeft.

Men geeft vanuit het centrum bovendien vormingen rond ongeplande zwangerschappen aan ziekenhuispersoneel, maar vooral ook aan het onderwijzend personeel in scholen rond de problematiek van tienerzwangerschappen.

3 Literatuurstudie

3.1 Inleiding

De nodige informatie werd elektronisch gevonden in Pubmed. De zoektocht naar relevante artikels, begon met het opzoeken van de meest gepaste MeSH-termen. Termen als 'Pregnancy, Unplanned', 'General Practitioners', 'General Practice', 'Professional Role', 'Patient Education as Topic', 'Professional-Patient Relations' & 'Communication' waren in dit geval van belang. De ene MeSH-term vloeiende voort uit de andere telkens de gebruikte termen van relevante artikels nader werden bekeken.

De meest relevant gebruikte termen waren 'Pregnancy, Unplanned' (omschreven in Pubmed als: "*Unintended accidental pregnancy, including pregnancy resulting from failed contraceptive measures*") en 'General Practitioners' (gedefinieerd als: "*Physicians whose practice is not restricted to a specific field of medicine*").

Om het zoeken in Pubmed te vergemakkelijken werden exclusie- en inclusiecriteria toegepast. Enkel Engelstalig en gepubliceerd onderzoek beschikkend over een abstract werd gebruikt. Bij het zoeken naar relevante artikels werden ze op basis van dit abstract gefilterd. Indien het abstract geen verband hield met de onderzoeksvragen, werd het verworpen.

3.2 Ongeplande zwangerschap

In een ideale wereld roept een positieve zwangerschapstest emoties van vreugde, opwinding en tevredenheid op doordat de droom van een koppel uitkomt. In werkelijkheid zijn echter bijna de helft van de zwangerschappen in de Verenigde Staten ongepland (Finer & Henshaw, 2006), zodat het voor vele vrouwen een tijd van persoonlijke crisis betekent die een complexe besluitvorming vereist (Simmonds K.E., Likis F.E., 2005). Het complexe web van financiële instabiliteit, problemen in de relatie, gevoelens van onbekwaamheid en afkeer maken de zwangerschap ingewikkeld en emotioneel (O'Reilly M., 2009).

Hoe een koppel reageert op een ongeplande zwangerschap is beslissend. Een ongeplande zwangerschap kan een enorme 'wake-up call' zijn, d.w.z. dat het koppel de zwangerschap accepteert en de relatie versterkt. In dat geval kan de ongeplande zwangerschap toch een gewenste zwangerschap worden. Daartegenover kan het koppel tot de conclusie komen dat ze niet klaar zijn voor het ouderschap en is de ongeplande zwangerschap ongewenst. (Nunes F., 2004).

Hoewel dus sommige ongeplande zwangerschappen gewenst worden, zullen velen ongewenst blijven en resulteren in ongewenste gevolgen (Finer L.B., Henshaw S.K., 2006). 44% van de ongeplande zwangerschappen eindigt in geboorte, 42% in abortus en 14% in foetaal verlies.

The National Survey of Family Growth (Chandra A., Martinez G. M., Mosher W. D., Abma J. C., Jones J., 2005) deelt de ongeplande zwangerschap bijgevolg op in 3 categorieën: onbedoeld, ongewenst en ongepland. Ongewenst wordt omschreven als niet gewild vanaf de bevruchting en/of ten allen tijde in de toekomst, terwijl de ongeplande zwangerschap spoediger voorkomt dan gehoopt. Onbedoelde zwangerschap omvat zowel de ongewenste als de ongeplande. In tegenstelling worden zwangerschappen als 'bedoeld' omschreven als zij op het juiste moment of later dan gewenst voorkomen. (Henshaw S.K., 1998).

Het verhinderen van zwangerschap vereist een langdurige inspanning die vaak wordt onderschat (Alan Guttmacher Institute, 2000). De duidelijkste reden waarom onbedoelde zwangerschappen voorkomen, is inconsistent en/of onjuist gebruik van contraceptie. Het verkeerd of niet gebruiken van contraceptie vloeit voort uit talrijke oorzaken met inbegrip van barrières tot de toegang ervan en onwetendheid. Zelfs het perfecte contraceptiegebruik waarborgt niet dat een vrouw een zwangerschap zal vermijden.

Ook onderliggende complexe persoonlijke, interpersoonlijke, sociaal-economische, en culturele factoren (Brown & Eisenberg, 1995) zoals armoede, stigma met betrekking tot ongehuwde moeders, een culturele voorkeur voor zonen, concurrerende eisen in strijd met de tijd van vrouwen (zoals betaald werk of school), voltooiing van familie grootte, meningsverschillen tussen echtgenoten over familie grootte en gebrek aan steun van partners (Singh S., Sedgh G., Hussain R., 2010) kunnen hun aandeel hebben in het voorkomen ongeplande zwangerschappen.

3.3 Keuze & besluitvorming

In het geval van een ongeplande zwangerschap, zou de patiënt steun moeten worden geboden in het besluitvormingsproces en zou ze moeten worden geadviseerd over haar opties: 1) voortzetten van de zwangerschap en houden van de baby, 2) voortzetten van de zwangerschap en het afstaan van de baby voor legale adoptie, of 3) beëindigen van de zwangerschap. Het ouderschap is een verplichting op lange termijn die een immense verantwoordelijkheid draagt. De regelingen voor adoptie variëren naargelang de wetsvoorschriften van een land. De abortus wordt uitgevoerd gebruik makend van chirurgische methodes, zoals vacuüm aspiratie en curettage, of medische methodes, zoals de abortuspil (Hausknecht, 2003; National Abortion Federation, 2001).

Tot op heden is er weinig geschreven over 'opties counseling' (een laagdrempelige vorm van (emotionele) hulpverlening), ondanks het feit dat de ongeplande zwangerschap één van de meest courante gezondheidstoestanden is die vrouwen tegenkomen (Simmonds K.E., Likis F.E., 2005). Huisartsen brengen patiënten dikwijls als eerste hulpverlener ter kennis dat ze zwanger zijn, en zouden zodoende op de hoogte moeten zijn van en inzicht hebben in de grondbeginselen van elke optie die ongepland zwangere vrouwen hebben, met inbegrip van diverse beëindigingsmethodes van de zwangerschap, het spectrum van adoptieovereenkomsten, en middelen die beschikbaar zijn voor zwangere vrouwen (O'Reilly M., 2009).

Het is belangrijk dat deze patiënten begeleid worden en voldoende advies krijgen vooraleer zij een beslissing nemen (Kumar V., Herbitter C, Karasz A., Gold M, 2010). Zulke levensveranderende beslissingen kunnen best genomen worden over een aantal dagen, en met input van de vader van de baby en andere steun, indien aangewezen (O'Reilly M., 2009). Naast het adviseren over de opties, zijn het verstrekken van informatiemateriaal en het bevorderen van zorgvuldige bezinning de meest aangewezen acties, volgend onmiddellijk op de ontdekking van een ongeplande zwangerschap.

Het plannen van een follow-up bezoek met een maatschappelijk werker of een andere hulpverlener kan noodzakelijk zijn om het besluitvormingsproces te vergemakkelijken, hoewel de tijd beperkt is, rekening houdend met de duur van de zwangerschap en de wettelijke uitvoeringstermijn van abortus.

Er is weinig onderzoek naar de betrokkenheid van partners in de besluitvorming bij ongeplande zwangerschappen. Johnson en Williams (2005) bestudeerden de percepties van mannen wat betreft het resultaat van hun ongeplande zwangerschappen. De reacties op zwangerschapsresultaten van ongeplande zwangerschappen waren gevarieerd. De meeste mannen hun wensen verschilden van die van hun partner, aangezien zij zich op een afstand gehouden voelden van de verantwoordelijkheid van de zwangerschap en het resultaat ervan. Zij voelden zich uitgesloten en geloofden dat uiteindelijk het besluit door de vrouw werd genomen. Slechts 33% van de mannen was van mening dat de besluitvorming bij de ongeplande zwangerschap wederzijdse inbreng had.

3.4 Gevolgen

Het uitdragen van een ongeplande zwangerschap gaat gepaard met een verhoogd risico op zowel negatieve sociale resultaten als negatieve gezondheidsresultaten voor de moeder en het kind (Kost K., Landry D.J., Darroch J.E., 1998). De reden van onbedoeldheid en de mate van verkeerde timing van de zwangerschap kunnen belangrijk zijn voor het voorspellen en/of begrijpen van het gezondheidseffect ervan. Vrouwen die een 'ongewenste' zwangerschap uitdragen zijn meer geneigd alcohol en tabak te gebruiken tijdens de zwangerschap (Hellerstedt W.L., Pirie P.L., Lando H.A., Curry S.J., McBride C.M., Grothaus L.C., Nelson J.C., 1998), vertraagde prenatale zorg te ontvangen en baby's met laag geboortegewicht te hebben, tegenover vrouwen die een 'ongeplande' zwangerschap uitdragen (Santelli J., Rochat R., Hatfield-Timajchy K., Gilbert B.C., Curtis K., Cabral R., Hirsch J.S., Schieve L., 2003).

Onderzoek wijst uit dat een ongeplande zwangerschap eveneens een risicofactor is voor een waaier van psychosociale problemen zoals depressie, depressieve symptomen (Orr S.T., Miller C.A., 1997) en maternale angst, zowel tijdens als na de zwangerschap (Gipson J.D., Koenig M.A., Hindin M.J., 2008). Ongepland zwangere vrouwen melden bovendien meer blootgesteld te worden aan stressoren en een lagere algemene levenstevredenheid te hebben tegenover vrouwen die gepland zwanger zijn. Tevens neigen zij minder steun van de vader van de baby te ontvangen (Orr S.T., Miller C.A., 1997).

Adolescente moeders die ongepland zwanger waren, hebben een verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap. Ze zijn daarenboven dikwijls genoodzaakt compromissen in onderwijs en werkgelegenheidskansen te maken, wat later tot armoede en een lager behaald onderwijsdiploma kan leiden (Dehlendorf C., Levy K., Ruskin R., Steinauer J., 2010).

Het is van belang dat hulpverleners in de bestaande eerstelijnsgezondheidszorg extra alert zijn op mogelijke problemen bij de besluitvorming en bij de verwerking na een abortus of na het uitdragen van de zwangerschap (Van Luijn H., Straver C., 1994). Kinderen die het resultaat zijn van een ongeplande zwangerschap zijn overigens meer geneigd om ontwikkelingsmoeilijkheden en een minder goede relatie met hun moeder te ontwikkelen (Dehlendorf C, Rodriguez M., Levy K., Borrero S, Steinauer J, 2010). Het is tevens zo dat de manier waarop het besluitvormingsproces verloopt, van invloed blijkt te zijn op de tevredenheid over de genomen beslissing achteraf, alsmede op het al dan niet optreden van negatieve reactievorming. (Van Luijn H., Straver C., 1994).

Deze negatieve consequenties voor de gezondheid van vrouwen en hun kinderen zijn geassocieerd met significante kosten voor het gezondheidszorgsysteem, zegt een studie van Trussell J. Lalla AM., Doan QV., Reyes E., Pinto L., Gricar J. (2009). Ondanks de significante kosten, krijgt de ongeplande zwangerschap minder aandacht in zowel onderzoek als de ontwikkeling van klinische en preventieve zorgstrategieën dan andere, maar ook even belangrijke gezondheidsbedreigingen.

3.5 Opleiding huisartsen & andere hulpverleners

Er is geen protocol om het uitvoerig en vrijblijvend informeren over opties te vergemakkelijken. Men verwacht dat de kennis van therapeutische communicatie van de hulpverlener voldoende is om neutraal en waardevol advies te waarborgen. Men gaat er ook van uit dat de hulpverlener voldoende kennis heeft van de 3 opties om nauwkeurige en grondige informatie te verstrekken. Dergelijke veronderstellingen kunnen schadelijk zijn in de praktijk. De beperkte literatuur is, volgens O'Reilly M. (2009), voldoende bewijsmateriaal voor het feit dat het overbrengen van informatie over zwangerschapsopties door de hulpverlener niet samenhangend, noch uitvoerig is.

Een recente studie haalde aan dat het verduidelijken van de rollen en verantwoordelijkheden van primaire zorgverstrekkers en de opleiding inzake ongeplande zwangerschappen van groot belang zijn (Taylor D., Levi A., Simmonds K., 2010).

Uit het onderzoek van Kumar V., Herbitter C., Karasz A., Gold M. (2010) blijkt dat alle hulpverleners, met inbegrip van zij die zich sterk als anti-abortus identificeren, beter ethische conflicten kunnen behandelen en hun patiënten op een meer evenwichtige en onbevooroordeelde manier kunnen steunen in hun besluitvorming nadat ze een uitvoerige educatie omtrent abortuszorg kregen. Men gaat ervan uit dat een training in abortuszorg voordelen biedt op het gebied van het efficiënt adviseren over opties bij een ongeplande zwangerschap.

Dat doet vragen rijzen over de opleiding van huisartsen die weinig voorbereid blijken te zijn indien een patiënt verzoekt om een abortus. Er moeten inspanningen gedaan worden om huisartsen beter te informeren inzake ongeplande zwangerschappen (Moreau C., Bajos N., Bouyer J., 2004).

3.6 Primaire zorgverlening

In 1994 definieerde the Institute of Medicine (IOM) Committee on the Future of Primary Care primaire zorg als 'de voorziening van geïntegreerde en toegankelijke gezondheidszorgdiensten door hulpverleners, toegespitst op een grote waaier van persoonlijke gezondheidszorgbehoeften, het ontwikkelen van een voortdurende coöperatie met patiënten, en het praktijkvoeren in de context van familie en gemeenschap'.

Eén recente studie vond dat communicatie het hoogst werd gecorreleerd met tevredenheid van patiënten m.b.t. consultaties in de primaire zorgverlening, gekeken naar 5 primaire zorgkenmerken: communicatie, coördinatie, kennis van patiënt, longitudinale continuïteit, en op consultatie gebaseerde continuïteit (Flocke S.A., 1997). Uit de studie blijkt dat elk van deze kenmerken sterk positief geassocieerd wordt met de tevredenheid van de patiënt. Daarentegen schijnt dat, gekeken naar de patiënttevredenheid, het vertrouwen van de patiënt in de arts alle andere variabelen sterk overschrijdt. Het recente IOM-rapport beweert dat deze eigenschappen essentieel toegeschreven worden aan de primaire zorg, en de typische kenmerken zijn waardoor ze van andere medische praktijken onderscheiden worden (Safran D.G., Taira D.A., Rogers W.H., Kosinski M., Ware J.E., Tarlov A.R., 1998). Primaire zorgpatiënten hechten tijdens een consultatie bij de huisarts meer belang aan patiëntgerichte zorg, informatie, steun en langere consultaties, dan aan het aanbieden van technische elementen (Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S., 1995 & Vedsted P., Heje H.N., 2008). Daarentegen bewezen Murrell T.G., Moorhead R., Winefield H.R., Wurm C.S., Coffey G., Clark S. in 1991 dat langere consultaties geen betere communicatie waarborgen.

Er schijnt geen duidelijke correlatie te zijn tussen kwaliteit en tijd (Andersson S.O., Ferry S., Mattsson B., 1993; Andersson S.O., Mattsson B., 1989), al stijgt de proportie van het geven van informatie en communicatie over het psychosociale welzijn wel significant wanneer de duur van de consultatie stijgt (Deveugele M., Derese A., De Bacquer D., van den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J., 2004).

Volgens een studie van Moreau C., Bajos N., Bouyer J. (2004) krijgen vrouwen die als eerste de huisarts raadplegen, te maken met langere en meer indirecte zorgpaden tegenover een eerste raadpleging bij de gynaecoloog. Bovendien vermeldt het onderzoek van Meiksin R., C. Chang J., Bhargava T, Arnold T., Dado D., Frankel R., L. Rodriguez K., Ling B. & Zickmund S. (2010) dat eerstelijns hulpverleners vaak kansen missen om meer kennis te verkrijgen over de psychosociale omgeving van de patiënt en de context van de ongeplande zwangerschap, om te begrijpen hoe de zwangerschap in het leven van de patiënt past.

Het eerste prenatale bezoek, welke het meest diepgaand is, biedt een goede mogelijkheid voor efficiënte communicatie tussen de vrouw en haar hulpverlener. Het geeft hulpverleners de mogelijkheid kennis te krijgen over de context van de zwangerschap. Eveneens is het een goed moment om de nodige steun te bieden en om vereiste verwijzingen te doen. (Meiksin R. et al., 2010)

Zonder verdere beoordeling van de zwangerschapsintentie, riskeren hulpverleners ongepaste generalisaties en veronderstellingen te maken. De tendens om enkel 1 categorie van 'gepland' of 'ongepland' te overwegen, limiteert de hulpverlener om de grotere context van bezorgdheden en andere kwesties van de patiënt inzake haar zwangerschap te begrijpen (Santelli J., Rochat R., Hatfield-Timajchy K., Gilbert B.C., Curtis K., Cabral R., Hirsch J. S., Schieve L., et al., 2003). De benadering van een ongepland zwangere vrouw zou met een waakzame gevoeligheid moeten gebeuren. De consultatie zou moeten geleid worden door de gevoelens van de patiënt, niet door de veronderstellingen en de waarden van de hulpverlener. Deze mate van gevoeligheid en het kunnen weerhouden van eigen meningsuiting vereist scherp zelfbewustzijn (O'Reilly M., 2009). Even belangrijk is het verzekeren van discretie aan de patiënt (Simmonds K.E., Likis F.E., 2005).

Een recente studie bestudeerde op basis van observaties hoe hulpverleners bepaalde topics, gerelateerd aan ongeplande zwangerschap, bespreken met patiënten gedurende het eerste prenatale consult (Meiksin R. et al, 2010). Het gaat hier over gynaecologen, verpleegkundigen en vroedvrouwen. Hoewel de discussies beperkt waren, werden 6 hoofdtopics onderscheiden in het gesprek tussen patiënt en hulpverlener: de gevoelens van de patiënt over de zwangerschap, de steun van de partner, de beslissing van de patiënt gekeken naar zwangerschapsopties, de steun van vrienden of familieleden, verwijzing naar maatschappelijk werker of andere sociale dienst(en) en de contraceptie na de zwangerschap.

De meeste hulpverleners in het onderzoek van Meiksin R. et al. maakten geen onderscheid tussen 'ongewenste' en 'ongeplande' zwangerschap. Wanneer patiënten hun zwangerschap niet konden benoemen als 'gepland' of 'ongepland' waren er hulpverleners die niet vroegen om verduidelijking, maar onmiddellijk overgingen tot het medische aspect van de zwangerschap. In de meeste gevallen was er discussie over de gevoelens van de patiënt inzake de zwangerschap waarvan de hulpverlener, in meer dan de helft van deze gevallen, ervan uitging dat de patiënt de zwangerschap accepteerde. Een meerderheid sprak niet over zwangerschapsopties. Een minderheid haalde de sociale steun van familie en/of vrienden aan. In de helft van de gevallen werd gesproken over de steun van de vader in kwestie. Bij 17% van de observaties werd de patiënt doorverwezen naar een sociale dienst of werd de patiënt geïnformeerd over de diensten die ter beschikking zijn, en een kleine minderheid besprak met de patiënt het gebruik van contraceptie na de zwangerschap.

Volgens een Ierse studie (Francome C., 1997) weet men weinig over de houdingen van huisartsen tegenover geboortepanning en abortus. Men concludeerde in die studie dat 49% procent van de patiënten die aan de huisarts om abortus vragen ook wel degelijk verwezen worden voor een abortus. 36% werd echter naar lokale adviserende diensten betreffende zwangerschappen doorverwezen. De meerderheid van de huisartsen doen enkel doorverwijzingen wanneer er een serieuze bespreking met de patiënt aan voorafgaat. Van de 154 huisartsen was er 9% dat weigerde de vrouwen door te verwijzen voor een abortus.

Diezelfde studie maakt duidelijk dat de houdingen van de huisartsen die al dan niet zouden doorverwijzen, sterk verschillen op basis van religie. Katholieke huisartsen zijn 3 keer meer geneigd een abortus te weigeren dan Protestante huisartsen. Een ander opvallend verschil is dat de katholieke artsen beduidend minder verzoeken om abortus ontvangen dan protestantse artsen. De katholieke arts heeft daarenboven meer de aandrang te weigeren om zijn patiënt te verwijzen voor een abortus.

Ook constateert men een verschil in de begeleiding door huisartsen van verschillende leeftijden, meer bepaald inzake het beslissingsrecht. Huisartsen jonger dan 40 jaar vonden bijvoorbeeld dat de beslissing om de zwangerschap al dan niet voort te zetten aan de vrouw is. De huisartsen ouder dan 40 jaar vinden daarentegen dat die keuze aan haar in overleg met haar dokter is. Eveneens bestaat hier een verschil naargelang de religie van de huisarts. De katholieke huisartsen bleken minder geneigd de keuze aan de moeder in overleg met haar huisarts over te laten t.o.v. de protestanten (56% tegenover 74%).

Simmonds K.E. en Likis F.E. (2005) en Singer J. (2004) kaarten het conflict aan tussen professionele verantwoordelijkheden en persoonlijke overtuigingen, wat het efficiënt adviseren over opties kan belemmeren. Zij beklemtonen het belang van oefeningen in waardenverduidelijking om het effect van de persoonlijke mening van de hulpverlener op de interactie met de patiënt te minimaliseren. Het uiteindelijke doel is ervoor te zorgen dat ongepland zwangere vrouwen zorg ontvangen dat vrij is van partijdigheid, oordeel, en sturing.

Hoewel elke patiënt uniek is en zodoende de benadering van ongepland zwangere vrouwen variaties vergt, suggereren Simmonds K.E. & Likis F.E. (2005) volgende algemene stappen voor eerstelijns hulpverleners inzake dergelijke problematiek.

1. Onderzoek hoe de vrouw zich voelt over de zwangerschap en haar opties.
2. Help de vrouw mogelijke zorgsystemen te identificeren en risico's te beoordelen.
3. Help de vrouw een besluit te bereiken of bespreek een tijdsschema voor het nemen van een beslissing.
4. Verwijs door of biedt de vrouw de meest aangewezen dienst aan.

3.7 Onderzoeksvragen

Op basis van de probleemstelling en het literatuuronderzoek werden volgende onderzoeksvragen en deelvragen vooropgesteld:

3.7.1 Onderzoeksvraag

"Hoe doen huisartsen de begeleiding van ongepland zwangere patiënten, en vinden zij dat dit voldoende aan bod komt in hun opleiding?"

3.7.2 Deelvragen

"Hoe vaak komen huisartsen ongeplande zwangerschappen tegen in hun praktijk?"

"Welke vorming(en) m.b.t. ongeplande zwangerschappen hebben huisartsen in hun opleiding gekregen?"

"Vinden huisartsen dat zij voldoende op de hoogte zijn van alle mogelijkheden bij ongeplande zwangerschappen?"

"Hebben huisartsen zelf vragen in de begeleiding van ongeplande zwangerschappen?"

"Zijn huisartsen op de hoogte van verschillen in de begeleiding van ongepland zwangere patiënten tussen huisartsen?"

"Vinden huisartsen dat zij een belangrijke rol hebben in de begeleiding van ongepland zwangere vrouwen?"

4 Doelstelling

De begeleiding bij ongeplande zwangerschappen door huisartsen is maatschappelijk een erg relevant onderwerp. Toch is er bijzonder weinig over geweten.

Gezien deze onwetendheid, heeft dit onderzoek tot doel te verkennen hoe huisartsen dergelijke begeleiding doen en na te gaan of zij vaak in contact komen met een ongeplande zwangerschap. Op die manier zal men kennis krijgen hoe belangrijk de rol van de huisarts is in het begeleidingsproces bij ongepland zwangere vrouwen.

We willen weten of huisartsen zelf vinden op de hoogte te zijn van alle mogelijkheden bij een ongeplande zwangerschap, alsook voldoende opgeleid om de begeleiding op zich te nemen.

De kennis van huisartsen m.b.t. dit thema zal duidelijk worden gemaakt. We zullen weten in hoeverre huisartsen geschoold werden inzake ongeplande zwangerschappen, en hoe zij zelf een kritische blik werpen naar hun opleiding betreffende deze materie.

5 Onderzoeksopzet

5.1 Onderzoekspopulatie

Rekening houdend met het feit dat huisartsen een moeilijk bereikbare onderzoekspopulatie zijn, werden voor dit onderzoek 15 huisartsen gecontacteerd, actief in Antwerpen. De selectie gebeurde at random op basis van hun gegevens op websites van huisartsenkringen in Antwerpen.

Deze gegevens werden gekopieerd, vervolgens in een apart document geplaatst en willekeurig opgelijst. Er werd niet gekeken naar de plaats van opleiding, leeftijd, overtuiging, noch soort praktijk. Enkel werd er rekening gehouden met de verhouding tussen het aantal mannelijke (6) en vrouwelijke huisartsen (5).

Tabel 1 geeft de diversiteit in de populatie weer. De tabel heeft niet tot doel enige representativiteit na te streven.

Tabel 1: Persoonsgegevens huisartsen

Huisarts	Geslacht	Leeftijd	Plaats van opleiding	Jaren dienst als huisarts	Filosofische omschrijving
H1	Man	60	Vrije Universiteit Brussel	30	Vrijzinnig jood
H2	Vrouw	36	Universiteit Antwerpen	10	Atheïst
H3	Vrouw	38	Universiteit Hasselt & Universiteit Antwerpen	10	Atheïst (katholiek opgevoed)
H4	Vrouw	39	Universiteit Antwerpen	14	Atheïst
H5	Man	55	Universiteit Gent	28	Humanist (katholiek opgevoed)
H6	Man	46	Universiteit Antwerpen	19	Atheïst
H7	Vrouw	31	Universiteit Antwerpen	8	Katholiek
H8	Man	52	Katholieke Universiteit Leuven	27	Atheïst (katholiek opgevoed)
H9	Man	51	Universiteit Antwerpen	27	Atheïst (manifest)
H10	Vrouw	46	Universiteit Hasselt & Universiteit Antwerpen	22	Atheïst (katholiek opgevoed)
H11	Man	52	Katholieke Universiteit Leuven	27	katholiek, niet praktiserend (katholiek opgevoed)
H12	Man	50	Universiteit Hasselt & Universiteit Antwerpen	25	Atheïst
H13	Vrouw	50	Katholieke Universiteit Leuven	25	Katholiek, niet praktiserend (katholiek opgevoed)
H14	Man	44	Katholieke Universiteit Leuven	5	Moslim
H15	Vrouw	35	Katholieke Universiteit Leuven	6	Katholiek

5.2 Dataverzameling

Na het oplijsten van alle huisartsen te Antwerpen werden ze één voor één opgebeld tot 15 afspraken konden worden gepland. Ten dienste van het telefonisch contact met de huisartsen werd voorafgaandelijk een tekst als leidraad opgesteld, bedoeld om het gesprek vlot te laten verlopen en elke huisarts voldoende in te lichten over het onderzoek.

Er werd geopteerd om een sneeuwbaaleffect te creëren bij de dataverzameling d.m.v. het bevragen of de huisarts bereid is collega's aan te brengen als potentiële respondenten. Het vermelden van een referentie van een andere huisarts heeft zonder twijfel een positieve invloed op eventuele medewerking.

De interviews gebeurden in de praktijk van de huisarts en duurden gemiddeld 30min, rekening houdend met hun drukke werkzaamheden.

5.3 Type onderzoek

Omdat het doel is het thema te verkennen, wordt kwalitatief onderzoek gebruikt voor exploratie. Dit werd eveneens geadviseerd door deskundigen, daar de onderzoeksgroep een lage responsgraad kent bij kwantitatief onderzoek.

Het kwalitatief onderzoek werd gevoerd op basis van open interviews (halfgestructureerd). De interviews gingen van start met een aantal gestructureerde vragen over de persoonsgegevens van de huisarts (zoals de leeftijd, waar de huisarts zijn/haar opleiding genoten heeft, wat zijn/haar filosofische omschrijving is e.d.). Vervolgens werden een aantal inleidende vragen gesteld die duidelijk maken hoe vaak een huisarts in contact komt met een ongeplande zwangerschap en hoe de vaststelling ervan gebeurt.

Daarna werd het interview gevoerd aan de hand van een topiclijst (bijlage, nr. I). De onderwerpen van de topiclijst werden tijdens de onderzoeksstage in het cRZ en op basis van het literatuuronderzoek verzameld. De hoofdtopics zijn: de manier van begeleiden bij ongeplande zwangerschappen, de opleiding inzake het thema, de notie van het verschil in de begeleidingen tussen huisartsen, de belangrijkheid van de rol die de huisarts heeft bij deze materie en de begeleiding na een abortus of na het uitdragen van de zwangerschap.

5.4 Analysetechnieken

De 15 interviews werden volledig getranscribeerd zodat een gedetailleerde analyse mogelijk werd. De analyse gebeurde met behulp van het softwarepakket NVivo8®, d.i. software voor analyse van kwalitatief onderzoek en datamanagement. Het doel is om via een thematische inhoudsanalyse na te gaan welke thema's huisartsen beklemtonen tijdens hun interviews.

Elk fragment dat als een betekenisvol geheel kan beschouwd worden, werd gecodeerd. De aanvankelijke reeks codes waren gebaseerd op de topiclijst, aangevuld door bijkomende codes indien tijdens het open coderen nieuwe topics werden vermeld. Aan tekstfragmenten die informatie bevatten over meer dan 1 topic werden meerdere codes toegekend. Zodoende werden alle interviews gecodeerd aan de hand van 26 codes. Namen als 'tijdslijmieten in de begeleiding', 'begeleiding bij vrouwen onder druk', 'neutraliteit van de huisarts', 'huisarts als vertrouwenspersoon' en 'aanbevelingen inzake de opleiding' werden aan de codes gegeven. Een overzicht van de volledige lijst met codes wordt in de bijlage (nr. II) weergegeven.

Vervolgens werd axiaal gecodeerd. We bepaalden op die manier of de gecreëerde codes correct toegepast en/of alle verzamelde gegevens voldoende gedekt werden. Synoniemen in codes werden weggewerkt en de bijhorende fragmenten samengevoegd. Codes die veel fragmenten omvatten, werden indien nodig opgesplitst.

Het voordeel van werken met software als NVivo8® is de snelle en efficiënte werkwijze. Wanneer codes werden toegekend aan bepaalde fragmenten, is er meteen de mogelijkheid om alle fragmenten op te lijsten die tot een bepaalde code of meerdere codes behoren, m.b.v. het toepassen van query's.

6 Voorstelling en bespreking van de resultaten

De interviews van de huisartsen werden volledig getranscribeerd en zijn terug te vinden op cd-rom in de bijlage (nr III).

De resultaten die voortvloeien uit de interviews met 15 huisartsen worden in dit hoofdstuk beschreven. Daarbij willen we duidelijk maken dat wanneer er cijfers vermeld worden in de bespreking van de resultaten, het niet de bedoeling is er een kwantitatieve betekenis aan te geven. De cijfers geven enkel weer in hoeverre de meningen en ervaringen van huisartsen verdeeld of gelijklopend zijn.

We benadrukken eveneens dat de resultaten uitsluitend vanuit het perspectief van de huisarts geformuleerd werden.

6.1 Aantal ongeplande zwangerschappen in 2010 in huisartsenpraktijken

Enkele inleidende vragen in de topiclijst peilden naar het aantal ongeplande zwangerschappen waarmee de huisarts vorig jaar geconfronteerd werd in zijn praktijk.

Sommige artsen kregen maar 1 tot 2 consultaties inzake ongeplande zwangerschappen, terwijl anderen 6 ervaringen hadden in 2010.

Zodoende kunnen we stellen dat niet elk van de betrokken huisartsen evenveel in contact kwam met ongeplande zwangerschappen. Bij de 15 geïnterviewde huisartsen waren 3 consultaties voor ongeplande zwangerschappen in 2010 het meest voorkomend.

6.2 Het vaststellen van ongeplande zwangerschappen

Wanneer we de huisartsen bevroegen naar het aantal ongeplande zwangerschappen, vastgesteld tijdens het consult, bleek hun ervaring eveneens verdeeld.

Vijf huisartsen vermelden dat de meeste vrouwen reeds een urinetest thuis doen en enkel voor de bevestiging door bloedonderzoek naar de huisarts gaan. De andere groep huisartsen vertelt dat er ook een groot aantal vrouwen zijn die onverwacht zwanger blijken te zijn, vastgesteld na consultatie bij de huisarts. Deze vrouwen hadden geen enkel vermoeden mogelijk zwanger te zijn. H15 staaft deze stelling:

"Meestal hebben ze thuis een zwangerschapstest gedaan en komen ze hier om een bevestiging vragen via een bloedproef. En af en toe zijn de symptomen, de klacht waarmee mensen komen, verdacht voor een zwangerschap. Dan wordt het met een bloedonderzoek hier vastgesteld."

6.3 De begeleiding bij ongeplande zwangerschappen door huisartsen

6.3.1 Basisprincipe in de begeleiding

De huisartsen die geïnterviewd werden, zijn allemaal van mening dat een gesprek moet plaatsvinden wanneer er sprake is van een ongeplande zwangerschap. De meesten onder hen willen uitspitten wat de hulpvraag is en hoe de patiënt de ongeplande zwangerschap ervaart:

[H13] "Je probeert eerst eens te kaderen hoe de sociale situatie van die vrouw of dat meisje is. En dan ga je eens peilen wat ze daar zelf van vindt."

6.3.2 De aanpak in de begeleiding

In dit onderdeel wordt besproken welke concrete begeleiding de huisartsen doen wanneer een patiënt ongepland zwanger is. Omdat duidelijk wordt dat de begeleiding bij ongeplande zwangerschappen door huisartsen geen uniform gegeven is, bespreken we bondig de verschillende begeleidingsvormen van de huisartsen die meewerkten aan dit onderzoek.

Allereerst zijn 10 van de 15 huisartsen spontaan van mening dat de begeleiding verschilt van patiënt tot patiënt. Duidelijk wordt dat het overwicht van de geïnterviewde huisartsen de begeleiding aanpast aan de context van de patiënt, m.a.w. de omstandigheden waarin ze momenteel als ongepland zwangere vrouw verkeert. Deze huisartsen melden dat de leeftijd van de patiënt een belangrijk aspect is in de begeleiding. Naargelang de leeftijd van de patiënt gebeurt de begeleiding op een andere manier. H9 kaart dit aan met een statement:

"Het is anders bij een kind van 16 jaar dat een accident voorheeft. Die moet je zoveel mogelijk helpen. Daar is de keuze ook wel duidelijk als men zegt dat het niet gaat. Daar ga je stimuleren van bijvoorbeeld een vriendin mee te nemen [naar het abortuscentrum] als de moeder het niet mag weten. Daar ga je veel meer praktische omkadering meegeven dan bij een volwassene."

Naast de leeftijd van de patiënt, wordt ook aangehaald in een gesprek met een huisarts dat evenzeer de mate van het intellectueel zijn van de patiënt de manier van begeleiden bepaalt:

[H7] "Het is ook een beetje aftasten naar het intellectueel zijn van de patiënt. Als je iemand hebt die heel beredeneerd is of iemand die emotioneel is, is dat een totaal andere situatie. Daarvan hangt het ook af hoe je ze verder begeleidt."

Slechts één huisarts antwoordt dat zijn begeleiding afgestemd is op de cultuur van de patiënt. Deze huisarts vermeldt dat 80% van zijn patiënten moslim is en hij daarom respect moet hebben voor het religieuze aspect van de patiënt:

[H14] "Veel van mijn patiënten hebben verschillende culturen: moslimcultuur, Belgische cultuur en ongelovige cultuur. Elk van hen heeft een speciaal beleid. [...] In mijn begeleiding moet ik zeker het religieuze aspect van de patiënt goed respecteren en hun vragen goed beantwoorden."

Om de gewenstheid van het kind te kunnen kaderen, delen de meeste huisartsen mee dat ze de gezinssituatie bevragen, alsook de ondersteuningsmogelijkheden en de omgeving van de patiënt. Huisarts 5 benoemde deze elementen als "parameters":

"In functie van het welzijn van de persoon zelf en van het eventuele kind dat zou geboren worden, houd je rekening met bepaalde parameters. Dan kan je bevinden of het gewenst is of niet. [...] De sociale omgeving van de persoon zelf. Is ze matuur genoeg? [...] De financiële en materiële omstandigheden zijn soms ook van belang. Kan die persoon gehuisvest worden? De omkadering."

Een belangrijk punt in de begeleiding is de mate waarin de huisartsen de patiënten, die in zulke situatie op consultatie komen, kennen. Wanneer de huisarts de patiënt in kwestie niet goed kent, zal hij doorgaans naar meer achtergrondinformatie vragen:

[H2] "Natuurlijk is het wel zo dat als je van bepaalde mensen een grote achtergrond weet, je daar misschien meer gebruik van kan maken in je gesprek."

[H3] "Als ik ze niet ken, dan vraag ik toch naar meer achtergrondinformatie, of dan zou ik dat toch doen. Wij zien veel mensen zonder papieren en als ik ze dan niet ken, dan wil ik toch wel weten vanwaar ze komen, hoe ver ze staan, wat ze al gedaan hebben enz. Die achtergrondinformatie vind ik toch wel belangrijk."

De huisartsen zijn het erover eens, zoals eerder vermeld in de basisprincipes, om allereerst een open gesprek te voeren met de patiënt in kwestie wanneer een ongeplande zwangerschap vastgesteld wordt. Een eerste vraag is dan in de meeste gevallen of de zwangerschap enkel ongepland, of ook ongewenst is. Uit dit onderzoek blijkt dat elke huisarts die vraag stelt, maar ieder op zijn/haar eigen manier:

[H12] "Eerst bespreken we dat ze zwanger zijn natuurlijk. Dan is de volgende vraag of ze er content mee zijn, of ze het verwachtten of het zien zitten."

Welke thema's aan bod komen tijdens deze eerste gesprekken komt over het algemeen bij elke huisarts overeen, niettemin past elke huisarts wel een eigen manier van gespreksvoering toe. Wanneer duidelijk wordt voor huisartsen dat de zwangerschap niet enkel ongepland maar ook ongewenst blijkt te zijn, stellen ze meer vragen in de diepte zodat ze het probleem van de patiënt grondig kunnen analyseren:

[H15] "Wat zijn de angsten van de patiënt? Is er al met iemand over gesproken? Is er een partner of is het een alleenstaand iemand? Wordt ze een beetje omringd door familie? Zijn er vriendinnen? Kan ze ergens terecht?"

De huisartsen die werden geïnterviewd, geven aan dat ze de patiënt trachten te informeren. We kunnen afleiden dat de meerderheid van de huisartsen vindt dat de wens van de patiënt primeert. Vervolgens zijn ze van mening dat ze in elk geval alle mogelijkheden dienen aan te bieden die bestaan bij ongeplande zwangerschappen. Een combinatie van het principe van de keuze van de patiënt dat bepalend is en het aanbieden van verschillende mogelijkheden wordt geïllustreerd door een casus aangaande een Marokkaanse vrouw:

[H03] "Ze wilde echt niet zwanger zijn, ze was echt ongelukkig en ze voelde zich daar echt niet goed bij. Het was een ongelukje met haar man. Dan zeggen wij wel eens: 'Je hebt nog een mogelijkheid als je dat [het kindje] echt niet wilt of echt niet ziet zitten.'. Ze heeft dat toen niet gedaan, maar we bieden het wel aan. Het is niet omdat de godsdienst zegt dat ze het niet mogen dat wij er niet over mogen spreken."

Daaropvolgend wordt met de patiënt in de meeste gevallen de voor- en nadelen van de mogelijkheden besproken. Bijna elke huisarts voert dit gesprek gevoelsmatig. Er is echter maar 1 huisarts die werkt vanuit een theoretisch kader, huisarts 10:

"Een decision of balance is een gebalanceerde beslissing. Het begeleiden in een gebalanceerde beslissing. Meestal zijn patiënten geneigd van naar 1 vakje te kijken. In het gebalanceerd beslissen kan je als hulpverlener aandacht hebben voor de voor- en nadelen om iets te beslissen of iets niet te beslissen. [...] Wat zijn de voordelen van het kindje te houden? Wat zijn de voordelen van het kindje niet te houden? Dus het kindje houden heeft voor- en nadelen en het kindje niet houden heeft voor- en nadelen."

Sommige huisartsen die meewerkten aan dit onderzoek, vermelden dat hun begeleiding in bepaalde gevallen gebaseerd is op het opvangen van de eerste shock van de patiënt.

[H15] "Ik denk dat het bij deze persoon belangrijk was om het ventileren scherp te stellen i.v.m. alles wat er in haar hoofd omging, zoals: 'Hoe moet het nu?'. Dat was eigenlijk het belangrijkste. [...] Het is eigenlijk vooral een beetje empathisch luisteren. Ook af en toe een stilte houden en proberen toch duidelijk te maken dat het belangrijk is in een beslissing alles te overwegen."

Vervolgens beperken een aantal huisartsen het niet tot een eerste gesprek, maar vragen ze de patiënt terug op een tweede consult. Men beschouwt de tijd tussen het eerste en het tweede gesprek als een soort bedenktijd. Het nut van de tweede bespreking verklaart huisarts 10:

"Meestal vraag ik ze inderdaad wel terug om toch, al dan niet met partner, nog eens terug te bespreken waar ze zitten in hun beslissing. Dus ik vraag naar hun beslissing en daar werk ik dan nog even rond."

De belangrijkheid van een tweede gesprek bij de huisarts, bevestigt ongeveer de helft van de respondenten. Deze huisartsen vinden dat patiënten bij de eerste shock na het meedelen van de zwangerschap even hun gedachten moeten laten bezinken om er dan later op terug te komen bij de huisarts. De huisartsen beoordelen zelf of een bijkomend gesprek noodzakelijk wordt geacht of niet:

[H13] "Sommigen hebben er al echt een duidelijk idee over en zeggen dat ze het willen houden of een abortus gaan laten doen. Dan zie je die nog 1 keer terug. Bij anderen die nog twijfelen kan dat 2 of 3 keer zijn. [...] Meestal, als ik zelf vind dat het aan de orde is, dan stel ik dat [een vervolgspraak] zelf voor en dan gaan ze daar wel of niet op in, daar zijn ze vrij in. Maar meestal stel ik dat zelf wel voor, vooral bij diegenen die een beetje overdonderd zijn door het nieuws en het een beetje moeten laten bezinken."

Drie huisartsen kaarten aan dat zij hun patiënten terug op consultatie laten komen om de resultaten van het bloedonderzoek mee te delen. Deze tweede consultatie vatten zij evenzeer op als een tweede gesprek en wordt automatisch ingepland tijdens de eerste consultatie:

[H8] "Meestal nodig ik ze toch nog eens uit. We trekken bloed en ze moeten dan toch nog eens langskomen voor het resultaat. Ik laat ze daar meestal niet voor bellen maar ik laat ze terugkomen. Ondertussen hebben ze dan ook de tijd gehad om er eens over na te denken of het te bespreken. Dan hebben ze meestal al meer een beslissing genomen."

Eén huisarts vermeldt echter dat hij de resultaten van het bloedonderzoek wel telefonisch meedeelt en dan met de patiënten telefonisch een gesprek voert over het feit dat men ongepland zwanger is. Hierbij geeft hij wel aan dat hij de mogelijkheid op een zwangerschap reeds met de patiënt vooraf bespreekt, op het ogenblik van de bloedafname.

Wanneer we vragen aan huisartsen hoe ze de begeleiding bij ongeplande zwangerschappen doen, antwoordt men soms heel vaag en algemeen. Om dat antwoord verder te kunnen detailleren en om een zicht te krijgen op de begeleiding in de praktijk, vragen we naar concrete casussen die de huisarts reeds meemaakte en hoe hij/zij daarmee omging.

Zodoende kunnen we een vergelijking maken tussen het eerste antwoord dat werd gegeven, de begeleiding in het algemeen, en de concrete casus die achteraf besproken werd. Opmerkelijk is dat één huisarts aanvankelijk vertelde dat hij de resultaten pas meedeelt wanneer hij de patiënt laat terugkomen op consultatie, maar wanneer we vragen om een casus te bespreken, wordt duidelijk dat hij ook via de telefoon deze resultaten meedeelt.

Sommige van de aan het onderzoek meewerkende huisartsen voelen zich niet geroepen om de gesprekken in het beslissingsproces van de ongepland zwangere vrouw op zich te nemen en verwijzen door naar andere instanties. Het betreft hier echter een kleine minderheid. Zij zien hun functie louter als poortwachter en delegeren naar gespecialiseerde mensen of diensten. Huisarts 5 staft dit:

"Je hebt huisartsen die veel psychologische patiënten aantrekken, ik stoot dat liever af. Uiteindelijk heb ik liever actie, dat zou oeverloos gelul zijn met meestal nog geen resultaat na uren. [...] Bij ongeplande zwangerschappen heb je een gesprek dat geen uren en dagen duurt, je geeft de mogelijkheden en dan delegeren de meesten naar een abortuscentrum, gynaecoloog of psycholoog."

6.3.3 De begeleiding bij vrouwen onder druk

Hier bedoelen we zowel de druk op de zwangere vrouw door partner/familie/omgeving als de druk door ouders bij een tienerzwangerschap. Deze partijen kunnen invloed hebben op de beslissing van de zwangere zodat ze bijgevolg voor ofwel abortus, ofwel het behoud van de zwangerschap zal kiezen. In deze paragraaf wordt duidelijk hoe huisartsen deze problematiek benaderen.

Van de 15 huisartsen die meewerkten aan dit onderzoek hebben 6 het standpunt dat de keuze van de zwangere vrouw inzake het verdere verloop van de zwangerschap primeert. H15 geeft daar enige verduidelijking over:

"Ik probeer te benadrukken dat het toch echt een eigen beslissing moet zijn. Dat ze er zelf vrede mee moet vinden want dat zij vooral de persoon zal zijn die ermee zal omgaan."

Een belangrijke reden dat zij daarvoor aangeven, is dat vrouwen die gepusht worden in hun keuze, mogelijk achteraf de gebeurtenis psychisch moeten verwerken. Deze stelling wordt verduidelijkt door H9:

"De keuze van de moeder primeert natuurlijk. Anders ga je grote trauma's veroorzaken als je iemand tot abortus dwingt, dat mag je natuurlijk nooit doen."

Daartegenover vermeldt 1 huisarts dat bij sommige getrouwde koppels het bijna onmogelijk is om het standpunt van de vrouw te volgen wegens de zwakke positie waarin zij vertoeft. Huisarts 7 beschrijft dit aan de hand van een casus m.b.t. een vrouw die abortus wenste, met een partner die dat onmogelijk vond wegens religieuze redenen:

"Dat is eigenlijk een koppel dat ik het [abortus] niet aanraadt. [...] Er is wel een moeder en een broer maar het is niet zo dat ze massa's vrienden en burens als omkadering heeft om haar te ondersteunen. Een scheiding is in haar gezin met jonge kinderen niet van toepassing. Ze is daar zeker ook mentaal of financieel niet capabel voor."

Op basis van de interviews wordt duidelijk dat de meerderheid van de huisartsen de partner mee betreft in de keuze voor het behoud van de zwangerschap of voor een abortus, zelfs als de vrouw door de desbetreffende partner onder druk wordt gezet tot het nemen van een bepaalde beslissing. Huisartsen vinden dat beide partijen moeten overeenkomen in hun keuze. In dat opzicht gaat huisarts 12 dieper in op het conflict tussen de vrouw in kwestie en haar partner:

"Hier en daar blijft dat een probleem en dan probeer ik dat meningsverschil duidelijk te maken en te bespreken. Dan bespreken we eigenlijk een procedure hoe ze een oplossing kunnen vinden voor dat meningsverschil."

Het betrekken van de partner in de begeleiding van ongepland zwangere patiënten wordt verder in de thesis uitgebreider besproken (zie 3.2.3.5 Het betrekken van de partner in de begeleiding).

Bij tienerzwangerschappen vermelden 2 huisartsen dat het belangrijk is de ouders van de zwangere tiener bij de begeleiding te betrekken, ook indien de tiener door hen onder druk wordt gezet. Huisarts 8 geeft daar een verklaring voor:

"Je kan niet iets opdringen, zowel niet voor de ouders als voor de dochter. Het was in dat geval ook een minderjarige dus dat is dikwijls het probleem. De ouders dragen dan ook nog een deel van de verantwoordelijkheid, de kosten en de zorg."

Het is belangrijk om de vrouw die onder druk wordt gezet individueel en apart te spreken op de consultatie, zo vinden 5 van de 15 huisartsen die geïnterviewd werden. Sommige huisartsen beperken zich tot dit gesprek. Anderen willen ook de partner/ouders apart spreken zodat de twee partijen gehoord worden.

Huisarts 9 haalt aan hoe een gesprek verloopt met de ouders van een tienerzwangere die niet akkoord gaan met de beslissing van hun dochter voor het behoud van de zwangerschap:

"Dan moet je begrip tonen voor hun standpunt, positief beginnen en dan zeggen dat het ook de keuze van hun dochter is. Zij kiest. Je kan niet anders dan ze proberen te helpen in haar keuze. Als ze gekozen heeft, moet je haar niet laten vallen maar dan moet je haar helpen in de consequenties van haar keuze."

Bij conflicten tussen partners m.b.t. de beslissing bij ongeplande zwangerschappen, zouden 2 huisartsen doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening. De doorverwijzingen die vermeldt worden, hebben betrekking op de psycholoog of een maatschappelijk assistent van het ziekenfonds.

6.3.4 De begeleiding achteraf

Alle huisartsen die geïnterviewd werden, zijn zich ervan bewust dat patiënten na een abortus vaak mentale verwerkingsproblemen ondervinden. Huisarts 10 geeft daar volgende omschrijving aan:

"Ik denk wel dat het iets in de rugzak van een koppel is, of van een vrouw in het bijzonder. Dat is iets dat je in je rugzak meeneemt, levenslang. En je weet dat er in dat bepaald zakje van de rugzak iets zit waar je heel hard hebt over moeten nadenken."

Huisartsen kunnen de patiënten geen verplichting opleggen om na een abortus terug op consultatie te komen. In verschillende interviews benadrukken zij de vrijwillige medewerking van de patiënten. Eén huisarts vindt zelfs dat het uitnodigen van de patiënt voor een bijkomende consultatie op winstbejag van de dokter lijkt, omwille van ons betalingssysteem in de gezondheidszorg waarbij de patiënt betaalt per consultatie:

[H2] "[Ze komen] enkel [op vervolgspraak] als ze dat wensen. Dat komt eigenlijk ook een beetje door ons systeem. Als huisarts word je elke keer per consultatie betaald en dat is eigenlijk een moeilijke manier om te zeggen dat ze nog eens moeten langskomen. Het lijkt dan alsof je eraan wilt verdienen."

Na een abortus komt het dus niet vaak voor dat huisartsen zelf voorstellen om op vervolgconsultatie te komen om de ervaringen en emoties met de patiënt te bespreken. De meesten vermelden wel dat zij steeds bereid zijn te helpen als er daarna problemen zijn, maar er wordt niet automatisch een afspraak gepland. Echter 2 van de 15 huisartsen doen dat wel systematisch:

[H8] "Ik geloof dat ze in de meeste [abortus]centra nadien ook nog eens op gesprek gaan. Maar ik doe dat zeker ook. Ik vraag toch meestal om nog eens langs te komen nadien. En als ze het niet doen, begin ik er zelf over want ze komen toch sowieso nog wel eens voor iets anders binnen."

Zoals huisarts 8 hier aanhaalt, gebeurt er in de abortuscentra achteraf ook een controleraadpleging. De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen regelen daarom geen afspraak meer bij henzelf. Er wordt o.a. tijdens de nacontrole in de abortuscentra gepraat over de anticonceptie die in de toekomst gebruikt zal worden en eveneens meteen wordt voorgeschreven. In de centra raadt men bovendien aan om op vervolgconsultatie bij de huisarts te gaan. De huisarts vertrouwt er zodoende op gecontacteerd te worden door de patiënt wanneer er een probleem is.

Daartegenover maken 2 huisartsen duidelijk in de toekomst wel automatisch een afspraak achteraf te zullen inplannen. Ze zien de belangrijkheid in van de gesprekken die na een abortus kunnen plaatsvinden en beseffen dat een patiënt uit zichzelf soms niet de stap zal zetten om op consultatie te komen om de verwerking van de abortus te bespreken.

[H13] "Je gaat er een beetje vanuit dat als er iets is, dat ze wel zelf de stap zullen zetten. Misschien is dat fout. [...] Ik ga ervan uit dat men mij wel contacteert als het niet goed gaat, maar misschien is dat juist het moment waarop ze mij helemaal niet contacteren. Dat zou kunnen."

Vaak is het wel zo dat achteraf, tijdens een toevallige consultatie omwille van een ander medisch probleem van de patiënt in kwestie, over de uitgevoerde abortus gesproken wordt. Wanneer de huisarts merkt dat de patiënt in staat is om erover te praten, zal hij/zij bevragen hoe het geweest is en hoe het nu gaat:

[H15] "Als er een abortus gebeurd is, dan hebben ze anticonceptie gekregen via het centrum. Maar daarna nog een opvolging? Niet direct. Je ziet de patiënten wel terugkomen en dan ga je daar wel eens over beginnen, maar niet echt georganiseerd."

Ingeval van psychologische problemen achteraf vermelden 4 huisartsen dat zij geneigd zijn door te verwijzen naar een psycholoog die volgens hen meer geschoold is in zulke verwerkingsproblematiek.

[H12] "Omwille van het specifieke probleem dat het soms wat onverwachts is, hebben sommige moeders achteraf wel wat begeleiding nodig. Soms moet je mensen echt verwijzen naar de psycholoog."

6.3.5 Het betrekken van de partner in de begeleiding

Uit de interviews is af te leiden dat 7 huisartsen vinden dat het nodig is de partner van de vrouw die ongepland zwanger is te betrekken in de begeleiding. Volgens 2 huisartsen is het niet altijd noodzakelijk dat de partner aanwezig is op de consultatie. Zij stellen wel aan de vrouw voor om een gesprek te hebben met haar partner, zodat het koppel samen beslist:

[H07] "Meestal hebben ze zelf al een keuze gemaakt en al dan niet met de partner daarover gesproken. Dus ik raad altijd aan om een open, eerlijk gesprek te hebben met de partner, zij onderling. De partner hoeft niet mee aanwezig te zijn tijdens het consult. En dan moet hun wens, of ze de zwangerschap gaan behouden of niet, duidelijk tot uiting komen."

Daarentegen stellen de 5 andere huisartsen toch voor om de partner mee te vragen op consultatie, zodat er een gesprek met 3 kan worden aangegaan:

[14] "Ik hoor dikwijls de patiënt alleen en dan vraag ik om met haar man samen naar hier te komen. Dat gebeurt dikwijls, niet altijd. Maar ik vraag er wel achter."

Enkel huisarts 6 is tegenstander van het bespreken van de ongeplande zwangerschap samen met de partner en de ongepland zwangere vrouw:

"Ik ben niet de persoon om ze hier allebei te gaan uitnodigen en een open gesprek te doen. Dat is niet mijn stijl. Dat zijn verschrikkelijke, oeverloze gesprekken waar geen einde aan komt."

6.3.6 De neutraliteit van huisartsen

Duidelijk wordt dat maar 5 huisartsen een open gesprek aangaan wanneer ze met de patiënt de mogelijkheden bespreken bij ongeplande zwangerschappen. Dat wil zeggen dat er 10 huisartsen in dit onderzoek voorkomen die de patiënt een welbepaald advies verstrekken waarop de patiënt haar beslissing onder meer baseert:

[H14] "Als er vermijdbare problemen zijn, dan zou het volgens mij beter zijn de zwangerschap te houden. [...] Bij onvermijdbare problemen doen we ons best om het samen met de patiënt of samen met de specialisten op te lossen. Als het opgelost kan worden, raad ik haar aan om de zwangerschap te houden."

Huisarts 5 is van mening dat hij soms mensen bewust moet sturen in hun beslissing:

"En als dat nu echt een concreet geval is waarvan ik zelf oordeel dat zij niet in staat is om het kind groot te brengen, dan zal ik daar ook een beetje op pushen dat ze dat [de abortus] wel laat doen. [...] Ik baseer me in de begeleiding op mijn gedacht van hoe ze het kind zou grootbrengen. In [bepaalde] omstandigheden gebeurt dat niet goed, dan is het beter dat het kind niet ter wereld komt. [...] Je moet hen ook de feiten onder ogen doen zien, dat het leven geen spel is."

Van deze 10 huisartsen beweren 3 huisartsen de patiënt neutraal en objectief te benaderen, echter uit het onderzoek blijkt dat zij toch sturen in de richting van abortus of behoud van de zwangerschap. Dit wordt duidelijk wanneer we bevragen hoe ze de begeleiding doen bij ongeplande zwangerschappen. De antwoorden omtrent hun neutrale en objectieve houding zijn bij deze huisartsen in conflict met de antwoorden op de vraag om een casus te beschrijven waarin de huisarts dergelijke begeleiding deed in het verleden. We benadrukken hier de belangrijkheid van de theoretische verklaring te koppelen aan of te vergelijken met hun praktische ervaringen. Ter verduidelijking vergelijken we het feit dat huisarts 9 aanvankelijk verklaart dat hij een neutrale houding aanneemt met de concrete casus waarin hij dat duidelijk niet doet:

"Als ik zo'n gesprek voer dan probeer ik me daar neutraal in op te stellen, maar dat gaat niet altijd. Dan is het via dat gesprek proberen de mensen voor zichzelf te laten duidelijk maken waar hun prioriteiten liggen en wat ze als problemen zien."

Later, bij het bespreken van een casus, vermeldt hij:

"Dan heb ik ook wel gezegd: 'Je moet goed nadenken. Eigenlijk vind ik dat niet de verstandigste keuze, maar ik begrijp het wel'."

Achteraf maakte hij in het gesprek duidelijk dat hij vindt dat neutraliteit een illusie is.

6.4 Moeilijkheden in de begeleiding

Bij de begeleiding van ongeplande zwangerschappen ondervinden huisartsen twee moeilijkheden. Enerzijds moeten de patiënten de wettelijke termijn respecteren wanneer men kiest voor een abortuspil of curettage. In België mag een abortus gebeuren tot 12 weken na de bevruchting. Anderzijds hebben de huisartsen wegens hun drukke werkzaamheden onvoldoende tijd voor een gesprek of meerdere gesprekken met de patiënt die ongepland zwanger is.

Vrouwen zijn daarom in sommige gevallen genoodzaakt om een snelle beslissing te nemen wanneer er sprake is van een ongeplande zwangerschap. De huisarts is dan dikwijls de persoon die de zwangere vrouw daarop moet wijzen. 5 huisartsen kaarten deze moeilijkheid aan tijdens de interviews:

[H11] "Dikwijls is het zo dat ze maar 4 weken tijd hebben om een beslissing te nemen. Of zelfs nog minder, 2 weken, wanneer de zwangerschapstest wat later is. Ze verwachten het ook niet, ze komen al heel laat. Wanneer ze al 2 maanden hun regels niet hebben gehad, komen ze die test doen en dan is het allemaal heel kort en moet het halsoverkop beslist worden."

Inzake de andere moeilijkheid, met name de toenemende werkdruk, zijn er 4 huisartsen die in dit onderzoek vermelden dat zij te kampen krijgen met tijdslimieten op de begeleiding. Sommige huisartsen vinden dat ze de tijd niet hebben om de begeleiding op zich te nemen en zijn bijgevolg genoodzaakt te delegeren naar andere instanties:

[H5] "Dat behoort tot het takenpakket en je zou daar tijd voor moeten maken, maar alles hangt af van de omstandigheden waarin je zelf werkt, de tijdsdruk die je zelf hebt. Uw dag duurt ook maar 24u en als je vindt dat je daar geen tijd voor hebt, dan delegeer je dat. [...] Daar zijn gespecialiseerde instellingen voor die daar ook voor betaald worden."

6.5 Verschillen in begeleidingsvormen

In het onderzoek is slechts 1 huisarts van mening dat de meeste huisartsen nagenoeg op dezelfde manier ongeplande zwangerschappen begeleiden. Dit wil zeggen dat de 14 andere huisartsen op de hoogte zijn van de verschillen in begeleidingsvormen.

De meningen zijn verdeeld wanneer we vragen of de huisartsen enig idee hebben waar de oorzaak ligt van die variatie in begeleidingsvormen. 7 huisartsen zoeken de reden daarvan bij de verschillende levensbeschouwingen van huisartsen. H1 verklaart:

"Ik veronderstel dat huisartsen die filosofisch anders gericht zijn, minder geneigd zouden zijn om een abortus aan te bevelen."

Vervolgens is er een grote groep die van mening is dat de verschillen in begeleidingsvormen te wijten zijn aan de eigen ingesteldheid en persoonlijkheid van de huisarts. Onder andere H10 is daarvan overtuigd:

"Ik denk dat je soms verschiet van je persoonlijke visie. Dat mensen die echt in hun huisartsengeneeskunde een zeer persoonlijke kijk opdringen naar patiënten. En ook zeer duidelijk poneren, op het gevaar af, dat je patiënten eigenlijk opzadelt met je eigen visie en misschien nog met een groter schuldgevoel."

Een kleinere groep denkt dat de opleiding en de leeftijd van de huisarts ook te maken hebben met het begeleiden van de patiënt op een verschillende manier. Huisarts 11 en 12 illustreren dit:

[H11] "Er is misschien ook een verschil in leeftijd. [...] Ik ervaar dat heel goed in onze [huisartsen]kring, daar is echt een generatieconflict aan het komen. Andere mentaliteit en andere opvattingen over alles. Dus dan zal dat voor dat thema waarschijnlijk ook wel zo zijn, denk ik."

[H12] "Vroeger bleek het heel duidelijk dat bepaalde universiteiten, zoals Gent en Brussel, er veel vrijblijvender [vrij van sturing en oordeel] en beter in onderricht waren. En dat in Leuven, ik zal niet zeggen dat het niet bespreekbaar was, maar er werd gezegd dat het bestond maar dat je er niet aan mee moest doen."

Verder werd door 3 huisartsen aangehaald dat het geslacht van de huisarts ook een rol kan spelen in de methode van begeleiden. Huisarts 11 deelt deze mening:

"Ik denk wel dat een vrouw daar misschien anders tegenover staat dan een man. [...] Ze kunnen ook over hun eigen ervaringen spreken, dat kan ik natuurlijk niet."

6.6 De kennis van huisartsen inzake de mogelijkheden bij ongeplande zwangerschappen

6.6.1 Abortus

6.6.1.1 Abortuscentra

In ons onderzoek vragen we naar welke instelling(en) de huisarts doorverwijst indien de patiënt voor abortus kiest.

Omdat het onderzoek in Antwerpen plaatsvindt, werken alle huisartsen grotendeels samen met Antwerpse instellingen. Er zijn 12 huisartsen die de patiënt doorverwijzen naar het Dr. Willy Peers Centrum en 6 naar het St. Erasmus ziekenhuis. De naam van het abortuscentrum dat binnen de dienst gynaecologie-verloskunde van het St. Erasmus is georganiseerd, Labyrint, werd echter door de huisartsen niet vernoemd.

Een minderheid van de huisartsen zou de patiënt voor een abortus doorverwijzen naar de gynaecoloog.

6.6.1.2 Kennis omtrent de werking van abortuscentra

De abortuswet van België legt een wachttijd van 6 dagen op vanaf het eerste consult voordat de abortus mag worden uitgevoerd. Wij bevragen in dit onderzoek of huisartsen daarvan op de hoogte zijn.

De meerderheid van de huisartsen spreekt niet over een concreet aantal dagen wachttijd, met uitzondering van 4 huisartsen. Opvallend is dat slechts 1 huisarts de termijn van 6 dagen aangeeft. De andere 3 vermelden in de interviews dat de wachttijd 7, 8 of 10 dagen is. Hieruit kunnen we duidelijk afleiden dat een minderheid van de geïnterviewde huisartsen de correcte duur van de wachttijd kent:

[H11] "De wet voorziet dan dat er 10 dagen moeten zijn tussen het gesprek daar en de ingreep."

De meeste huisartsen zijn daarentegen wel op de hoogte van het feit dat er allereerst een intakegesprek en een gesprek met de psycholoog plaatsvindt. De nacontrole in het abortuscentrum wordt eveneens door de meeste huisartsen vermeld.

Slechts 1 huisarts geeft aan dat ze niet op de hoogte is van de werking van abortuscentra, met als gevolg dat ze naar een gynaecoloog zou doorverwijzen. Een andere huisarts acht het niet noodzakelijk om de werking van abortuscentra te kennen.

We bevragen in dit kader eveneens hoe huisartsen worden ingelicht over de activiteiten in abortuscentra. De huisarts wint vooral informatie in door informatiebrochures, folders en websites van abortuscentra. Eveneens haalt een kleine minderheid van de huisartsen aan dat ze wordt ingelicht door patiënten die ze doorverwees naar dergelijke centra. Patiënten delen dikwijls achteraf hun ervaringen met de huisarts.

6.6.1.3 Het vertrouwen in de begeleiding door abortuscentra

Volgend op het bevragen van de kennis van huisartsen inzake de werking van abortuscentra, onderzoeken we in hoeverre huisartsen vertrouwen hebben in de begeleiding bij ongeplande zwangerschappen door zulke centra.

De meerderheid van de ondervraagde huisartsen is tevreden met het feit dat er in de abortuscentra ook nog een consultatie bij de psycholoog wordt georganiseerd. Deze huisartsen stemmen bovendien hun begeleiding af op de hulpverlening van de abortuscentra. Sommige huisartsen sturen zelfs patiënten, die nog geen beslissing hebben genomen inzake hun zwangerschap, naar de abortuscentra met het oog op een professionele begeleiding in hun keuze:

[H14] "Er is eerst [met de huisarts] een gesprek om haar [de ongepland zwangere vrouw] een beetje gerust te stellen en dan ga ik een afspraak regelen voor haar in een abortuscentrum in Antwerpen om haar verder op te volgen. Daar doen ze eigenlijk een psychologisch consult en gaan ze spreken over ofwel abortus ofwel niet."

4 huisartsen maken hun ervaringen met abortuscentra concreet. De meesten onder hen geven aan dat ze reeds positieve reacties kregen van patiënten die werden doorverwezen naar zulke centra:

[H10] "Er is een bepaalde patiënt die bij dat gesprek ontzettend goed geholpen geweest is. Ze is daar zeker 3 à 4 keer in die tussenperiode nog naartoe geweest, naar die begeleider die het gesprek voert."

Vervolgens vindt huisarts 10 dat de ingreep in het abortuscentrum zeer technisch gebeurt. 2 andere huisartsen delen haar mening.

[H10] "Ik verwittig meestal ook de mensen dat de ingreep zelf zeer technisch is. Dat het bijna bandwerk is. Dat ze daar eigenlijk bijna gewoon puur hun gedachten op 0 moeten zetten want dat het een technische handeling is."

Daartegenover geeft 1 huisarts duidelijk aan niet tevreden te zijn over de psychologische begeleiding in abortuscentra:

[H11] "Ik weet uit ervaring dat de psychologische begeleiding daar [in het abortuscentrum] drie keer niets is. Ze [De patiënten] zeggen [op basis van hun ervaringen] dat het eigenlijk zuiver technisch is. Dat het bijna als een supermarkt, binnen en buiten is. Die gesprekken daarna gaan dan meer over contraceptie i.p.v. echt psychologisch af te tasten wat dat eigenlijk betekent voor iemand."

Opvallend zijn de meningsverschillen van de geïnterviewde huisartsen over hun tevredenheid en vertrouwen inzake de begeleiding van ongepland zwangere vrouwen in de abortuscentra.

6.6.2 Andere alternatieven

Wanneer de kennis van andere alternatieven naast abortus wordt bevraagd, blijkt dat geen enkele huisarts hier ervaring mee heeft.

De helft van de ondervraagde huisartsen vindt onvoldoende op de hoogte te zijn van alle alternatieven die kunnen worden aangeboden bij ongeplande zwangerschappen.

[H1] "Daar weet ik eerlijk gezegd niet veel van. [...] Ik zou niet weten hoe ik daar aan moet beginnen."

Daarentegen zijn er 5 huisartsen die, ondanks hun onwetendheid omtrent dit onderwerp, wel vermelden dat er andere alternatieven bestaan indien de ongepland zwangere vrouw niet voor een abortus wil kiezen maar het kindje ook liever niet behoudt. Elk van hen vermeldt daarbij duidelijk dat alternatieven naast het ouderschap en abortus zelden worden gekozen:

[H12] "Ik meld ook wel dat er alternatieven zijn, maar ik heb toch nog nooit meegemaakt dat ze een adoptie wensen. De keuze is: ofwel houden we het [kindje], ofwel niet."

Volgend op 3.2.6.1.3. wordt duidelijk, indien de ongepland zwangere vrouw zou kiezen om bijvoorbeeld het kindje af te staan voor adoptie, huisartsen vertrouwen op het abortuscentrum in het geven van advies over dergelijke alternatieven, en zodoende zouden doorverwijzen. 4 huisartsen vermelden spontaan overtuigd te zijn dat men in het abortuscentrum meer informatie kan geven inzake alternatieven bij ongeplande zwangerschappen:

[H9] "Ik kan niet zeggen dat als men het kind wil afstaan voor abortus, wat ze dan moeten doen en waar ze daarvoor moeten zijn. Dat weten ze in die abortuscentra. Dat staat zelfs op de website van het Dr. Willy Peers Centrum."

6.7 De opleiding

6.7.1 Vorming inzake de begeleiding van ongeplande zwangerschappen

We gaan in dit hoofdstuk na in hoeverre huisartsen gevormd worden in de begeleiding van ongeplande zwangerschappen.

3 huisartsen vermelden dat vooral de minpunten van abortus werden aangekaart tijdens de opleiding. Het gaat hier over 3 huisartsen die meer dan 20 jaar geleden afstudeerden, toen abortus bij wet nog verboden was. Ze benadrukken dat de opleiding dit thema hoofdzakelijk benaderde vanuit een juridische hoek, met als gevolg dat ze vanaf 1990, wanneer de abortuswet in werking trad, het thema van de ongeplande zwangerschap vanuit hun praktische ervaringen hebben moeten leren:

[H12] "De juridische kant werd heel hard bekeken maar toen was dat [de abortus] echt verboden. Dat was kantje boordje illegaal. Dan is er een wet gekomen in de jaren stilletjes. Maar dat was een beetje vervelend. Dat er adressen bestonden waar we naar konden doorverwijzen, denk ik dat we een beetje door schade en schande geleerd hebben."

Vervolgens zijn er 5 huisartsen die meedelen dat in de opleiding enkel de verloskundige, medische aspecten werden besproken. Echter totaal geen aandacht werd besteed aan de ongeplande zwangerschap. De resterende groep haalt aan dat dit thema tijdens de huisartsenopleiding summier aan bod kwam, in sommige gevallen meer toegespitst op 'ongewenste' zwangerschappen of zwangerschappen in het algemeen:

[H13] "Dat zal dan toch maar zeer summier geweest zijn, denk ik. Misschien even in de huisartsenopleiding maar voordien zeker niet."

[H15] "[Het thema van de ongeplande zwangerschap kwam] Niet [aan bod] in de algemene opleiding, dat kan ik me niet herinneren. In de huisartsenopleiding hebben we daar wel een blok over gehad. Dat ging niet enkel over ongepland, dat was meer algemeen. [...] Over zwangerschap in het algemeen en over het kunnen doorverwijzen naar, en wat er zoal bestaat."

6 huisartsen halen aan dat gespreksvoering inzake ongeplande zwangerschappen niet behandeld werd in de opleiding. 5 huisartsen van deze groep studeerden meer dan 20 jaar geleden af:

[H5] "Wij kwamen nog uit een tijd dat onze opleiding strikt wetenschappelijk was en waar er eigenlijk niet veel tijd was voor al dat soort toestanden, begeleiden en praten enz. Dat was toen allemaal niet aan de orde."

De andere 9 huisartsen maken duidelijk dat gesprekstechnieken beknopt of zeer algemeen werden besproken. De huisartsen werden vooral getraind in slechtnieuwsgesprekken, maar niet in beslissings- of begeleidingsgesprekken:

[H6] "De gesprekstechnieken werden heel even tijdens een praktijkoefening aangehaald maar dat is nooit echt volledig uitgewerkt. Het werd heel even aangeraakt."

[H7] "Gespreksvoering in het algemeen, maar niet specifiek over iets. Het slechtnieuwsgesprek werd wel aangeleerd maar dat is dan heel ruim, dat kan over kanker gaan, een overlijden enz."

3 huisartsen benadrukken de belangrijkheid van de stage in hun opleiding om zich meer te kunnen verdiepen in deze thematiek:

[H7] "Op de stages krijg je ook uitermate veel kans om dat te oefenen. Je moet het vaak niet zelf doen, maar je aanhoort het wel."

Daarentegen vermeldt huisarts 5 dat dergelijke stages tijdens zijn opleidingsjaren nog niet bestonden:

"Dat was toen allemaal niet aan de orde. Nu is dat allemaal anders. Wij hadden ook nog geen huisartsenstages waar we dat konden doen. Nu hebben ze van die skillslabs ⁽¹⁾ en gesprekstechnieken, maar toen moest je dat zelf leren of moest je dat gewoon aangeboren hebben."

6.7.2 Bijkomende opleiding aangaande de begeleiding van ongeplande zwangerschappen

Ondanks de ontbrekende of beknopte opleiding omtrent de begeleiding bij ongeplande zwangerschappen, zijn de meeste geïnterviewde huisartsen van oordeel dat een bijkomende opleiding momenteel niet vereist is. Ze delen mee dat ze nog geen moeilijkheden ondervonden in de begeleiding. Anderen zijn van mening dat ze er nu geen nood meer aan hebben omdat ze hun manier van begeleiden door de jaren heen gevormd hebben.

Een huisarts vermeldt dat men de begeleiding intuïtief toepast, zonder daarin opgeleid te zijn:

[H5] "Dat is iets dat je uit je eigen doet. Je kan dat wel aanleren, maar zo iets behoort tot de sociale vaardigheden die je als huisarts moet hebben, en de ene heeft dat al wat meer dan de andere. Je kan dat wel aanleren en wat bijschaven maar die sociale vaardigheid heb je van nature uit, normaal."

Huisarts 6 vindt dat hij niet voldoende op de hoogte is van de manier van begeleiden bij ongeplande zwangerschappen, en dat hij daarom zou doorverwijzen naar vrouwelijke collega's in de huisartsenpraktijk. Om die reden heeft hij geen behoefte aan een bijkomende opleiding.

¹ Een skillslab is een geënceneerde setting waarin studenten via simulatie en training competenties en vaardigheden kunnen aanleren en optimaliseren

3 huisartsen zijn daarentegen wel van mening dat een bijkomende opleiding een meerwaarde kan bieden aan de manier van begeleiden die ze nu toepassen. Huisarts 13 is van mening dat ze ongepland zwangere patiënten gevoelsmatig begeleidt, maar dat een extra opleiding een meer systematische aanpak kan aanreiken.

Huisarts 12 is van mening dat hij onvoldoende geschoold is in de gevolgen die een abortus teweeg kan brengen. Daarom zou een bijkomende opleiding in de begeleiding interessant zijn volgens hem:

"Ik had toch wel graag geweten dat een abortus niet zomaar iets [een ingreep] is en dat die mensen [waarbij een abortus gebeurde] achteraf opvang nodig hebben [...]. En dat het toch ook een 'rouwproces' is [...]. Sommigen hebben daar schuldgevoelens over en moeten er achteraf over praten. Het is niet dat als het [de abortus] gebeurd is, dat het gedaan is, en dat wisten wij niet [als beginnend huisarts]."

Tegenwoordig worden opleidingen aangeboden aan huisartsen via internet, zo vermeldt huisarts 13. Zij zou het een goed initiatief vinden om een dergelijke bijkomende opleiding te organiseren m.b.t. het thema van de begeleiding bij een ongeplande zwangerschap. Ze vindt het een voordeel om thuis opleidingen te kunnen volgen:

"Dat [de online opleiding] kan je doen wanneer je tijd hebt. Daar kan je om 24u nog aan beginnen. [...] In die zin is het wel handiger. [...] Dan geven ze eerst een aantal situaties over wat te doen in welke situatie. Dan geven ze een soort theoretische uiteenzetting over wat best te doen. En dan nog een aantal casussen, gesprekken met patiënten en anamneses over wat daar belangrijk bij is. Dan krijg je daar een aantal vraagjes over die je moet beantwoorden."

Hierbij vermeldt ze echter dat het missen van de interactie met de patiënt nadelig kan zijn.

Huisarts 7 gaat daar nog verder in. Zij vindt het een goed initiatief om te kunnen observeren hoe de psychologische begeleiding in een abortuscentrum gebeurt:

"Als de kans er zou zijn, zou ik wel eens graag een dagje meelopen in een abortuscentrum. Dat zou ik niet slecht vinden. Om te weten hoe de psychiaters of psychologen die daar aanwezig zijn dat doen, qua standaardprocedure zeg maar."

6.7.3 Aanbevelingen m.b.t. de opleiding

In tegenstelling tot het feit dat de meerderheid van de geïnterviewde huisartsen geen nood heeft aan een bijkomende opleiding, vinden de huisartsen wel dat het thema van de begeleiding bij ongeplande zwangerschappen in hun opleiding aan bod moet komen:

[H10] "Ik vind dat zeker nodig, zeker nu, wanneer het in de legaliteit zit. Zeker en vast. De adressen moeten gemakkelijk te achterhalen zijn. Maar dan natuurlijk ingebed in niet alleen maar het geven van adressen, maar in een algemeen gegeven."

[H2] "Ik denk wel dat het een goed idee is om dat in de opleiding in te plannen. Dat je het niet al doende moet leren maar dat je op voorhand toch wel een beetje meer ideeën daarover hebt."

6.8 Huisarts vs. specialist

Wanneer we de huisartsen bevragen welke rol zij hebben in de begeleiding van ongeplande zwangerschappen, benadrukken ze de vertrouwensband en het nauw contact met hun patiënten als belangrijke redenen waarom patiënten hen eerst als vertrouwenspersoon zullen consulteren vooraleer de specialist te raadplegen.

De meerderheid van de huisartsen haalt aan dat zij de patiënt goed kennen. Veel huisartsen zijn op de hoogte van de thuissituatie en de sociale omkadering van de patiënt in kwestie.

[H10] "Ik denk dat patiënten zeker in zo'n beslissingen, en dat vind ik één van de mooiste dingen van ons beroep, naar een vertrouwenspersoon kunnen gaan die ze eigenlijk in z'n geheel een beetje kennen."

Ze zijn bovendien van mening dat zij in sommige gevallen een persoonlijke band hebben met hun patiënten.

[H5] "Als huisarts ben je sowieso een vertrouwenspersoon of zou je dat moeten zijn, waar ze met al hun problemen terecht kunnen, om het even wat. [...] De persoonlijke binding is veel intenser dan bij de specialist."

Eveneens vinden huisartsen hun laagdrempeligheid een voordeel. De patiënten kunnen op die manier snel bij hen terecht.

Daarentegen zijn twee huisartsen van mening dat de begeleiding door een specialist niet beter of slechter zou zijn dan bij de huisarts. Zij vermelden echter ook bovenvernoemde voordelen van een consultatie bij de huisarts:

[H15] "Of het nu zo nodig de huisarts moet zijn, dat weet ik niet, maar het is wel iemand waar je natuurlijk vrij vlot bij terecht kan voor zoiets."

7 Discussie en conclusie

Het is dikwijls de taak van de huisarts om de gewenstheid van het kind in te schatten bij een zwangerschap. Het eerste prenatale consult is daar een unieke kans voor. Tijdens dat bezoek kan de huisarts dieper ingaan op eventuele moeilijkheden voor de ongepland zwangere vrouw en de context waarin ze zich bevindt (Meiksin R. et al., 2010). De meerderheid van de huisartsen in het onderzoek is het daarover eens en bevraagt zodoende de gewenstheid van de zwangerschap. De artsen houden bijgevolg een dieptegesprek met de patiënt zodat de problematiek van de zwangerschap volledig wordt geanalyseerd. De begeleiding door huisartsen verschilt naargelang de situatie waarin de zwangere vrouw zich bevindt. Om de gewenstheid van het kind in te schatten, baseren huisartsen zich op de gezinssituatie, ondersteuningsmogelijkheden en omgeving van de patiënt. De problematiek die Santalli J. et al. (2003) beschrijft, komt in dit onderzoek niet naar voren omdat de geïnterviewde huisartsen het begrip 'gepland' en 'ongepland' niet beschouwen als 2 aparte categorieën, maar als een complexe samenhang tussen context, mogelijkheden, steun, e.a.

Bovendien heeft men in dit onderzoek weet van de verschillen in begeleidingsvormen van huisartsen als gevolg van hun verschillende houdingen tegenover geboorteplanning en abortus, zoals bleek uit het onderzoek van Francome C. in 1997. In dit onderzoek vermelden de huisartsen de verschillende filosofische omschrijvingen en persoonlijkheden, de plaats van opleiding, evenals de leeftijd en het geslacht van de arts als belangrijke factoren die de manier van begeleiden beïnvloeden.

Op aanraden van O'Reilly (2009) dient de beslissing van de patiënt bij ongeplande zwangerschap genomen te worden na een bedenktijd van een aantal dagen en in samenspraak met de partner (indien aangewezen). De meerderheid van de huisartsen die meewerkten aan dit onderzoek houdt daar rekening mee en betreft de partner in de begeleiding van de ongeplande zwangerschap. In tegenstelling tot het feit dat huisartsen weet hebben van de mogelijkheid tot optreden van mentale problemen na abortus of na uitdragen van een ongeplande zwangerschap (Gipson J.D., Koenig M.A., Hindin M.J., 2008), zijn weinigen geneigd een vervolgspraak te regelen. Nochtans kaart de helft van de geïnterviewde huisartsen wel de belangrijkheid van een bedenktijd aan, zodat de ongepland zwangere vrouw geen overhaaste beslissingen moet nemen. De huisartsen vertrouwen er echter op dat de nacontrole in het abortuscentrum professioneel gebeurt en dat de patiënt hen spontaan zal contacteren als er zich eventueel nadien nog problemen voordoen.

Om voldoende advies te bieden aan de ongepland zwangere patiënt, dient de huisarts kennis te hebben van de opties die mogelijk zijn wanneer zich een ongeplande zwangerschap voordoet (Hausknecht, 2003; National Abortion Federation, 2001). Het is belangrijk voor de tevredenheid van de patiënt over de genomen beslissing in het kader van haar ongeplande zwangerschap, dat de huisarts vooraf alle opties grondig met haar bespreekt (Van Luijn H. Straver C., 1994). Volgens de meerderheid van de geïnterviewde huisartsen primeert de wens van de vrouw, maar wordt de patiënt in elk geval over alle mogelijkheden geïnformeerd. Bijgevolg overleggen ze samen de voor- en nadelen van elke mogelijkheid. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de meerderheid van de huisartsen niet volledig op de hoogte is van alle zwangerschapsopties, niettemin dat men dit wel van hen verwacht (O'Reilly, 2009). Enkel een minderheid van de geïnterviewde huisartsen kent de wettelijk verplichte wachttijd vooraleer een abortus kan doorgaan. Daarenboven bevestigen de huisartsen zelf onvoldoende kennis te hebben van andere alternatieven naast abortus. Wanneer een ongepland zwangere vrouw een alternatief verkiest, wordt duidelijk dat sommige huisartsen ook in dit geval vertrouwen op het abortuscentrum in het verschaffen van informatie omtrent deze keuze.

Niet alleen de kennis over de opties, echter ook de manier waarop deze informatie door de huisarts wordt overgebracht is belangrijk. Uit dit onderzoek blijkt dat een grote meerderheid van huisartsen advies verstrekt op een welbepaalde manier waardoor de keuze van de patiënt, al dan niet bewust, gestuurd wordt. Het efficiënt adviseren over opties wordt bijgevolg belemmerd. De huisarts zou, volgens Simmonds K.E. en Likis F.E. (2005) aan de ongepland zwangere vrouw zorg moeten verstrekken, vrij van partijdigheid, oordeel en sturing (O'Reilly, 2009). Enkel de gevoelens en de keuze van de patiënt dienen centraal te staan tijdens een consultatie in het kader van een ongeplande zwangerschap.

De opleiding inzake ongeplande zwangerschappen is voor huisartsen van groot belang, zo zeggen Taylor D. Levi A. en Simmonds K. (2010). De ongeplande zwangerschap, alsook de nodige gespreksvoering werden blijkbaar enkel summier of zelfs totaal niet aangekaart in de opleiding tot huisarts. Nochtans zou een uitvoerige educatie hierover de huisarts helpen in het behandelen van ethische conflicten, alsook in het evenwichtig en onbevooroordeeld ondersteunen van de patiënt in de besluitvorming (Kumar V., Herbitter C, Karasz A., Gold M., 2010). Niettegenstaande het ontbreken van het thema in de opleiding, ziet de meerderheid van de huisartsen zichzelf als ideale persoon om deze problematiek te bespreken, omdat zij in veel gevallen hun patiënten goed kennen. Zoals Safran D.G. et al. (1998) meldt, beschouwen ook deze huisartsen hun persoonlijke band met de patiënt, het vertrouwen in de huisarts en de laagdrempeligheid als hun voordelen.

Deze studie betreft een kwalitatief onderzoek vanuit het perspectief van de huisarts. We benadrukken nogmaals dat het niet de bedoeling is om te generaliseren naar een grotere populatie. Deze studie richt zich op 15 huisartsen in Antwerpen en is gebaseerd op diversiteit. Ondanks de kleine groep, moeilijk bereikbare, respondenten kon het onderzoek toch grondig gevoerd worden.

De geïnterviewde artsen zijn actieve huisartsen, waardoor gedetailleerde informatie kon worden verkregen en de praktijkervaringen konden worden gedeeld. Deze studie is bijgevolg een antwoord op de vraag naar een gedetailleerde beschrijving van het begeleidingsproces van ongeplande zwangerschappen door huisartsen.

Daarentegen is het ontbreken van een degelijke registratie van ongeplande zwangerschappen door huisartsen een belangrijke zorg bij deze studie. Het risico op onderrapportering bestaat doordat het onderzoek zich hierdoor dient te baseren op het geheugen van de huisarts.

Ondanks de drukke werkzaamheden van de huisartsen konden de interviews gemiddeld 30min duren, wat nagenoeg niet voldoende is om diepgaande gesprekken te voeren. Dit werk kan zodoende beschouwd worden als een aanzet tot grootschaliger kwantitatief onderzoek.

8 Referentielijst

1. Alan Guttmacher Institute, New York. Fulfilling the promise: Public policy and U.S. family planning clinics, 2000
2. Andersson S.O., Mattsson B., Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients, Fam. Pract., 6, 1989, 130-4
3. Brown S. S., Eisenberg L., The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families, National Academy Press, 1995
4. Chandra A., Martinez G. M., Mosher W. D., Abma J. C., Jones J., Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth, Vital Health Statistics, 23(25), 2005
5. Dehlendorf C, Levy K, Ruskin R, Steinauer J., Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: a barrier to quality family planning care?, Contraception, 81(4), 2010, 292-8
6. Deveugele M., Derese A., De Bacquer D., van den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J., Patient Educ. Couns., 54(2), 2004, 227-33
7. Finer L.B., Henshaw S.K., Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, Perspect. Sex. Reprod. Health, 38, 2006, 90-6
8. Flocke S.A., Measuring attributes of primary care: development of a new instrument, J. Fam. Pract., 45, 1997, 64-74
9. Francome C., Attitudes of General Practitioners in Northern Ireland toward Abortion and Family Planning, Family Planning Perspectives, 29, 1997, 234-236
10. Gipson J.D., Koenig M.A., Hindin M.J., The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature, Stud. Fam. Plann., 39, 2008, 18-38
11. Hausknecht R., Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States, Contraception, 67, 2003, 463-465
12. Hellerstedt W.L., Pirie P.L., Lando H.A., Curry S.J., McBride C.M., Grothaus L.C., Nelson J.C., Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies, American Journal of Public Health, 88(4), 1998, 663-666
13. Henshaw S.K., Unintended pregnancy in the United States, Family Planning Perspectives, 30(1), 1998, 24-29, 46
14. Institute of Medicine, Defining primary care: an interim report, Washington, DC: National Academies Press, 1994
15. Johnson S. D., Williams, L. B., Deference, denial, and exclusion: Men talk about contraception and unintended pregnancy, International Journal of Men's Health, 4(3), 2005, 223-242

16. Kost K., Landry D.J. and Darroch J.E., Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter?, Family Planning Perspectives, 30(2), 1998, 79-88
17. Kumar V., Herbitter C, Karasz A., Gold M., Being in the Room: Reflections on Pregnancy Options Counseling During Abortion Training, Fam Med, 42(1), 2010, 41-46
18. Meiksin R., C. Chang J., Bhargave T, Arnold T., Dado D., Frankel R., L. Rodriguez K., Ling B., Zickmund S., Now is the chance, Patient-provider communication about unplanned pregnancy during the first prenatal visit, Patient Education and Counseling, 81, 2010, 462-467
19. Moreau C., Bajos N., Bouyer J., Acces to health care for induced abortions, European Journal of public health, 14, 2004, 369-374
20. Murrell T.G., Moorhead R., Winefield H.R., Wurm C.S., Coffey G., Clark S., Signs, symptoms, and the new descriptors, Aust. Fam. Physician, 20, 1991, 593-7.
21. National Abortion Federation, Washington DC, Early options: A provider's guide to medical abortion, 2001
22. Nunes F., Abortion: Thinking Clearly About Controversial Public Policy, African Journal of Reproductive Health, 8(3), 2004, 11-26
23. O'Reilly M., Careful counsel: Management of unintended pregnancy , J. Am. Acad. Nurse Pract., 21(11), 2009, 596-602
24. Orr S.T., Miller C.A., Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women, Womens Health Issues, 7, 1997, 38-46
25. Safran D.G., Taira D.A., Rogers W.H., Kosinski M., Ware J.E., Tarlov A.R., Linking primary care performance to outcomes of care, J. Fam. Pract., 47(3), 1998, 213-20
26. Santelli J., Rochat R., Hatfield-Timajchy K., Gilbert B.C., Curtis K., Cabral R., Hirsch J. S., Schieve L., et al., The measurement and meaning of unintended pregnancy, Perspect. Sex. Reprod. Health, 35, 2003, 94-101
27. Simmonds K. E., Likis F. E., Providing options counseling for women with unintended pregnancies, Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing, 34,2005, 373-379
28. Singer J., Options counseling: Techniques for caring for women with unintended pregnancies, Journal of Midwifery and Women's Health, 49,2004, 235-242
29. Singh S., Sedgh G., Hussain R., Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes, Stud. Fam. Plann., 41(4), 2010, 241-50
30. Taylor D., Levi A., Simmonds K, Reframing unintended pregnancy prevention: a public health model, Contraception, 81 (5), 2010, 363-366
31. Trussell J., Lalla AM., Doan QV., Reyes E., Pinto L., Gricar J., Cost effectiveness of contraceptives in the United States, Contraception, 79(1), 2009, 5-14

32. Van Luijn H., Straver C., Psychosociale hulp bij ongewenste zwangerschappen; een literatuuroverzicht voor hulpverleners, 1994
33. Vedsted P., Heje H.N., Association between patients ' recommendation of their GP and their evaluation of the GP, Scand. J. Prim. Health Care, 34, 2008, 26:228
34. Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S., Patient expectations: what do primary care patients want from GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?, Fam. Pract., 12, 1995, 193-201

9 Bijlagen

- I. Topiclijst
- II. Lijst met codes
- III. Cd-rom interviews

Bijlage I: Topiclijst

Persoonsgegevens:

1. Waar heeft u uw opleiding genoten?
2. Hoe lang bent u reeds huisarts?
3. hoe zou u uzelf filosofisch/ethisch omschrijven? (Heeft u enige religieuze achtergrond?)
4. Hoe oud bent u?

Inleiding:

- Hoeveel ongeplande zwangerschappen bent u ongeveer tegengekomen in uw praktijk in 2010?
 - Ongeveer hoeveel de afgelopen maand?
 - Ongeveer hoeveel van de ongeplande zwangerschappen werden tijdens het consult in uw praktijk vastgesteld?
 - En hoeveel vrouwen zijn er die op u beroep deden wanneer de zwangerschap eerder elders werd vastgesteld?

Hoofdtopics:

1. Hoe gaat u om met ongeplande zwangerschappen? Hoe doet u de begeleiding?
 - OF: Heeft u een vaste procedure?
 - OF: Doet u de begeleiding op maat? (Bv. "ik bekijk case tot case")
 - Hoe doet u de begeleiding bij vrouwen die sterk onder druk worden gezet te kiezen voor het moederschap of abortus?
 - Naar welke instellingen/centra/dokters verwijst u eventueel door bij een ongeplande zwangerschap?
2. Kwam het thema van "begeleiding bij ongeplande zwangerschappen" in de loop van uw opleiding aan bod?
 - ⇒ Betreffende welke thema's?
 - Voelt u een nood aan bijkomende opleidingen rond de begeleiding van ongeplande zwangerschappen?
 - Vindt u dat u voldoende op de hoogte bent van "alle" alternatieven die kunnen worden aangeboden bij ongeplande zwangerschappen?
 - Bent u op de hoogte van de werking van abortuscentra?
3. Denkt u dat er een verschil is in de begeleiding van ongeplande zwangerschappen tussen huisartsen?
 - Hoe komt dat? Waaraan te wijten?
4. Vindt u dat u een belangrijke rol heeft in de begeleiding van ongepland zwangere vrouwen?
 - Speelt uw positie als vertrouwenspersoon een belangrijke rol daarbij?
5. Is er begeleiding achteraf voorzien? (Zowel na zwangerschap als na abortus)
 - Hoe gebeurt die?
 - Vragen patiënten daar zelf naar of stelt u die begeleiding zelf voor?
6. Kan u een concreet voorbeeld geven van hoe u een begeleiding deed in het verleden vanaf het eerste consult tot na de zwangerschap/zwangerschapsafbreking?

Bijlage II: Lijst met codes

Free Nodes	
Name	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aanbevelingen inzake de opleiding
<input checked="" type="checkbox"/>	Aantal ongeplande zwangerschappen in 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Abortuscentra die de huisarts kent
<input checked="" type="checkbox"/>	Basisprincipe huisarts bij begeleiding
<input checked="" type="checkbox"/>	Begeleiding achteraf
<input checked="" type="checkbox"/>	Begeleiding bij vrouwen onder druk
<input checked="" type="checkbox"/>	Betrekken van partner in de begeleiding
<input checked="" type="checkbox"/>	Duur van gesprekken
<input checked="" type="checkbox"/>	Ervaringen van de huisarts (cases)
<input checked="" type="checkbox"/>	Filosofische omschrijving van de huisarts
<input checked="" type="checkbox"/>	Huisarts als vertrouwenspersoon
<input checked="" type="checkbox"/>	Ideeën over verschillen in begeleidingen tussen huisartsen
<input checked="" type="checkbox"/>	Jaren dienst als huisarts
<input checked="" type="checkbox"/>	Kennis van alternatieven
<input checked="" type="checkbox"/>	Kennis van de werking van abortuscentra
<input checked="" type="checkbox"/>	Leeftijd van de huisarts
<input checked="" type="checkbox"/>	Manier van vaststellen ongeplande zwangerschap
<input checked="" type="checkbox"/>	Neutraliteit van de huisarts
<input checked="" type="checkbox"/>	Nood aan bijkomende opleiding
<input checked="" type="checkbox"/>	Opleiding rond gespreksvoering
<input checked="" type="checkbox"/>	Plaats van opleiding van de huisarts
<input checked="" type="checkbox"/>	Procedure bij begeleiding in theorie
<input checked="" type="checkbox"/>	Rol van de huisarts
<input checked="" type="checkbox"/>	Thema's over begeleiding in opleiding
<input checked="" type="checkbox"/>	Tijdslijmieten bij de begeleiding
<input checked="" type="checkbox"/>	Vertrouwen in begeleiding in abortuscentra

Bijlage III: Cd-rom interviews