

# Hoe is het u bevallen?

Een onderzoek naar de ervaringen van vrouwen in de geboortezorg



Masterthesis van Floor Mutsaerts

Universiteit Utrecht





**Universiteit Utrecht**

# Hoe is het u bevallen?

Een onderzoek naar de ervaringen van vrouwen in de geboortezorg

Masterthesis

Floor Mutsaerts

Studentnummer 3803198

f.n.p.mutsaerts@students.uu.nl

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Sociology: Contemporary Social Problems

Eerste lezer: drs. Stefan Soeparman

Tweede lezer: dr. Tali Spiegel

Stage organisatie: Q-Consult Zorg

Stage begeleiders: Hilde van Dongen & Iris Koopmans-Drenth

29-06-2018





## **Blind Men and the Elephant**

*It was six men of Indostan,  
To learning much inclined,  
Who went to see the Elephant  
(Though all of them were blind),  
That each by observation  
Might satisfy his mind.*

*The First approach'd the Elephant,  
And happening to fall  
Against his broad and sturdy side,  
At once began to bawl:  
"God bless me! but the Elephant  
Is very like a wall!"*

*The Second, feeling of the tusk,  
Cried, - "Ho! what have we here  
So very round and smooth and sharp?  
To me 'tis mighty clear,  
This wonder of an Elephant  
Is very like a spear!"*

*The Third approach'd the animal,  
And happening to take  
The squirming trunk within his hands,  
Thus boldly up and spake:  
"I see," -quoth he- "the Elephant  
Is very like a snake!"*

*The Fourth reached out an eager hand,  
And felt about the knee:  
"What most this wondrous beast is like  
Is mighty plain," -quoth he,-  
"'Tis clear enough the Elephant  
Is very like a tree!"*

*The Fifth, who chanced to touch the ear,  
Said- "E'en the blindest man  
Can tell what this resembles most;  
Deny the fact who can,  
This marvel of an Elephant  
Is very like a fan!"*

*The Sixth no sooner had begun  
About the beast to grope,  
Then, seizing on the swinging tail  
That fell within his scope,  
"I see," -quoth he,- "the Elephant  
Is very like a rope!"*

*And so these men of Indostan  
Disputed loud and long,  
Each in his own opinion  
Exceeding stiff and strong,  
Though each was partly in the right,  
And all were in the wrong!*

- John Godfrey Saxe

## Summary

In response to a report that showed a relatively high number of perinatal mortality in the Netherlands, natal care became an important topic on the political agenda. This high number of perinatal mortality is partly due to the suboptimal functioning of natal care, because of a lack of communication and coordination between healthcare professionals. To improve this, the Dutch government ordered the composition of the Care Standard for Integrated Natal Care (Zorgstandaard Integrale Geboortezorg). This Standard was added to the national quality register of the Care Institute (Zorginstituut), which meant that all parties involved in natal care have an obligation to implement this Standard.

Integrated natal care will only match properly with all the stakeholders, when it is communicated well and it is clear how it offers added value for the client. The goal of this master's thesis was to contribute to the improvement of the implementation of integrated natal care, by gaining insight into the experiences of women in natal care. To reach this goal, a qualitative practice-oriented case study was done. Semi-structured in-depth interviews with pregnant women, or women that recently had a baby, were conducted. To get a deeper understanding of these experiences and the mechanism behind them, a theoretical framework constructed by the Netherlands Scientific Council for Government Policy (WRR) was utilized.

The switch to an integrated form of care is a combination of changes in the field of healthcare professionals and centralizing the client, arranging the care around her. The theory that was used, as presented by the WRR, focuses on the tensions that exist within and between the groups of actors that are involved in these changes. In this thesis, the focus was on what they described as the 'provision logic' and the 'client logic', and the tensions within and between these logics. These logics refer to the perspective of the professional, the provider of care, and the perspective of the client, respectively. The concepts that were used in the analysis of this thesis are: transfer, proto-professionalization, responsivity, learning effects, and exit, voice and silence.

The results of this thesis showed that most women in natal care find it important that their healthcare professionals (mostly their midwife) engaged them in their care trajectory. They wanted to be informed properly every step of the way, to be able to voice questions or concerns, and to be able to make informed choices about their care. This was important during both pregnancy and labor. The amount of engagement women experienced during pregnancy, labor and postpartum, was dependent on the amount of room for involvement the healthcare professional provided and the personal connection they had with their healthcare professional. The amount of knowledge a woman had before starting the trajectory and during counseling moments with their healthcare professional, also played a role. A lack of room for engagement

and feeling of agency could result in a more negative experience of natal care. Not all women voiced their questions or concerns. This could mean that healthcare professionals did not provide room for them to do so, but it could also mean that they were content with the care they were given and felt there was no need. However, some women also pointed out that they felt that a certain amount of assertiveness was needed to be heard by their healthcare professionals. It is important that healthcare professionals take into consideration that some women are less assertive or by other means less able to let themselves be heard. Lastly, women appreciated it if their input was noticeably used after they voiced dissatisfaction with the care they were provided.

On the basis of these results, a few policy recommendations were made that could be taken into consideration with the implementation of integrated natal care. The first recommendation concerns transparency. To make sure all women are informed and therefore better able to be engaged in their natal care trajectory an online platform could be created. Here, they would be able to not only find information on pregnancy and labor, but also on the structure of natal care and the various healthcare providers that are involved in this. Secondly, the recommendation of the '3 good questions'. These three questions were drawn up by a patient interest group, to help women engage in their care trajectory. However, to ensure that women that are less able voice questions or wishes, these three questions can also be used by healthcare professionals. They can keep these questions in the back of their mind when counseling their clients, so that even if a woman does not explicitly ask these questions, she will still know the answer to them. The last policy recommendation relates to creating learning opportunities for the healthcare professionals. By making more use of methods for evaluating women's experiences, they can keep adjusting the care and policy according to the needs of their clients. Going back to focusing on the client can also help all the involved stakeholders to reach consensus about the way integrated natal care should be implemented. The end goal is the same for everyone: added value for the client.

## Inhoudsopgave

Summary.....	iv
1. Inleiding.....	1
1.1. Aanleiding.....	1
1.2. Maatschappelijke context.....	2
1.3. Wetenschappelijke context.....	4
1.4. Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen.....	5
1.5. Leeswijzer.....	8
2. Theoretisch kader.....	9
2.1. Inleiding.....	9
2.2. Provisielogica.....	11
2.3. Vraaglogica.....	13
2.4. Spanningen.....	15
2.5. Tot slot.....	20
3. Methodologie.....	23
3.1. Inleiding.....	23
3.2. Context.....	23
3.3. Onderzoeksmethode.....	23
3.4. De respondenten.....	24
3.5. Ethiek.....	27
3.6. Dataverzameling & analyse.....	28
4. Resultaten & analyse.....	31
4.1. Inleiding.....	31
4.2. Prenatale fase – de zwangerschap.....	31
4.3. Natale fase – de bevalling.....	41
4.4. Postnatale fase – de kraamtijd.....	45



4.5.	<i>Verdiepende analyse: spanningen tussen provisie- en vraaglogica</i>	47
4.6.	<i>Tot slot</i>	51
5.	Conclusie	55
5.1.	<i>Conclusies ten aanzien van de beschrijvende vraag</i>	55
5.2.	<i>Conclusies ten aanzien van de verdiepende vraag</i>	56
5.3.	<i>Tot slot</i>	58
6.	Beleidsaanbevelingen	60
6.1.	<i>Transparantie</i>	61
6.2.	<i>De 3 goede vragen</i>	63
6.3.	<i>Mogelijkheden tot leren</i>	64
6.4.	<i>Reflectie</i>	65
7.	Discussie	67
	Nawoord	69
	Referenties	70
	Bijlagen	74
	<i>Bijlage I – Flyer voor respondentenwerving</i>	74
	<i>Bijlage II – Voorbeeld van Facebookbericht</i>	75
	<i>Bijlage III – Topiclijst</i>	76
	<i>Bijlage IV – Codeboom</i>	79



# 1. Inleiding

## 1.1. Aanleiding

De publicatie van het European Perinatal Health Report (Euro-Peristat, 2008) in 2008 zorgde ervoor dat de Nederlandse geboortezorg op de kaart werd gezet als relevant maatschappelijk en politiek thema. Dit rapport bevat cijfers uit 2004 over de gezondheid van baby's en moeders rondom de zwangerschap. De cijfers laten zien dat het perinatale sterftcijfer (sterfte tijdens zwangerschap, bevalling of kort na geboorte) in Nederland boven het gemiddeld Europese cijfer lag. Het foetale sterftcijfer, het aantal doodgeboren baby's tijdens zwangerschap en bevalling, was in 2004 in Nederland 7.0 van de 1000 geboortes. Dit was op Frankrijk na, met een cijfer van 9.1 per 1000, het hoogste foetale sterftcijfer van de 25 Europese landen die voor het rapport onderzocht zijn. Dit cijfer lag ook ver boven het laagste foetale sterftcijfer van 2.6 per 1000 geboortes in Luxemburg. Het neonatale sterftcijfer, wat de sterfte van het aantal levendgeborenen binnen 28 dagen na geboorte weergeeft, lag in Nederland in 2004 op 3.5 van de 1000 geboortes. Dit bracht het perinatale sterftcijfer, wat de combinatie is van foetale en neonatale sterfte, op 10.5 per 1000 geboortes.

In een nieuwer rapport van Euro-Peristat wordt duidelijk dat Nederland het steeds beter doet (Euro-Peristat, 2013). De cijfers over 2010 laten een daling zien in foetale sterfte van 7.0 naar 5.7 per 1000 geboortes en ook een lichte daling van neonatale sterfte van 3.5 naar 3.3 per 1000 geboortes. Dit komt neer op een afname van perinatale sterfte van 10.5‰ in 2004 naar 9‰ in 2010, een relatieve afname van 13% (Perined, z.j.). In 2016 laat onderzoek van Perined zien dat deze cijfers nog verder gedaald zijn (Perined, z.j.; Perined, 2018). Perinatale sterfte is gezakt naar 7.3 per 1000 geboortes, waarvan 4.8‰ foetaal en 2.5‰ neonataal. Dit is een relatieve daling van 19% ten opzichte van 2010 en 30% ten opzichte van 2004 (Perined, z.j.).

Hiermee is er dus al een sterke daling in het perinatale sterftcijfer in Nederland, maar aangezien overal in Europa sprake is van een daling verbetert de positie van Nederland ten opzichte van andere landen maar beperkt. De Rijksoverheid (z.j.) geeft aan dat de positie verbeterd is, maar dat Nederland nog altijd in de middenmoot valt wat betreft perinatale sterftcijfers in Europa. Het relatief hoge perinatale sterftcijfer zou deels te wijten zijn aan het suboptimaal functioneren van de geboortezorg, door slechte communicatie en coördinatie tussen zorgprofessionals (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Het verbeteren van de geboortezorg en het verder terugdringen van vermijdbare babysterfte in Nederland staan dan ook nog steeds hoog op de agenda (Rijksoverheid, z.j.).

## 1.2. Maatschappelijke context

In 2008 leidden de uitkomsten van onderzoek van Euro-Peristat tot een kamerbrief van toenmalig minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In deze brief kondigde Klink de instelling van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte aan (Tweede Kamer, 2007-2008). Hoewel de Stuurgroep inmiddels weer is opgeheven, brachten zij in december 2009 een relevant rapport uit met daarin een advies aan de minister (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Hierin formuleren zij aanbevelingen die gericht zijn op het terugdringen van vermijdbare perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland en gebruiken zij voor het eerst de term 'integrale zorg' met betrekking tot geboortezorg. Verder adviseren zij de oprichting van het College Perinatale Zorg (CPZ), de ontwikkeling van een beroepsoverstijgend onderzoeksprogramma en nauwere samenwerking tussen zorgprofessionals door middel van verplichte participatie in een lokaal Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009).

Ten gevolge van dit rapport is het CPZ opgericht om richting te geven aan het verbeteren van de geboortezorg. Het CPZ is volgens de Stuurgroep verantwoordelijk voor gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid met richtlijnen en protocollen voor alle zorgprofessionals (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Het CPZ bestaat uit verschillende veldpartijen die zich ten behoeve van de transitie naar integrale geboortezorg gezamenlijk hebben georganiseerd. Het gaat hierbij om de volgende partijen: de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de Brancheorganisatie Geboortezorg (BO), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Patiëntenfederatie Nederland (CPZ, z.j.). Doel van het CPZ is om bij te dragen aan de ontwikkeling van beleid over en de transitie van de geboortezorg. Hiertoe stelden zij eind 2017 met alle samenwerkende partijen de Agenda voor de Geboortezorg 2018-2022 op (CPZ, 2017a). Onder het motto: 'Samen bevalt beter!', spreken zij de ambitie uit om in 2022 internationaal toonaangevende geboortezorg bereiken. Hierbij ligt de focus op een goed functionerend netwerk van zorgprofessionals met daarin de cliënt als gelijkwaardige partner.

Het advies van de Stuurgroep voor de ontwikkeling van een beroepsoverstijgend onderzoeksprogramma krijgt vorm via ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidszorgonderzoek en zorginnovatie. Zij stelden in overleg met organisaties in het veld een onderzoeksagenda op in 2010 en startten op basis van deze agenda in 2011 met het vierjarige onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte (ZonMw, 2016). Dit programma is erop gericht bij te dragen aan het terugdringen van perinatale sterfte en morbiditeit in Nederland. Centraal staat hierbij het opzetten van een kennisinfrastructuur van negen regionale consortia, die samen het kennisnetwerk rondom geboortezorg vormen. In 2016 publiceerde ZonMw naar aanleiding van een kamerbrief van minister Schippers van VWS een vervolg programmavoorstel

op basis van de eerdere onderzoeksagenda van 2010 en de geboekte resultaten (Tweede Kamer, 2014-2015). Hierin formuleren zij de doelstellingen en thema's waarnaar vervolgonderzoek nodig is (ZonMw, 2016).

De Stuurgroep geeft in het rapport aan dat overal in Nederland een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) actief zou moeten zijn. Ze omschrijven dit als een samenwerking tussen alle zorgprofessionals die op lokaal niveau zorg rondom zwangerschap en geboorte geven (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). VSV's hebben een belangrijke rol in de implementatie en uitvoering van de door het CPZ gestelde protocollen en kaders. Om die reden acht de Stuurgroep het van belang dat elke betrokken professional verplicht participeert in een VSV. De doelen die de Stuurgroep voor ogen had voor VSV's, vragen om een hervorming van bestaande VSV's (KNOV, 2013). Niet alleen de professionals die direct zorg bieden rondom zwangerschap en geboorte, maar alle professionals binnen de geboortezorgketen (zoals bijvoorbeeld kraamzorginstellingen) zullen participeren. Een belangrijke tool hierbij is de ontwikkeling van een cliëntvolgend Perinataal Webbased Dossier (PWD), waarmee de onderlinge communicatie tussen professionals versterkt kan worden.

Onder het vierde speerpunt 'Samen verantwoordelijk' wat aan het begin van het rapport van de Stuurgroep wordt benoemd en de gelijknamige passage (§3.5), wordt de weg naar integrale geboortezorg duidelijk (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Ze benoemen het belang van meer gestructureerde en soepele samenwerking, in plaats van gefragmenteerde zorg. Het CPZ en VSV's zijn van belang om dit doel te bewerkstelligen. Deze kunnen ervoor zorgen dat er zorg op maat geleverd wordt, waarbij samenwerking tussen professionals en vooral met de zwangere centraal staan. De toekomstvisie van het CPZ, een goed functionerend netwerk van professionals met de cliënt als gelijkwaardige partner, komt dan ook sterk overeen met de speerpunten van de Stuurgroep.

Onder het takenpakket van het CPZ viel het opstellen van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, waarvan de eerste versie door een expertgroep werd opgesteld tussen 2014 en 2016 (CPZ, 2016). Deze beschrijft vanuit het perspectief van de (aanstaande) zwangere, welke basiszorg zij behoort te ontvangen en biedt daarmee een kwaliteitskader waaraan geboortezorg zou moeten voldoen. Omdat niet alle betrokken partijen het eens konden worden over de Zorgstandaard is deze op 20 april 2016 overgedragen aan Zorginstituut Nederland, welke het voorlegde aan de Kwaliteitsraad (Zorginstituut Nederland, z.j.). Na aanpassingen van een expertcommissie van de Kwaliteitsraad is de Zorgstandaard opnieuw voorgelegd aan alle betrokken partijen. Na een laatste verwerking van hun reacties is de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg op 30 juni 2016 definitief opgenomen in het landelijk kwaliteitsregister van het Zorginstituut (CPZ, 2016; & Zorginstituut Nederland, z.j.). Opname in het kwaliteitsregister betekent dat de Zorgstandaard niet vrijblijvend is, maar er een inspanningsverplichting bestaat

voor alle partijen die betrokken zijn bij geboortezorg om de standaard te implementeren en richtlijnen voor het monitoren van de kwaliteit van de zorg (CPZ, 2016).

Na opname in het kwaliteitsregister draagt het Zorginstituut de verantwoordelijkheid voor de doorontwikkelingen en implementatie van de Zorgstandaard terug over aan het CPZ. De vervolgoopdracht die zij krijgen is het ontwikkelen van een indicatorenset, implementatieplan en cliëntversie van de Zorgstandaard (Zorginstituut Nederland, z.j.). Het implementatieplan en de cliëntversie worden beide aan het register toegevoegd in april 2017 (Zorginstituut Nederland, Zorginzicht.nl, z.j.). Het implementatieplan biedt handvatten voor veldpartijen die betrokken zijn bij geboortezorg om de Standaard Integrale Geboortezorg door te voeren (CPZ, 2017b; Zorginstituut Nederland, Zorginzicht.nl, z.j.). De cliëntversie biedt informatie voor (aanstaande) zwangere vrouwen en hun partners over de afspraken in de Zorgstandaard (CPZ, 2017c). De indicatorenset, die het mogelijk maakt om de kwaliteit van de zorg te monitoren en te verbeteren, wordt toegevoegd aan het kwaliteitsregister op 1 juni 2017 (Zorginstituut Nederland, Zorginzicht.nl, z.j.). Daarmee is het plan compleet en kunnen VSV's van start met het implementeren van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg in hun eigen regio (Zorginstituut Nederland, z.j.).

Naast structuur- en beleidsveranderingen in de geboortezorg, is er ook de mogelijkheid voor integrale bekostiging van geboortezorg. Integrale bekostiging is mogelijk sinds 1 januari 2017, en houdt in dat er één tarief wordt afgesproken voor de gezamenlijke zorgverlening van alle professionals die betrokken zijn bij geboortezorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Integrale bekostiging van geboortezorg zou de samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgprofessionals kunnen bevorderen, waarmee het bijdraagt aan de transitie naar integrale geboortezorg. Echter, waar voor de implementatie van integrale geboortezorg een inspanningsverplichting bestaat, is het gebruik maken van integrale bekostiging optioneel (Tweede Kamer, 2016-2017).

### **1.3. Wetenschappelijke context**

In wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat integrale zorg een concept is met veel verschillende definities (Kodner, 2009). Wel zijn er een aantal overeenkomsten te herkennen. Zo spreken Campbell, Hotchkiss, Bradshaw en Porteous (1998) over een ideaalbeeld waarin gebruik wordt gemaakt van een multidisciplinaire aanpak, waarin alle informatie over een cliënt overzichtelijk is en iedere zorgprofessional een beter begrip heeft van elkaars taken. Gröne en Garcia-Barbero (2001) geven aan dat in veel Europese landen de eerste-, tweede- en derdelijns zorg slecht geïntegreerd is, wat een negatief effect heeft op de kwaliteit en efficiëntie van de zorg en daarmee ook op de ervaring van de cliënt. Zij beschrijven de beweging richting integrale zorg als een focus op de wisselwerking tussen verschillende delen van de zorg, met als doel het

verbeteren hiervan. Kodner (2009) verwijst ook naar integratie als essentieel voor het behouden en verbeteren van goede gezondheidszorg. Hij benoemt integratie van de verschillende componenten van een zorgorganisatie als 'the glue that bonds the entity together' (Kodner, 2009, p. 8).

Zowel Gröne en Garcia-Barbero (2001) als Kodner (2009) benoemen dat fragmentatie van de gezondheidszorg als gevolg van taakverdeling en specialisatie de integratie van zorg in de weg staat. De overdracht van cliënten tussen verschillende artsen en departementen brengt risico's met zich mee, omdat de arts in het departement waar de cliënt naartoe gaat niet altijd op de hoogte is van de situatie, medische historie en het medicijngebruik van de cliënt (Gröne & Garcia-Barbero, 2001).

De verschillende visies op wat integrale zorg inhoudt zorgen ervoor dat er geen eenduidigheid is over wat precies de beste aanpak is om dit te bewerkstelligen. Het is een veld wat nog sterk in ontwikkeling is en waarover nog weinig evaluaties uitgevoerd zijn om te achterhalen wat werkt en wat niet. In Nederland biedt het rapport van de Stuurgroep en de daaruit voortgevloeide Zorgstandaard, indicatorenset en het implementatieplan, houvast om richting te geven aan de implementatie van integrale geboortezorg. Om te waarborgen dat de cliënt centraal staat in deze implementatie, is het relevant om onderzoek uit te voeren naar de ervaringen van zwangere vrouwen met de begeleiding die zij krijgen van zorgprofessionals, gedurende verschillende fasen van hun zwangerschap. Dit is in lijn met een constatering uit het rapport van de Stuurgroep, waarin zij aangeven dat professionals een gebrek aan kennis hebben over de ervaringen van cliënten in de geboortezorg (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009).

#### **1.4. Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen**

Zowel uit het rapport van de Stuurgroep als uit de wetenschappelijke literatuur wordt duidelijk dat een omslag van een gefragmenteerd systeem naar een netwerkstructuur, waarin zorgprofessionals met elkaar en met de cliënt samenwerken, nodig is voor het verbeteren van de zorg (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner, 2009; Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Integrale geboortezorg zal het beste aansluiten bij alle belanghebbenden als hierover goed wordt gecommuniceerd en als duidelijk is hoe dit meerwaarde biedt voor de cliënt. Het doel van deze masterthesis is om bij te dragen aan het verbeteren van de implementatie van integrale geboortezorg, door de ervaringen van cliënten in de geboortezorg op te tekenen en te diagnosticeren met behulp van een door theorie geïnformeerd analysekader. Om dit doel te bereiken is een drietal onderzoeksvragen opgesteld: een beschrijvende vraag, een verdiepende vraag en een beleidsadviesvraag.

Om te beginnen zal uiteengezet worden welke ervaringen vrouwen hebben met betrekking tot hun zwangerschapsbegeleiding aan de hand van de volgende beschrijvende vraag:

*Wat zijn de positieve en negatieve ervaringen van cliënten met hun zwangerschapsbegeleiding in de geboortezorg?*

Deze vraag zal beantwoord worden aan de hand van interviews met zwangere vrouwen en vrouwen die recent een geboorte achter de rug hebben. In deze interviews zal de focus liggen op de ervaringen van deze vrouwen met het proces van geboortezorg en het contact met de zorgprofessionals. Er zal worden gevraagd naar hun positieve en negatieve ervaringen, naar wat er goed gaat en wat ze eventueel graag hadden gewild dat anders was verlopen.

Om de bevindingen die het resultaat zijn van de eerste onderzoeksvraag verdieping te geven, zal gebruik worden gemaakt van een theoretisch raamwerk dat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) introduceerde in hun rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' (WRR, 2004). Zoals hierboven beschreven is de transitie naar integrale geboortezorg een combinatie van veranderingen in het veld van professionals en het centraal plaatsen van de cliënt. In het WRR-rapport wordt benadrukt dat er spanningen kunnen bestaan doordat verschillende (groepen) actoren verschillende inzichten hebben. Zij gebruiken de term 'logica' om deze verschillende groepen te duiden en onderzoeken spanningen tussen deze logica's om inzicht te krijgen in de complexiteit van problemen in de maatschappelijke dienstverlening. Het analysekader bestaat uit drie logica's: institutionele logica, provisiel logica en vraaglogica (WRR, 2004). Institutionele logica is de breedste van de drie en verwijst naar het systeem waar binnen een welzijnsinstelling opereert. Dit systeem bestaat uit specifieke coördinatie- en interventiemechanismen, zoals wet- en regelgeving en bestuurlijke prikkels (WRR, 2004). Provisiel logica verwijst naar de feitelijke dienstverlening die binnen deze instellingen plaatsvindt. Het gaat hierbij om de personen die de diensten uitvoeren, maar ook om de fysieke omgevingen en organisatiemodellen (WRR, 2004). Tot slot de vraaglogica, de meeste specifieke, welke verwijst naar de cliënt en diens noden en behoeften. Het gaat hierbij om de relaties tussen vragers en aanbieders, de mate van inspraak waarover een cliënt beschikt en de eisen en verlangens die zij hebben (WRR, 2004).

Binnen deze thesis gaat het om een mogelijk verschil in inzicht tussen zorgprofessionals en cliënten. Deze twee groepen actoren worden uitgelicht binnen de provisiel logica en de vraaglogica. Deze logica's en de spanningen hiertussen zullen gebruikt worden om de ervaringen van cliënten met hun proces binnen de geboortezorg te evalueren. Dit mondt uit in de volgende verdiepende vraag:



*Zijn de ervaringen van cliënten in de geboortezorg te begrijpen vanuit spanningen tussen de provisieloga en de vraaglogica?*

Het antwoord op deze vraag wordt geformuleerd door eerst een uitgebreidere uitleg te geven van de gebruikte theorie en het analysekader. Vervolgens zullen de uitkomsten van de interviews onder de loep gelegd worden en zal aan de hand van het analysekader een evaluatie gemaakt worden van de ervaringen van cliënten.

Dit onderzoek en de opdracht die ik voor mijn stage bij Q-Consult Zorg uitvoer zijn nauw aan elkaar verbonden. Beiden hebben hetzelfde doel, maar een andere insteek. De stageopdracht is het opstellen van een casussenboek voor het Erasmus MC. Het casussenboek vormt een naslagwerk voor de implementatie van integrale geboortezorg. Het is een hulpmiddel bij de verbetering van zorgverlening, doordat het de wensen en behoeften van cliënten inzichtelijk maakt. De casussen zijn praktijkvoorbeelden om van te leren. Aan de hand van deze casussen kunnen zorgprofessionals van tevoren overleggen wat te doen in dergelijke situaties.

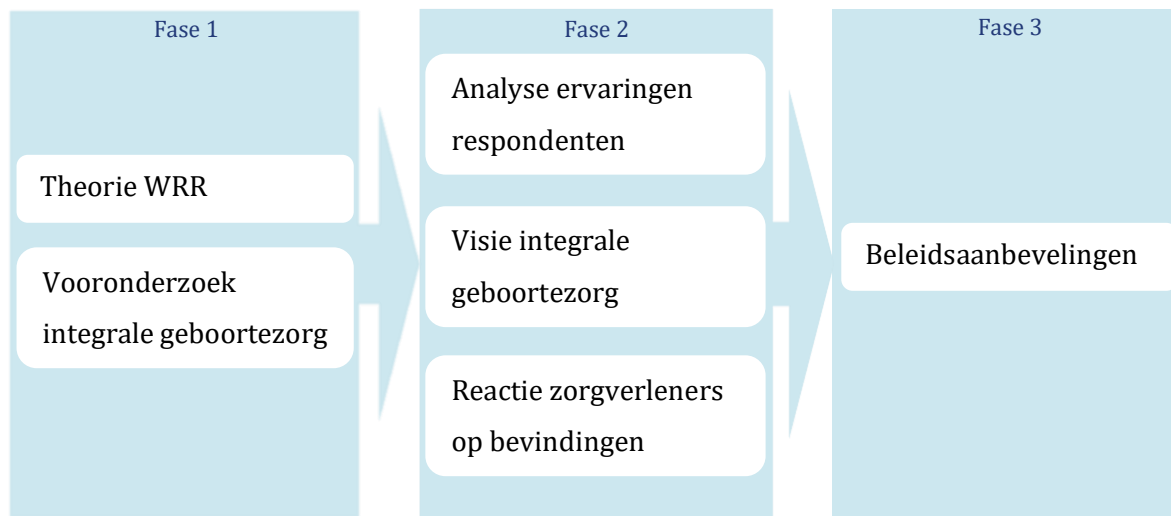
Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen van deze thesis en voor het opstellen van het casussenboek, zal gebruik worden gemaakt van dezelfde data. Echter, is dit onderzoek theorie geïnformeerd en heeft een meer verdiepend karakter, wat inzicht kan geven in de mechanismen die aan de ervaringen van cliënten ten grondslag liggen. Op basis van dit inzicht, wat voort zal komen uit de tweede onderzoeksvraag, kunnen vervolgens aanbevelingen gegeven worden die de transitie naar integrale geboortezorg kunnen verbeteren. Dit leidt tot de laatste onderzoeksvraag, die een beleidsadviserend karakter heeft:

*Welke aanbevelingen ten aanzien van de implementatie van integrale geboortezorg kunnen gedaan worden op basis van de resultaten van dit onderzoek?*

De verantwoordelijkheid voor het invoeren van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg ligt bij regionale VSV's, waaraan elke zorgprofessional die betrokken is bij geboortezorg verplicht participeert. Het Erasmus MC is hier een voorbeeld van en aangezien zij, in samenwerking met Q-Consult Zorg, de opdrachtgever zijn, ligt de focus van dit onderzoek op die regio.

Een extra stap in deze masterthesis is dat een aantal interviews zullen worden gehouden met verschillende zorgprofessionals die betrokken zijn bij geboortezorg. De eerste bevindingen omtrent de ervaringen van cliënten zullen aan hen voorgelegd worden. Op deze manier kan achterhaald worden of de door cliënten geschetste ervaringen herkenbaar zijn, hoe zorgverleners hier tegenaan kijken en hoe dit aansluit op hun eigen ervaringen. Naast verdiepende informatie voor deze thesis, levert dit ook bruikbare extra informatie voor het casussenboek en de

beleidsaanbevelingen op. Middels het onderzoeksmodel in figuur 1 worden de verschillende fases van dit onderzoek schematisch weergegeven.



*Figuur 1. Onderzoeksmodel*

### **1.5. Leeswijzer**

Na deze inleiding volgt het tweede hoofdstuk over de theorie, waarin het analysekader zoals uiteengezet door de WRR verder uitgelegd wordt. Na de theorie volgt een methode hoofdstuk, waarin beschreven wordt hoe de data is verzameld. In het vierde hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews beschreven en geanalyseerd aan de hand van de theorie. De theorie wordt hierbij gebruikt om de eventuele spanningen tussen logica's bloot te leggen en de bevindingen uit de interviews verdieping te geven. In hoofdstuk vijf, de conclusie, wordt een antwoord geformuleerd op de eerste en tweede onderzoeksvraag, op basis van de bevindingen zoals gepresenteerd in hoofdstuk vier. Na het beantwoorden van de onderzoeksvragen volgt in hoofdstuk zes een uitwerking van de laatste onderzoeksvraag, in de vorm van een aantal beleidsaanbevelingen die gedaan kunnen worden op basis van de bevindingen. Tot slot beslaat het laatste hoofdstuk de discussie, met daarin een reflectie op het uitgevoerde onderzoek, de beperkingen hiervan en suggesties voor eventuele vervolgstudies.

## 2. Theoretisch kader

### 2.1. Inleiding

Naast Kodner (2009) en Gröne en Garcia-Barbero (2001), benoemt ook De Jong (2016) hoe fragmentatie als gevolg van specialisatie bijdraagt aan complexiteit en daarmee aan het suboptimaal functioneren van een organisatie. De Jong trekt dit wat breder dan Kodner (2009) en Gröne en Garcia-Barbero (2001) en bespreekt de publieke sector en het functioneren hiervan binnen een bureaucratisch systeem. Onder 'bureaucratie' verstaat hij hierbij organisaties die functioneren volgens het ideaaltypische model zoals Weber deze schetste: organisaties zich kenmerken door standaardisering, regulatie en continuïteit, waarin specifieke taken verdeeld zijn over de medewerkers die deze op een rationele en efficiënte manier uitvoeren en waar een hiërarchische structuur bestaat om op de uitvoering van al deze taken toe te zien (De Jong, 2016; Weber, 1922). Hoewel de ideaaltypische bureaucratie zoals Weber deze omschreef de beste garanties biedt om publieke waarden rondom toegankelijkheid, rechtmatigheid, gelijke behandeling en een efficiënte uitvoering te realiseren, is de praktijk weerbarstiger. De Jong (2016) gebruikt de term 'bureaucratic dysfunction' om de mismatch tussen het vermogen van de overheid om services te leveren en het vermogen van cliënten om gebruik te maken van deze services te duiden (De Jong, 2016, p. 249). De complexiteit maakt het lastig om de relaties tussen overheid en cliënten te duiden en taken vast te stellen en daarmee lastig om services op de juiste manier aan te bieden en verplichtingen na te komen. Deze complexiteit wordt ook wel omschreven als een mismatch tussen de 'systeemwereld' en de 'leefwereld' (Van den Brink, 2013). Het verschil tussen de manier waarop bureaucratieën functioneren en de manier waarop mensen in hun dagelijkse leven met dingen omgaan is volgens Van den Brink (2013) een oorzaak van gebrek aan effectiviteit. Omdat deze werelden op verschillende manieren functioneren, is het soms lastig om tot voldoende overlap te komen en productieve samenwerking te bereiken.

Het is relevant om deze mismatch op te lossen en te zorgen dat de aangeboden services beter aansluiten op het vermogen en de wensen van cliënten. Bureaucratische disfunctie kan namelijk leiden tot een 'loss of value', zoals De Jong (2016) dit omschrijft. De cliënt is de eerste die de negatieve gevolgen van een mismatch ervaart. In het geval van geboortezorg is dit terug te zien in het hoge perinatale sterftecijfer. De Jong (2016) doelt met 'loss of value' niet alleen op de negatieve gevolgen voor individuele cliënten, maar ook op maatschappelijk niveau. De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland behoort tot de top 10 wereldwijd en daarbij zijn de kosten hiervoor hoog (Barber et al., 2017; Zorgwijzer, 2016). Op het gebied van geboortezorg lijkt de overheid haar beloftes niet waar te kunnen maken, wat resulteert in 'loss of value' voor de Nederlandse samenleving als geheel.

Wat het oplossen van bureaucratisch disfunctioneren lastig maakt, is dat er vaak gedeelde verantwoordelijkheid is voor een probleem. Er zijn meerdere organisaties en actoren bij betrokken, maar het is onduidelijk wie de verantwoordelijkheid heeft voor het oplossen van het probleem. Daarbij heeft iedereen een ander beeld van het probleem en van waar het precies fout gaat. Niet iedereen heeft dezelfde definitie van disfunctie, wat sommige mensen als problematisch ervaren is voor anderen geen probleem. Een mooie metafoor hierbij die door zowel De Jong (2016) als Kodner (2009) gebruikt wordt, is een gedicht van John Godfrey Saxe waarin zes blinde mannen elk een ander deel van een olifant aanraken en daardoor tot verschillende conclusies komen over hoe het dier eruit ziet.

De WRR benoemt in hun rapport ditzelfde complexe aspect van de publieke sector: “De maatschappelijke dienstverlening is van iedereen en niemand” (WRR, 2004, p. 22). Dit maakt het lastig om te bepalen wie er aangesproken moet worden wanneer iets niet goed verloopt en aan wie het is om dit op te lossen. Daarnaast benoemen zij dat maatschappelijke dienstverlening zowel individueel als collectief belang dient (WRR, 2004, p. 21). Dit komt overeen met de constatering van De Jong dat disfunctie van maatschappelijke dienstverlening een ‘loss of value’ op zowel individueel als collectief niveau kan veroorzaken (De Jong, 2016).

Een reactie op disfunctie die de WRR (2004) benoemt is een beweging richting vraagsturing, wat inhoudt dat er meer focus komt te liggen op de cliënt en diens wensen en behoeften. Deze beweging komt voort uit toenemende assertiviteit van burgers en ontevredenheid over transparantie en klantgerichtheid. Wat dit weer complex maakt is dat aan de ene kant rekening gehouden moet worden met de cliënt, terwijl aan de andere kant diensten toegankelijk moeten blijven en de kosten beheerst moeten worden. Daarnaast blijkt vraagsturing niet altijd effectief, doordat cliënten vaak begeleiding nodig hebben in het formuleren van hun probleem (WRR, 2004). Dit wordt ook benoemt door De Jong (2016), die stelt dat het voor burgers lastig is op een duidelijke en coherente manier aan de overheid duidelijk te maken wat hun wensen en behoeften zijn.

Zowel Van den Brink (2013) als de WRR (2004) signaleren toegenomen assertiviteit van burgers en daarmee van cliënten. De WRR (2004) geeft aan dat dit gevolgen heeft voor de positie van de zorgprofessional. Cliënten hebben meer medische kennis, die tegenwoordig makkelijk is op te doen via media. Een beweging die later in dit hoofdstuk aan bod komt onder de noemer ‘proto-professionalisering’ (De Swaan, 2004). Dit maakt van de cliënt geen expert, maar stelt hen wel in staat een productiever gesprek te hebben met hun zorgprofessional. Er ontstaat een gelijkwaardigere verhouding tussen cliënten en professionals (WRR, 2004). Met betrekking tot de geboortezorg benoemen zowel de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte als het College Perinatale Zorg (CPZ) het belang van goede samenwerking tussen professionals en zwangere vrouwen (CPZ, 2017a; Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Daarbij benoemt de WRR

(2004) dat een 'bondgenootschap' tussen professionals en cliënten kan leiden tot een 'vruchtbare interactie' (p. 26).

Om ervoor te zorgen dat deze interactie inderdaad vruchtbaar is, is het belangrijk de omstandigheden hiervoor binnen de geboortezorg te optimaliseren. Dit is waar deze thesis een bijdrage aan poogt te leveren, door aan de hand van theorie inzichtelijk maken wat de behoeften en wensen van cliënten zijn. Zo kunnen de actoren die betrokken zijn bij de geboortezorg ervoor zorgen dat geleverde zorg en de manier waarop deze geleverd wordt en de behoeften en wensen van de cliënten beter op elkaar aansluiten. Dit kan resulteren in meer overlap tussen de hierboven genoemde 'systeemwereld' en 'leefwereld' (Van den Brink, 2013). Een bijdrage aan het oplossen van de mismatch, door te zorgen dat de betrokken partijen meer inzicht krijgen in hoe de spreekwoordelijke olifant eruitziet. Hiertoe zullen de in het eerste hoofdstuk benoemde 'logica's' gebruikt worden, die onderdeel zijn van het door de WRR (2004) gepresenteerde analysekader. Gezien de focus van deze thesis op de interactie tussen cliënten en professionals, zullen de provisieloga en de vraaglogica centraal staan. Deze logica's focussen zich op de besproken groepen actoren en zullen daarom bruikbaar zijn in het verkrijgen van inzicht in deze interactie. In de rest van dit hoofdstuk volgt een uitgebreide uitleg van deze logica's en de mogelijke spanningen die hierbinnen en hiertussen bestaan.

## **2.2. Provisieloga**

Voor het onderscheid tussen de institutionele logica en de provisieloga, baseert de WRR zich op Hemerijck en Helderma (1995). Zij introduceerden deze termen om beter grip te krijgen op de maatschappelijke dienstverlening en de spanningen tussen verstatelijking en zelfbeheer die hierbinnen bestaan. De WRR neemt dit onderscheid over en voegt hier de vraaglogica aan toe, vanwege de toenemende focus op de cliënt binnen de maatschappelijke dienstverlening (WRR, 2004). Ten behoeve van de focus van deze thesis, wordt de institutionele logica buiten beschouwing gelaten en zal deze niet verder toegelicht worden.

Zoals kort benoemd in het eerste hoofdstuk, verwijst de provisieloga naar de feitelijke dienstverlening die binnen instellingen plaatsvindt. Het gaat hierbij om de personen die de diensten uitvoeren, maar ook om de fysieke omgevingen en organisatiemodellen (WRR, 2004). De uitvoering van maatschappelijke dienstverlening is in handen van een breed aantal actoren, die de WRR (2004) onderverdeelt in twee categorieën: de professional en de instelling.

### **De professional en zijn beroepsvereniging**

Voor de definitie van professional baseert de WRR (2004) zich op Abbott (1998). Deze beschrijft professies als een onderling afhankelijk systeem, waarbinnen elke professional opereert (Abbott, 1988). De professional is binnen dit systeem een specialist, die door zijn expertise op een specifiek

terrein controle heeft verworven over een bepaalde set van taken. De mate van controle over deze set van taken, die Abbott (1988) de term 'jurisdictie' toebedeeld, is wisselend. Jurisdictie van een professional is afhankelijk van en wordt bepaald door andere professionals, waaruit de onderlinge onafhankelijkheid blijkt. Een set van taken kan vrijkomen doordat er nieuwe taken ontstaan, of doordat een professional bepaalde taken laat vallen. Op het moment dat een set van taken vrijkomt, kan dit leiden tot het ontstaan van een nieuwe professie. Ook kan een al bestaande professional deze taken oppakken, wat er weer toe zou kunnen leiden dat die professional andere taken binnen zijn jurisdictie laat vallen. Deze kunnen dan op hun beurt weer vrijkomen voor een ander, of het kan zijn dat de professional alleen nog toezichthouder en geen uitvoerder van de taken meer is. Verder bepaalt de mate van controle over een set van taken de verhoudingen tussen verschillende professionals. Soms hebben ze totale controle, soms moeten ze verantwoording afleggen aan andere professionals (Abbott, 1988).

In de praktijk wordt totale controle, een exclusieve claim op een set van taken, zelden bereikt. Wel zijn er een aantal andere verhoudingen tussen professionals te onderscheiden: professionele onderwerping, cognitieve onderwerping, verdergaande specialisering, het scheiden van consultatie en uitvoering en klantenspecialisatie (Abbott, 1988; WRR, 2004). Met betrekking tot de geboortezorg zijn er argumenten om deze onder professionele onderwerping te scharen, maar zijn er ook kenmerken van cognitieve onderwerping. *Professionele onderwerping* verwijst naar een situatie waarin een bepaalde professie niet genoeg expertise heeft om de volledige controle over alle taken te hebben (Abbott, 1988; WRR, 2004). Verloskundigen hebben beperkte kennis binnen de zwangerschapsbegeleiding en geboortezorg. Zij kunnen een vrouw begeleiden in haar zwangerschap zo lang deze fysiologisch (volgens het natuurlijke proces) verloopt en er geen verhoogd risico is. Wanneer daar wel sprake van is wordt de zwangere doorverwezen naar een specialist, de gynaecoloog. Dit past bij professionele onderwerping omdat verloskundigen niet de volledige controle hebben over alle taken, maar ze hoeven ook niet voor alles wat ze doen verantwoording af te leggen bij een gynaecoloog. Als de expertise van een gynaecoloog niet nodig is dan heeft deze nooit wat met de cliënt te maken. De geboortezorg zou ook bij *cognitieve onderwerping* kunnen passen. Dit verwijst naar een situatie waarin een professie intellectuele jurisdictie heeft, maar er in de beroepspraktijk zoveel aftakkingen zijn ontstaan dat deze jurisdictie gedeeld wordt. De professie heeft nog wel controle over de kennis op basis waarvan de professie is ontstaan, maar deelt de uitvoering van de taken met andere professies (Abbott, 1988; WRR, 2004). Binnen de geboortezorg vallen verloskunde, echoscopie, kraamzorg en gynaecologie allemaal onder de 'paraplu' van geboortezorg. Elke professional heeft onder die paraplu zijn eigen kennis en expertise en de uitvoering van taken wordt gedeeld. Ze maken ook gebruik van elkaars kennis wanneer de eigen kennis niet toereikend is, door bijvoorbeeld een doorverwijzing of overdracht.

## **De instelling**

Voor de maatschappelijke instellingen waarbinnen professionals opereren maakt de WRR (2004) een onderverdeling in vijf organisatietypen: de selectiebureaucratie, de massadienstverleningsorganisatie, de professionele dienstverleningsorganisatie, het zorgarrangement en de vrijwilligersorganisatie. Gezien het onderwerp van deze thesis zal alleen gefocust worden op het type dat van toepassing is op de geboortezorg: de professionele dienstverleningsorganisatie. De professionele dienstverleningsorganisatie kan zowel groot als klein zijn, maar zal nooit massaal zijn. Dit type dienstverlening leent zich niet voor standaardisering, omdat de productieprocessen worden gekenmerkt door professionals die ingrijpende interventies uitvoeren in het bestaan van cliënten. De professionals ontlenen deze status en positie aan het toepassen van abstracte kennis op concrete en sterk verschillende gevallen. Dit type organisatie kenmerkt zich dan ook door de rol van deze hoogopgeleide, goedgeorganiseerde professional in het primaire proces en de aansturing ervan. De kennis wordt gedragen door de professional, alsmede de toepassing ervan. De kernwaarde is kwaliteit en coördinatie vindt plaats via overleg. Professionals binnen dit type organisatie raadplegen zelf collega's voor specifieke vraagstukken en de aansturing is collegiaal in plaats van hiërarchisch. De voordelen die dit type organisatie biedt zijn lage organisatiekosten en kwaliteit oriëntatie. Nadelen die het met zich meebrengt zijn weinig aandacht voor doelmatigheid, neiging tot conservatisme en een gebrek aan controle op eventueel misbruik van privileges (WRR, 2004). De manier waarop de geboortezorg in Nederland functioneert is hier duidelijk in te herkennen. Binnen de geboortezorg zijn verschillende professionals werkzaam die hun eigen kennis en expertise bezitten en toepassen. Verloskundigen, echoscopisten, gynaecologen en kraamverzorgers hebben allen hun eigen plek binnen de organisatie. Wel kunnen ze gebruik maken van elkaars kennis, elkaar raadplegen of cliënten doorverwijzen. Hieruit blijkt dat er sprake is van coördinatie en niet van hiërarchie.

### **2.3. Vraaglogica**

Bij de vraaglogica gaat het om de relaties tussen vragers en aanbieders, de mate van inspraak waarover een cliënt beschikt en de eisen en verlangens die zij hebben. Binnen de maatschappelijke dienstverlening kan deze verhouding tussen vrager en aanbieder sterk verschillen. Daarmee verschilt ook de aard van de vragers en de aard en schaal van de vraag zelf. De vraag kan gesteld worden door publieke en private actoren, collectief of individueel. Afhankelijk van wie de vraag stelt wordt een adressant verwacht die ook collectief of individueel kan zijn. Daarbij kan de vraag abstract en algemeen maar ook heel concreet en specifiek zijn. Dan is er nog de overheid die zowel stuurt op vraag als door vraag gestuurd wordt (WRR, 2004).

Een constante factor in deze vele mogelijke soorten vragers en vragen, is de relatie tussen vrager en aanbieder. In het WRR-rapport (2004) worden drie soorten onderscheiden: exit, voice en silence. Voor exit en voice baseert de WRR zich op de Amerikaanse econoom Hirschman (1970), die deze twee concepten gebruikt om terugkoppeling van cliënten naar organisaties te duiden. Deze terugkoppeling heeft betrekking op de kwaliteit van het product of de geleverde dienst en maakt de loyaliteit van de cliënt aan de instelling of professional inzichtelijk. Omdat er binnen de maatschappelijke dienstverlening door veel cliënten geen gebruik wordt gemaakt van de opties exit of voice, voegt de WRR (2004) hier een derde optie aan toe: silence.

### **Exit**

Hirschman (1970) beschrijft exit als de mogelijkheid voor cliënten om weg te gaan bij een organisatie of professional. De WRR (2004) legt uit dat exit niet verward moet worden met keuzevrijheid. Soms heeft een cliënt de mogelijkheid voor om over te stappen naar een andere aanbieder, of van pakket van diensten te wisselen bij dezelfde aanbieder. In dit geval beschikt de cliënt wel over een zeker mate van keuzevrijheid, maar is er geen sprake van exit. Van exit is alleen sprake wanneer reeds een relatie bestaat tussen cliënt (vrager) en instelling of professional (aanbieder). Exit is een middel voor de cliënt om een instelling of professional te kiezen die de kwaliteit en kwantiteit biedt voor de prijs die de cliënt wil betalen. Daarbij geeft het de aanbieder informatie over hoe de cliënt hun producten en/of diensten beoordeelt (WRR, 2004). Deze informatie kan de aanbieder vervolgens gebruiken om aanpassingen te doen en eventuele fouten te herstellen (Hirschman, 1970).

De WRR (2004) benoemt een aantal voor- en nadelen van exit. Voordelen zijn de keuzevrijheid van de cliënt en de goedkope en relatief simpele manier voor het verkrijgen van marktinformatie en het doen van controle door de instelling en de toezichthouder. Aan de andere kant kan exit een perverse prikkel zijn op de doelstellingen van een organisatie. Deze zou zich meer kunnen gaan richten op doelmatigheid of winstgevendheid in plaats van kwaliteit. Ook geeft exit van een cliënt weinig inzicht in de reden dat een cliënt stopt met het gebruiken van een product of dienst. Het kan ontevredenheid zijn, maar er kan ook iets anders aan ten grondslag liggen zoals een verhuizing of scheiding. Daarnaast voelt een organisatie het verlies van een enkele cliënt waarschijnlijk niet, maar moeten meerdere cliënten exit opteren voordat dit merkbaar is (WRR, 2004).

### **Voice**

Voice verwijst naar de mogelijkheid voor cliënten om hun ontevredenheid met de producten of diensten bij de aanbieder bespreekbaar te maken. Net als bij exit, biedt deze optie de aanbieder



inzicht in mogelijkheden voor het verbeteren van hun product of dienst (Hirschman, 1970). Het gaat hierbij om zowel formele als informele vormen van overleg (WRR, 2004).

Ook voor voice benoemt de WRR (2004) een aantal voor- en nadelen. Het voordeel voor de cliënt betreft de mogelijkheid om direct invloed uit te oefenen op de kwaliteit en kwantiteit van het product of de dienst, middels kleinschalige georganiseerde overlevormen in een vertrouwde omgeving. Voor de instelling is het voordeel van voice dat het hen kan helpen op een gemakkelijke manier inzicht te krijgen in eventuele kwaliteitsverminderingen van hun producten of diensten en hierop bij te sturen. Daarbij kan het de instelling helpen bij het genereren van draagvlak voor beslissingen die de instelling (provisiologica) meer dienen dan de vrager (vraaglogica). Het voordeel voor de toezichthouder is dat deze de controle op de diensten of producten deels in handen legt van degenen die hier direct baat bij hebben, de cliënten (WRR, 2004). Een nadeel van voice is dat georganiseerde vormen van overleg kostbaar en tijdrovend zijn, wat de slagvaardigheid van een organisatie kan schaden. Daarbij stelt een dergelijke vorm van overleg hoge eisen aan de motivatie, kennis en beschikbaarheid van cliënten, die hier niet allemaal in dezelfde mate aan voldoen (WRR, 2004).

### **Silence**

De optie silence is van toepassing wanneer cliënten geen gebruik maken van de opties exit of voice, of wanneer deze opties ontbreken. De WRR (2004) geeft aan dat er veel cliënten zijn die in stilte gebruik maken van maatschappelijke dienstverlening, maar dat het onduidelijk is of deze stilte geïnterpreteerd moet worden als instemming, ontevredenheid, of als teken dat voor de andere opties onvoldoende ruimte geboden wordt.

### **2.4. Spanningen**

Zoals benoemd in de inleiding van dit hoofdstuk en door de WRR is de maatschappelijke dienstverlening van iedereen en van niemand (WRR, 2004). Er zijn veel verschillende actoren bij betrokken, die allemaal hun eigen belangen en opvattingen hebben. Soms komen deze met elkaar overeen, soms botsen deze. De WRR (2004) geeft aan dat spanningen tussen de professionals en cliënten (en dus provisie- en vraaglogica) een vruchtbare interactie kunnen opleveren en leereffecten kunnen hebben. De spanning kan dus productief zijn, maar het kan ook voorkomen dat leereffecten geen ruimte krijgen. In deze laatste paragraaf zullen eerst de spanningen binnen en vervolgens tussen de logica's besproken worden om meer inzicht te krijgen in wat hieraan ten grondslag ligt en de mogelijke gevolgen die deze spanningen kunnen hebben.

## **Spanningen binnen provisieloga**

De uitvoering van maatschappelijke diensten zoals de gezondheidszorg, is in handen van professionals en de organisaties waarbinnen deze professionals werkzaam zijn. Hoe deze uitvoering precies moet verlopen is aan overleg en strijd onderhevig (WRR, 2004).

Het domein van de professional is dynamisch en er kunnen spanningen bestaan tussen de verschillende professionals die onderling van elkaar afhankelijk zijn. Er bestaat discussie over de kerntaken die een professie omvat en welke bij het primaire proces horen. Vaak komt dit neer op een verbreding van het takenpakket van een professional, wat niet zelden ook een verzwarende betekenis heeft (WRR, 2004). Met deze verbreding ontstaat een vervaging van de domeingrenzen van een sector en komen meer samenwerkingsverbanden tot stand. Dit heeft als gevolg dat professionals bang zijn hun autonomie te verliezen en het gevoel krijgen dat er niet op hun expertise vertrouwd wordt (WRR, 2004). Daarnaast is er voortdurend sprake van taakherschikking en taaksplitsing met daarbij behorende specialisatie. Een voordeel hiervan voor de professionals is dat zij zich kunnen toelagen op de taak waarvoor ze daadwerkelijk zijn opgeleid en minder randwerkzaamheden uit hoeven voeren. Daarbij zorgt het voor laagdrempeligere instapmogelijkheden voor nieuwkomers (WRR, 2004). Nadelen zijn dat het werkveld minder overzichtelijk wordt door alle opsplitsingen, er meer afstemming moet plaatsvinden en dat nieuwkomers de 'saaiere' of 'makkelijke' taken krijgen en daarmee een negatieve beroepsidentiteit ervaren (WRR, 2004).

Daarnaast kan het voor professionals lastig zijn om een goede balans te vinden tussen de verschillende oriëntaties van de dienstverlening: professionele normen, bedrijfseconomische vereisten en een politiek-normatieve opdracht (WRR, 2004). De WRR (2004) onderscheidt grofweg twee niveaus binnen de dienstverlening: relationeel en organisationeel. Deze verwijzen respectievelijk naar de relatie tussen degene die de dienst ontvangt en degene die de dienst verleent en naar de relatie tussen de dienstverlener en de organisatie waarbinnen deze werkzaam is. Hieruit blijken de spanningen die bestaan binnen de provisieloga, tussen de professional en de organisatie. Deze worden in sterke mate bepaald door de mate van afhankelijkheid tussen deze actoren. Dit wordt duidelijker wanneer gekeken wordt naar het dilemma tussen standaardisering en protocollering aan de ene kant en de discretionaire ruimte aan de andere kant (WRR, 2004). Er kunnen spanningen ontstaan als de druk van buitenaf en de handelingsruimte van de professional met elkaar botsen. Dit relateert aan het onderscheid wat er binnen de provisieloga gemaakt wordt tussen de professional en diens beroepsvereniging enerzijds en de instelling anderzijds. Op organisationeel niveau kunnen spanningen bestaan tussen het perspectief van de organisatie en dat van de verschillende professionals die binnen die organisatie werkzaam zijn.

### **Spanningen binnen vraaglogica**

Binnen de vraaglogica kunnen cliënten gebruik maken van verschillende opties voor inspraak, zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven: exit en voice. Door hier gebruik van te maken kunnen ze het zorgaanbod en de zorgverleners te sturen. Er bestaat een zekere spanning tussen deze beide opties. Hirschman (1970) geeft aan dat de mogelijkheid tot exit een negatief effect kan hebben op de bereidheid van de cliënt om tijd en moeite te steken in voice. Hij stelt dat binnen organisaties een van beide opties dominant is en dat er geen gebruik meer wordt gemaakt van voice zodra de optie exit een mogelijkheid is. De WRR (2004) stelt aan het einde van hun rapport echter dat hiervan binnen de huidige maatschappelijke dienstverlening geen sprake lijkt te zijn. Zij benoemen dat er juist steeds meer ruimte komt voor dialoog tussen cliënt en aanbieder. Wel stellen zij dat om deze dialoog op gang te houden het noodzakelijk is om sturingsvarianten te realiseren die aansluiten bij alle partijen die betrokken zijn bij de dienstverlening (WRR, 2004).

Een andere spanning binnen deze opties exit en voice is de veronderstelling dat cliënten actief zijn, dat ze willen en kunnen sturen (WRR, 2004). De WRR (2004) benoemt dat het niet voor alle cliënten binnen de maatschappelijke dienstverlening mogelijk is om van deze opties gebruik te maken. Sommige cliënten hebben hier de capaciteiten of de wil niet voor, wat ervoor zorgt dat ze noodgedwongen gebruiken maken van de optie silence. Lastig is hierbij dat deze stilte op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. Het kan een teken zijn van instemming, maar kan ook duiden op lijden in stilte of stilzwijgend toestemmen terwijl er eigenlijk ontevredenheid bestaat (WRR, 2004).

### **Spanningen tussen provisie- en vraaglogica**

Een van de spanningen tussen professionals en cliënten, en dus tussen de provisieloga en de vraaglogica, is het gevolg van de eerdergenoemde specialisatie in het veld van de aanbieder. Hoewel specialisatie voortkomt uit kennisontwikkeling en blijkt geeft van vernieuwing, zit er ook een negatieve kant aan. Het kan de samenwerking tussen professionals die nodig is om complexe vragen van cliënten te beantwoorden bemoeilijken of zelfs verhinderen, omdat het leveren van op maat gesneden zorg meer coördinatie tussen zorgverleners vereist (WRR, 2004).

Een andere beweging die spanning tussen professionals en cliënten veroorzaakt is de toegenomen kennis over professionele begrippen en houdingen in de samenleving. Een verschijnsel wat De Swaan (2004) 'proto-professionalisering' noemt. Professionals bieden hun cliënten uitleg en advies, publiceren in kranten en tijdschriften, schrijven boeken, of komen op televisie. Cliënten geven de kennis die zij in het contact met de professional opdoen door aan hun naasten en media-input zorgt ervoor dat er onder steeds meer mensen professionele kennis verspreid wordt. Het gaat hierbij om een vereenvoudigde versie van deze kennis, om grondbegrippen en basishoudingen met de daarbij horende gedragsstandaard (De Swaan, 2004).

Mensen met deze toegenomen kennis over het professionele werkveld, noemt De Swaan (2004) 'proto-professionals' (p. 253).

De gevolgen van proto-professionalisering zijn tweeledig. In combinatie met de toegenomen mondigheid van cliënten kan het zorgen voor een minder asymmetrische verhouding tussen cliënt en professional (WRR, 2004). Cliënten die in staat zijn hun problemen in professionele termen te verwoorden kunnen makkelijker bepalen wat de juiste professionele dienstverlening is die zij nodig hebben. Daarbij kunnen professionals beter bepalen welke cliënten gebaat zijn bij hun specifieke dienst (De Swaan, 2004). Van den Brink (2013) signaleert deze verschuivende verhouding tussen de systeemwereld en de leefwereld ook, en spreekt hierbij van 'horizontalisering' en 'informalisering' (p. 19). De traditionele, verticale verhouding tussen cliënt en professional is aan het verdwijnen en er is meer aandacht voor de belangen en beginselen van een dienst dan voor de formele wetten en procedures. Dit maakt dat Nederlanders steeds vaker van zich af bijten als ze ontevreden zijn (Van den Brink, 2013, p. 19). Aan de andere kant krijgt de verhouding tussen professional en cliënt steeds meer tekenen van een contractuele relatie (WRR, 2004). Van der Grinten en Vos (2004) noemen dit de 'juridisering van de zorgrelatie' (p. 142). De verminderde kennis-asymmetrie tussen cliënt en professional die het gevolg is van proto-professionalisering, zorgt ervoor dat cliënten eerder naar de rechter stappen of vragen om een second opinion als zij het niet eens zijn met een uitspraak van een professional (Van der Grinten & Vos, 2004). Ook het in toenemende mate doen van eigen betalingen (bijvoorbeeld via PGB's) zorgt ervoor dat cliënten ervoor willen zorgen dat ze waar voor hun geld krijgen (Van der Grinten & Vos, 2004). De WRR (2004) ziet in deze juridisering van de relatie tussen cliënt en professional een potentieel gevaar. Het kan ervoor zorgen dat het belang van het opbouwen van een vertrouwensrelatie op de achtergrond schuift en dat de kwaliteit van de dienstverlening alleen bepaald wordt aan de hand van toetsbare elementen. Terwijl juist die vertrouwensrelatie ook een belangrijk onderdeel is van kwaliteit.

In hun interacties met professionals maken cliënten hun wensen en behoeften bekend en articuleren hiermee hun 'vraag' aan de aanbieder. Via deze vraag kunnen zij invloed uitoefenen op het primaire proces, het is een middel om te sturen (WRR, 2004). Deze sturing vormt de volgende potentiële bron van spanningen tussen cliënt en professional. Vraagsturing kan worden opgesplitst in drie varianten: sturing van, op en door de vraag (Van der Grinten & Vos, 2004; WRR, 2004). Bij sturing van de vraag, worden er binnen een aanbodstructuur mogelijkheden gegeven om rekening te houden met de vraag van cliënten (Van der Grinten & Vos, 2004). De sturing blijft dus in handen van professionals en hun organisaties, maar er worden pogingen gedaan om de dienstverlening klantvriendelijker te maken (WRR, 2004). Bij sturing op de vraag is de sturing eveneens niet direct in handen van cliënten, maar zijn er bemiddelaars die namens de cliënten zorg inkopen, leveren of financieren. Hierbij kun je denken aan huisartsen en de overheid, maar

ook aan bijvoorbeeld zorgverzekeraars (Van der Grinten & Vos, 2004; WRR, 2004). Zowel de WRR (2004) als Van der Grinten en Vos (2004) benoemen dat alleen sturing door de vraag als 'echte' vraagsturing bestempeld kan worden. Dit is de enige variant waarbij de cliënten direct de zorg sturen. Een voorbeeld van dit type vraagsturing is het persoonsgebonden budget (PGB), waarbij de eindgebruiker van de zorg de mogelijkheid krijgt deze zorg direct bij de aanbieder in te kopen. Ze kunnen van dienstverlener wisselen als ze ontevreden zijn over de aanbieder (de exit-optie), op deze manier kan de cliënt direct het aanbod van zorg sturen (Van der Grinten en Vos, 2004; WRR, 2004).

De WRR (2004) constateert dat er in de maatschappelijke dienstverlening sprake is van een geleidelijke omslag van aanbod- naar vraaggericht. Er is hierbij met name sprake van sturing van de vraag, waarbij aanbodstructuren responsiever worden gemaakt en er binnen de aanbodgerichte structuur meer ruimte komt voor klantvriendelijkheid. Daarbij benoemt de WRR (2004) dat een complete omslag naar vraaggerichtheid niet productief zou zijn. Dit veroorzaakt een ontkoppeling tussen de wensen en behoeften van cliënten en de mogelijkheden van aanbieders. Dit leidt tot een kloof in plaats van een verbinding die mogelijkheden biedt voor leereffecten. Om dit op te vangen kunnen organisaties zich richten op het aanbieden van voice-opties, om de communicatie tussen cliënt en professional in stand te houden. De WRR (2004) concludeert dan ook dat in de omslag naar vraaggerichter werken er meer aandacht moet komen voor de leereffecten die hier mogelijk uit voor kunnen komen. Deze gedachtegang wordt ondersteund door onderzoek van Tyler (1988) naar 'procedural fairness', waarin hij uiteenzet welke factoren een rol spelen in de ervaring van een eerlijk proces. Hierin spelen eerlijkheid en ethiek van een organisatie een rol, het gevoel dat een organisatie in het belang van de cliënt handelt, maar ook de mate van mogelijkheden tot inspraak die een cliënt ervaart. Daarbij benoemt Tyler (1988) dat het proces zelf belangrijker is in de ervaring van eerlijkheid, dan de uitkomst van het proces. Wanneer gekeken wordt naar zorgverlening, wijst dit erop dat ondanks een uitkomst die wellicht niet is zoals de cliënt gewild of verwacht had, deze toch als positief kan worden ervaren als het proces in de ogen van de cliënt eerlijk en in goed overleg is verlopen.

Vruchtbare interactie tussen cliënt en professional, tussen vraag- en provisiologica, levert informatie op die een direct effect kan hebben op de kwaliteitsverbetering van het primaire proces. Wanneer de logica's niet op elkaar worden betrokken en de oplossing voor kwaliteitsverbetering juist wordt gezocht in het ontvlechten van de logica's, is er sprake van 'boedelscheiding' (WRR, 2004, p. 227). Dit kan negatieve gevolgen hebben, wanneer de verantwoordelijkheid voor de koers en sturing van maatschappelijke dienstverlening bij verschillende actoren wordt gelegd. Het risico hiervan is dat er geen ruimte wordt gemaakt voor de leereffecten die bestaan wanneer er sprake is van interactie tussen de actoren. Gezien de

publieke aard van de maatschappelijke dienstverlening (het is van iedereen en van niemand), is dit gebrek aan vruchtbare interactie een ongewenst gevolg.

## 2.5. Tot slot

Binnen en tussen de provisie- en vraaglogica bestaan dus verschillende spanningen, die het ontstaan van een vruchtbare interactie tussen de systeemwereld en de leefwereld kunnen belemmeren. Deze spanningen kunnen ingezet worden als hulpmiddel om inzicht te krijgen in de geboortezorg en de verhouding die daarbinnen bestaat tussen zwangere vrouwen en zorgverleners. Er zijn verschillende momenten tijdens het proces van zwangerschapsbegeleiding waar deze spanningen een rol kunnen spelen. Het KNOV (2018) omschrijft het verloop van een zwangerschap en welke stappen hierbij op welke moment gezet worden. Zoals eerder benoemd komt een vrouw waarvan haar zwangerschap en bevalling fysiologisch verloopt alleen in contact met de eerstelijnszorg: de verloskundige. Wanneer er sprake is van een verhoogd risico of complicaties, is de eerstelijns verloskundige degene die een inschatting maakt van de situatie en bepaalt of voor de cliënt specialistische zorg nodig is. Wanneer dit het geval is wordt de cliënt doorverwezen naar verloskundige zorg in het ziekenhuis. Deze kan verleend worden door tweedelijns verloskundigen (ook wel klinisch verloskundigen) eventueel in samenwerking met een gynaecoloog. Bij cliënten met een verhoogd risico op complicaties is de gynaecoloog eindverantwoordelijke voor de begeleiding en controle (KNOV, 2018).

Gezien de intieme aard van de zorg en begeleiding die komt kijken bij zwangerschap en geboorte, is een goede band tussen cliënt en professional van groot belang om een positieve ervaring voor de zwangere te waarborgen. De verschillende spanningen die bestaan binnen en tussen de provisie- en vraaglogica kunnen ingezet worden om inzicht te krijgen in wat er in deze interactie goed gaat en waar eventuele verbeterpunten liggen. De concepten die gebruikt zullen worden om hier inzicht in te geven zijn hieronder schematisch weergegeven in figuur 2.



*Figuur 2.* Conceptueel model

De concepten in dit model zullen ingezet worden om de bevindingen van dit onderzoek meer analytische diepgang te geven. Voor het beantwoorden van de beschrijvende vraag, zal hierbij toegelicht worden welke overeenkomsten de bevindingen vertonen met de theorie. Wanneer de

stap gezet wordt naar de verdiepende vraag, zal worden bekeken hoe de concepten met elkaar samenhangen en spanningen veroorzaken in de interactie tussen zorgprofessional en cliënt.

Aangezien de focus van dit onderzoek ligt op de ervaringen van de cliënt, de zwangere vrouwen, is het lastig om de concepten binnen de provisieloga aan hen uit te vragen. Daarom is er in het conceptueel model voor gekozen om alleen in te gaan op spanningen die merkbaar zijn voor de cliënt. Hiertoe is de hierboven benoemde specialisatie binnen het veld van de professional, gekoppeld aan het concept 'overdracht' in figuur 1. De noodzaak van overdrachten is een gevolg van specialisatie, wat merkbaar is voor de cliënt. In 2016 bracht ZonMw een eindrapport uit met de resultaten van een 3-jarig onderzoek naar geboortecentra in Nederland (Van den Akker-van Marle et al., 2016). Dit onderzoek was een samenwerkingsverband tussen TNO, Erasmus Medisch Centrum, Leids Universitair Medisch Centrum, NIVEL, Jan van Es Instituut, Universiteit van Tilburg en het Universitair Medisch Centrum Utrecht en maakte gebruik van de ReproQ vragenlijst. Dit is een door het CPZ goedgekeurde vragenlijst die de kwaliteit van geboortezorg vanuit het perspectief van de cliënten meet (Duijs, 2017; ReproQ in de praktijk, z.j.). Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen die over gedragen worden van de eerste naar de tweede lijn, hier vaak een negatieve ervaring bij hebben. Continuïteit van zorg en communicatie omtrent de overdracht worden als belangrijke aandachtspunten benoemt (Van den Akker-van Marle et al., 2016). Dit hangt samen met de in de theorie benoemde toegenomen mate van afstemming tussen zorgprofessionals en het onoverzichtelijker worden van de zorgverlening. De invloed van een overdracht op de interactie tussen professional en cliënt is hierin te herkennen. Dit komt aan bod op meer momenten tijdens de verschillende fases van de geboortezorg. Eerst in het contact met de verloskundigen, eventueel een overdracht naar een klinisch verloskundige of gynaecoloog, dan na de bevalling een overdracht naar de kraamzorg.

Binnen de vraaglogica zijn de concepten 'exit', 'voice' en 'silence' relevant omdat deze verwijzen naar de manier waarop een cliënt naar de zorgprofessional communiceert. Exit en voice kunnen dienen als instrumenten om wensen en ontevredenheid bekend te maken. Daarbij is het belangrijk om te achterhalen of cliënten gebruik maken van de optie silence en waarom ze dit doen. Dit zou namelijk kunnen wijzen op lijden in stilte, wat een ongewenste situatie oplevert.

Naar verwachting hangen deze concepten samen met de spanningen die bestaan tussen provisie- en vraaglogica. Zo zou de mate van proto-professionalisering van een cliënt van invloed kunnen zijn op in hoeverre de cliënt in staat is gebruik te maken van voice. Wanneer een cliënt kennis heeft over de wereld van de professional, kan dit een minder asymmetrische verhouding tot de zorgprofessional opleveren. Daarbij is een cliënt door het opdoen van voorkennis beter op de hoogte van de mogelijkheden van het zorgproces. Dit samen kan ervoor zorgen dat een cliënt beter in staat is haar wensen te formuleren op een zodanige manier dat een zorgprofessional daar goed op aan kan sluiten.

De mate waarin een zorgverlener een responsieve aanbodstructuur creëert, is in de het model gekoppeld aan het concept 'responsiviteit'. Ook dit concept hangt mogelijk samen met voice en wellicht met silence. De mate waarin een zorgprofessional ruimte biedt voor het aangeven van wensen, kan van invloed zijn op de mate waarin een cliënt gebruik maakt van voice. Een gebrek aan responsiviteit zou er juist weer voor kunnen zorgen dat een cliënt kiest voor silence. Responsiviteit hangt samen met de genoemde leereffecten. Waarbij een zorgprofessional niet alleen een responsieve aanbodstructuur creëert, maar ook iets doet met de input van de cliënt wat uiteindelijk voor de cliënt zelf merkbaar is. Zo is het gevoel voor zwangere dat zij invloed heeft op het zorgverleningsproces en dat zij betrokken wordt bij de keuzes die gemaakt worden belangrijk. Zo kunnen een zwangerschap en bevalling die niet verlopen zoals de cliënt voor ogen had, mogelijk toch een positieve ervaring opleveren doordat er van tevoren goed overleg is geweest tussen de haar en de zorgverleners.

Door de bovengenoemde concepten te gebruiken als handvatten voor de analyse, zal een beeld geschetst kunnen worden van de huidige ervaringen van vrouwen in de geboortezorg en wat hieraan ten grondslag ligt. Aan de hand van de uitkomsten van deze analyse kan bekeken worden of de nieuwe situatie van integrale geboortezorg aan zal sluiten op de huidige problemen die vrouwen in de geboortezorg ervaren. Door nauwere samenwerking tussen de verschillende zorgverleners met hun verschillende expertises, betere onderlinge communicatie en betere communicatie met de cliënt zou een algehele verbetering van de geboortezorg bereikt moeten worden. Dit inzicht geeft belangrijke input voor een succesvolle implementatie van integrale geboortezorg, waarbij de eindgebruiker, de zwangere, centraal staat en voor haar waarde wordt toegevoegd.



## 3. Methodologie

### 3.1. Inleiding

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen die in deze thesis centraal staan, is gekozen voor kwalitatief onderzoek. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe dat in zijn werk is gegaan. Eerst zullen kort de context van het onderzoek en de onderzoeksmethode besproken worden. Vervolgens komt aan bod wie de respondenten waren en hoe deze geselecteerd en benaderd zijn, met daarna welke ethische afwegingen hierbij zijn gemaakt. Tot slot wordt toegelicht hoe de data is verzameld en hoe deze geanalyseerd is om tot de resultaten te komen.

### 3.2. Context

De opdracht voor dit onderzoek kwam, zoals benoemd in het eerste hoofdstuk, vanuit Q-Consult Zorg en het Erasmus MC in Rotterdam. Het Erasmus MC is bezig met de omslag naar integrale geboortezorg en Q-Consult Zorg is betrokken bij dit traject. In het licht van deze omslag, wilde het Erasmus MC graag inzicht krijgen in de behoeften en wensen van de vrouwen in de geboortezorg, om ervoor te zorgen dat het toekomstige beleid hier goed op aan kan sluiten. Naast het casussenboek dat gemaakt werd, zal deze thesis aan de hand van het theoretisch kader meer verdieping geven in wat er aan de ervaringen van vrouwen ten grondslag ligt.

Aangezien de opdracht vanuit het Erasmus MC kwam is het onderzoek uitgevoerd over de geboortezorg in Rotterdam. Daarbij zal het antwoord op de beleidsadviesvraag aan hen en de betrokken partijen gericht zijn. De focus ligt dan ook op de organisaties binnen de Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) waar het Erasmus MC en de verloskundigenpraktijken die daarmee samenwerken onderdeel van zijn. Informatie over de betrokken partijen kwam vanuit Q-Consult Zorg. Naast het Erasmus MC zelf, betreft het de volgende organisaties: Verloskundigenpraktijk Rotterdam Oost, Verloskundig Centrum Bergweg, Verloskundigen Rotterdam West, Verloskundigenpraktijk Zwanger&Zo, Verloskundigenpraktijk Aleida, Kraamzorg Rotterdam, Careyn Kraamzorg, Kraamzorg Sara, Kraamzorg De Eilanden en Geboortecentrum Sophia. Voor het opstellen van het casussenboek was er een contactpersoon bij het Erasmus MC, dr. Hanneke de Graaf. Zij heeft gezorgd voor contact met een aantal verloskundigenpraktijken, om op die manier te helpen met de respondentenwerving. Hier zal later in dit hoofdstuk nog op terug gekomen worden.

### 3.3. Onderzoeksmethode

Het nieuwe beleid voor de geboortezorg, de integrale aanpak, heeft een bepaalde intentie. In dit onderzoek werd ex ante bekeken wat de mogelijke onbedoelde effecten zijn van het huidige beleid en of de beleidsplannen voor de toekomst hier een oplossing voor zijn. Het sociologische karakter

van dit onderzoek kenmerkt zich doordat voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gekozen voor een praktijkgericht diagnostisch onderzoek. Er wordt getracht een bijdrage te leveren aan het oplossen van een praktisch probleem binnen een publieke organisatie (Verschuren & Doorewaard, 2010). Dit wordt gedaan aan de hand van een gap analyse van de verschillen tussen de feitelijke situatie en de gewenste situatie (Verschuren & Doorewaard, 2010). De feitelijke situatie is hierbij hoe vrouwen in de geboortezorg hun begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling op het moment van onderzoeken ervaren. De gewenste situatie is hierbij de integrale geboortezorg. Deze thesis richt zich op het analyseren van de verschillen tussen deze twee, om op die manier te onderzoeken of de door beleidsmakers gewenste situatie tegemoetkomt aan de problemen die in de feitelijke situatie bestaan. Deze analyse wordt gedaan aan de hand van een case study, waarbij de casus de IGO is waarbij de verschillende geboortezorgorganisaties betrokken zijn.

### 3.4. De respondenten

Voor dit onderzoek werden 16 vrouwen geïnterviewd. Van de geïnterviewde vrouwen waren er 4 zwanger en 12 reeds bevallen. Onderstaande tabel bevat een overzicht van de respondenten, met daarbij hoe lang ze zwanger waren of hoe lang geleden ze waren bevallen van het oudste kind op het moment van interviewen.

Tabel 1  
*Informatie respondenten*

Respondent	Aantal weken zwanger/ leeftijd kindje	Hoeveelste kindje
Anna	11 weken geleden bevallen	Eerste
Benthe	33 weken zwanger	Eerste
Charlotte	32 weken zwanger	Eerste
Demi	8 maanden geleden bevallen	Tweede
Emma	38 weken zwanger	Derde
Fleur	33 weken zwanger	Eerste
Guusje	3 maanden geleden bevallen	Derde
Hanna	3 weken geleden bevallen	Eerste
Isa	4 weken geleden bevallen	Eerste
Julia	8 maanden geleden bevallen	Eerste
Kiki	1 maand geleden bevallen	Eerste
Lynn	21 maanden geleden bevallen	Eerste
Maud	2 weken geleden bevallen	Eerste
Nina	4 jaar geleden bevallen	Tweede

Olivia	7 maanden geleden bevallen	Eerste
Pien	11 maanden geleden bevallen	Eerste

---

Het ging in dit onderzoek om zwangerschap- en bevallingsverhalen. Deze kunnen zeer intieme informatie bevatten over de medische geschiedenis van de respondenten en hun ervaringen met de gezondheidszorg. Om die reden is ervoor gekozen om de respondenten anonimiteit te garanderen. De namen in tabel 1 zijn dan ook fictieve namen. De respondenten waren van verschillende achtergronden, maar voor de fictieve namen zijn veelvoorkomende Nederlandse namen gebruikt met de eerste 16 letters van het alfabet. Hier is voor gekozen om onbedoelde vooroordelen op basis van een cultuurgekleurde naam te elimineren. Eén van de respondenten was zelf ook werkzaam als verloskundige, maar in de interviews is gevraagd naar haar ervaring met de zorgverlening vanuit haar perspectief als zwangere. Naast de hierboven genoemde respondenten zijn er 3 gesprekken gevoerd met professionals uit de geboortezorg, waarvan 1 gynaecoloog en 2 verloskundigen. Deze waren allen werkzaam binnen de IGO waarnaar dit onderzoek gedaan. Met hen is overlegd of zij anoniem wilden blijven of niet. Zij stonden hier verdeeld in, dus ten behoeve van de uniformiteit is besloten hen allemaal anoniem in het onderzoek te verwerken.

Vereiste voor de respondenten was dat ze waren begeleid bij een organisatie binnen de IGO van het Erasmus MC. Hier is voor gekozen zodat het beleidsadvies gebaseerd kon worden op de ervaringen die de vrouwen in die regio hebben, wat een verhoogde interne validiteit opleverde. De verloskundigenpraktijken binnen deze IGO werkten samen met meerdere ziekenhuizen. Een aantal vrouwen was geholpen bij een verloskundigenpraktijk binnen die IGO, maar in een ander ziekenhuis bevallen. Ook waren er een aantal vrouwen die gedurende hun hele begeleiding bij het Erasmus MC geweest zijn en niet bij een verloskundigenpraktijk. Opvallend was dat geen van de respondenten had gekozen voor een thuisbevalling.

Verder was er voor gekozen vrouwen te selecteren die minstens 30 weken zwanger waren, tot en met ongeveer een jaar na de bevalling. De ondergrens was bepaald om te waarborgen dat zwangere vrouwen al meerdere contactmomenten hadden gehad met hun zorgverleners. Het onderzoek focuste zich namelijk op deze interactie en aan het begin van de zwangerschap zijn er in de meeste gevallen nog weinig controles geweest. De bovengrens van een jaar na bevalling was ingesteld om te waarborgen dat de herinneringen aan de begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling nog goed in het geheugen stonden. Omwille van tijdsdruk, is later toch besloten om twee respondenten te interviewen die langer geleden bevallen waren. In de interviews met deze vrouwen kwam naar voren dat het voor de herinnering niet veel uitmaakte dat de bevalling wat langer geleden was. Beide vrouwen konden zich goed herinneren hoe het

verlopen was, dus dit had geen invloed op de betrouwbaarheid van de verzamelde data. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat een bevalling een vrij ingrijpende levenservaring is.

Meedoen aan het onderzoek was op geheel vrijwillige basis. Het kan lastig zijn om met een vreemde te praten over een heftige ervaring omtrent zwangerschap en geboorte. Vrouwen die dit hadden meegemaakt waren om die reden naar verwachting minder snel bereid om mee te werken. Dit maakte dat de geïnterviewde groep voor het grootste deel bestond uit vrouwen die relatief weinig complicaties hadden tijdens de bevalling. Als er echt wat mis gaat tijdens een zwangerschap en/of bevalling, is het waarschijnlijk duidelijker waar het schuurt tussen cliënt en professional. Onder de respondenten waren wel drie vrouwen die bevallen zijn via een keizersnede en één vrouw waarbij een afwijking was vastgesteld bij haar kindje. Er is echter onvoldoende informatie over gevallen waarbij echt iets verkeerd ging, waardoor hier geen goede uitspraken over gedaan konden worden. Doordat de ernstigere gevallen buiten beschouwen bleven, geeft dit onderzoek wellicht een vertekend beeld dat positiever is dan de realiteit.

Het benaderen van respondenten was begonnen via een aantal van de verloskundigenpraktijken binnen de IGO, waarvan de contactgegevens voorzien werden door dr. De Graaf. Er is hiervoor gebruik gemaakt van een flyer (zie bijlage I), die door de verloskundigen opgehangen of neergelegd werd in de wachtkamer en in een enkel geval op de Facebookpagina van de praktijk werd geplaatst. Daarnaast zijn er voorlichtingen over zwangerschap en bevalling bijgewoond in Geboortecentrum Sophia en is daar het onderzoek onder de aandacht gebracht. Op die momenten was er ook de mogelijkheid om, onder begeleiding van een kraamverzorgster, langs de kraamkamers te lopen en vrouwen daar te vragen of ze bereid waren mee te doen. Hierbij werd een uitleg gegeven van het onderzoek en aangegeven dat ze anoniem konden blijven. Wanneer vrouwen aangaven mee te willen doen werden hun contactgegevens opgeschreven en werd er later weer contact met hen opgenomen om een moment in te plannen voor het interview. Dit leverde een aantal respondenten op, maar inmiddels was gebleken dat de verzameling van respondenten een stuk moeizamer ging dan in eerste instantie verwacht werd. Twee maanden na het eerste contact met de verloskundigenpraktijken waren er pas vier interviews gevoerd. Op dat punt is besloten om de methode voor het benaderen van respondenten uit te breiden via Facebook. Er zijn berichten geplaatst in groepen met thema's rondom zwangerschappen en bevalling, met toestemming van de beheerders van de beheerders van deze groepen. Nadat dit nog steeds weinig opleverde, is besloten over te gaan naar een actievere benadering en directer contact met potentiële respondenten. Een flyer of een Facebook-bericht is relatief makkelijk te negeren en vereist een actie vanuit de vrouw zelf, wat mogelijk de reden is dat hier weinig op gereageerd werd. Het is denkbaar dat een vrouw die net moeder is geworden andere prioriteiten heeft dan reageren op een flyer voor onderzoek, die niet aan haar persoonlijk is geadresseerd. De volgende stap was het selecteren van vrouwen uit de Facebookgroepen omtrent de thema's

zwangerschap en bevalling, op woonplaats Rotterdam. Deze informatie was beschikbaar wanneer ze hun woonplaats op hun openbare profiel hadden aangegeven. Na deze selectie was hen een persoonlijk bericht gestuurd met de uitleg over het onderzoek en een verzoek van deelname, een voorbeeld van dit bericht is te vinden in bijlage II.

Het contact met de gynaecoloog en verloskundigen waar gesprekken mee werden gevoerd, werd gelegd via dr. De Graaf en contacten van Q-Consult Zorg. Zij werden via mail en telefonisch benaderd met uitleg over het onderzoek en wat hun rol hierin zou zijn. Hier werd relatief snel op gereageerd en er werden afspraken ingepland voor de gesprekken. Twee van deze gesprekken werden telefonisch gevoerd.

### **3.5. Ethiek**

Aan deze methode van directe benadering liggen een aantal ethische overwegingen ten grondslag. Een direct bericht aan iemand die online onderdeel is van een specifieke groep, zou gezien kunnen worden als een inbreuk op de privacy van deze vrouwen. Er is op een aantal manieren geprobeerd hier rekening mee te houden. Voor het selecteren van deze vrouwen is alleen gebruik gemaakt van informatie die openbaar beschikbaar was op Facebook. Facebookgebruikers kunnen zelf hun instellingen aanpassen en op die manier bepalen welke informatie zichtbaar is op hun openbare profiel, dus voor mensen waar zij geen connectie mee hebben. Daarbij heeft Facebook een ingebouwde filter voor inkomende berichten van personen waarmee een gebruiker geen connectie heeft. Deze berichten komen in een map 'overig' terecht, waarna de ontvanger het bericht kan lezen en kan kiezen om dit contact te accepteren of niet. Er is dan ook voor gekozen om alleen een vervolgb bericht te sturen nadat vrouwen het eerste bericht geaccepteerd hadden, of hierop hadden gereageerd. Er is getracht de toon van alle berichten zo te formuleren dat het duidelijk bleef dat deelname geheel vrijblijvend was en dat vrouwen mochten weigeren. Zodra een vrouw aangaf geen onderdeel te willen zijn van het onderzoek, werden ze bedankt voor hun reactie en werd het contact direct verbroken.

Om te waarborgen dat alle respondenten goed wisten waar ze aan mee werkten en hier expliciet mee akkoord konden gaan, is gebruik gemaakt van een toestemmingsformulier. Hierop stond in een aantal punten kort beschreven waar het onderzoek over ging, dat deelname geheel vrijwillig was, dat het duidelijk was waar de uitkomsten voor gebruikt werden (zowel dit onderzoek als het opstellen van het casussenboek), toestemming voor het maken van opnames en transcripties, en een vertrouwelijkheidsclausule. Aan het begin van elk interview werden deze punten mondeling toegelicht, zodat iedere respondent goed wist waar zij toestemming voor gaf. Twee interviews zijn telefonisch afgenomen. Ook deze respondenten zijn van tevoren goed geïnformeerd. Het consentformulier is digitaal naar hen opgestuurd en zij hebben beide een ondertekende versie teruggestuurd.

### 3.6. Dataverzameling & analyse

De interviews hebben plaatsgevonden over een periode van anderhalve maand, tussen half april en eind mei. Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews aan de hand van een lijst met topics, welke te vinden is in bijlage III. Voor het opstellen van deze topiclijst voor de interviews en de analyse van de data, is gebruik gemaakt van een hybride aanpak. Er zijn zowel inductieve als deductieve methoden toegepast om tot de resultaten te komen. Voor het opstellen van de topiclijst is een deductieve insteek genomen, op basis van het idee van 'sensitizing concepts'. Dit houdt in dat er vanuit de theoretische concepten thema's werden opgesteld, die niet strikt gedefinieerd waren, maar een richtlijn boden voor het stellen van vragen (Bowen, 2006). Een overzicht van de gebruikte thema's bevindt zich in tabel 2, aan het einde van dit hoofdstuk. Daarnaast was de structuur van de interviews gebaseerd op het schetsen van een tijdlijn van de gebeurtenissen tijdens zwangerschap en bevalling, om te zorgen dat de vrouwen zoveel mogelijk zelf aan het woord waren en zij de ruimte hadden dieper in te gaan op ervaringen die voor hen persoonlijk relevant waren. Aan de hand van deze tijdlijn is doorgevraagd op bepaalde ervaringen en gebeurtenissen, om te zorgen dat alle thema's aan bod kwamen. De topiclijst zoals deze in bijlage III staat, is voorzien van voorbeeldvragen. Het interview is niet afgenomen door deze vragen af te werken, deze vragen staan er slechts in als handreiking. Voor het starten van de interviews, is de topiclijst kort doorgesproken met twee adviseurs van de stage organisatie, Q-Consult Zorg. Zij hadden kennis van het thema (integrale geboortezorg) en ervaring met gespreksvoering en hadden daarom bruikbare input voor de vraagstelling en het benaderen van respondenten.

Voor het analyseren van de data is een meer inductieve aanpak gebruikt. Na afloop van de interviews werden de opnames volledig getranscribeerd. Vervolgens is er van vier interviews een open codering gedaan. Hierbij werd afstand genomen van de theorie en gekeken naar welke thema's opvielen in de data zelf (Charmaz, 2011). Na deze eerste ronde werden de open coderingen met elkaar vergeleken en werden overeenkomstige thema's samengebracht tot overkoepelende axiale codes (Charmaz, 2011). De laatste stap was het vergelijken van deze axiale codes met de concepten uit de theorie, om zo verbanden te leggen tussen de bevindingen en de theorie en meer verdieping te geven aan de resultaten. Alle interviews zijn gecodeerd met behulp van het programma NVivo. De uiteindelijke codeboom die hiervoor gebruikt is met daarbij het aantal quotes per code, is te vinden in bijlage IV.

De gesprekken met de 3 zorgprofessionals zijn op een andere manier in het onderzoek verwerkt. Nadat de eerste resultaten uit de gesprekken met vrouwen op papier stonden, zijn deze voorgelegd aan de zorgprofessionals. Hierbij is hen gevraagd of de resultaten voor hen herkenbaar waren en welke rol integrale geboortezorg zou kunnen spelen in het tegemoetkomen van negatieve ervaringen van vrouwen. Op deze manier konden de bevindingen getoetst worden

en kon het antwoord op de beleidsadviesvraag versterkt worden, wat resulteerde in een hogere implementaire validiteit. Er is geen aparte analyse gemaakt van deze gesprekken, omdat 3 gesprekken te weinig informatie opleverde om hierover generalisaties uit te kunnen spreken.

Tabel 2

*Sensitizing concepts*

Logica	Concept	Uitleg
Provisielogica	Overdracht	De noodzaak tot overdrachten is een gevolg van specialisatie in het veld van de zorgprofessionals. Iedere professional binnen een organisatie heeft zijn eigen kennis en expertise. Wanneer de eigen kennis ontoereikend is kan gebruik gemaakt worden van de kennis van andere professionals door een doorverwijzing of overdracht. Specialisatie geeft aan dat er sprake is van kennisontwikkeling en vernieuwing, maar kan ook de onderlinge samenwerking tussen professionals belemmeren.
Vraaglogica	Exit	De mogelijkheid voor cliënten om weg te gaan bij een organisatie of professional en eventueel over te stappen naar een andere aanbieder.
	Voice	De mogelijkheid voor cliënten om hun ontevredenheid met de diensten bij de aanbieder bespreekbaar te maken. Wanneer de optie voor exit aanwezig is, bestaat de kans dat mensen geen gebruik meer maken van voice.
	Silence	Wanneer cliënten geen gebruik maken van de opties exit of voice, of wanneer deze opties ontbreken. De opties exit en voice veronderstellen dat cliënten actief kunnen en willen zijn, maar sommigen hebben hier de capaciteiten niet voor.
Spanningen provisie- & vraaglogica	Proto-professionalisering	Mensen beschikken over kennis over het professionele werkveld, in de vorm van grondbegrippen en basishoudingen. Gevolgen: minder asymmetrische relatie tussen cliënt en zorgaanbieder, maar ook risico op juridisering van de zorgrelatie.
	Responsiviteit	Mate waarin een zorgprofessional ruimte voor responsiviteit aanbrengt in aanbodstructuren, de ruimte voor klantvriendelijkheid. Ook het betrekken van een cliënt bij het zorgproces speelt hierbij een rol, en de ervaring van een cliënt dat het proces eerlijk en in goed overleg is verlopen.
	Leereffecten	Een vruchtbare interactie tussen cliënt en professional die informatie oplevert voor kwaliteitsverbetering. Dit hangt samen met de mate van responsiviteit, alleen gaat het hierbij niet alleen om de mate waarin ruimte voor input wordt geboden, maar ook wat er met deze input wordt gedaan en of er verandering merkbaar is voor de cliënt.



## 4. Resultaten & analyse

### 4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk komen de bevindingen uit de interviews met de 16 respondenten aan bod. Aangezien de interviews zijn afgenomen aan de hand van het bespreken van een tijdlijn, worden de resultaten hier op dezelfde manier gepresenteerd. Eerst zal per fase beschreven worden wat de ervaringen van de vrouwen waren, om op die manier een antwoord te formuleren op de beschrijvende onderzoeksvraag. De thema's die hierbij aan bod komen zijn een resultaat van de axiale codering en het relatief belang van de verschillende codes. In bijlage IV bevindt zich een tabel met de codeboom die gebruikt is voor deze analyse, met daarbij het aantal quotes dat per thema gecodeerd is. Om hier meer diepgang aan te geven zullen deze ervaringen al kort teruggekoppeld worden aan de theoretische concepten, deze koppeling is ook terug te zien in bijlage IV. Vervolgens worden in §4.5 deze bevindingen geanalyseerd door de theoretische concepten met elkaar in verband te brengen, te kijken hoe de verschillende spanningen met elkaar samenhangen en hoe deze invloed hebben op de interactie tussen cliënt en zorgverlener. Tot slot komen er een aantal thema's aan bod die opvielen in de interviews, maar niet direct voortkwamen uit de theorie.

### 4.2. Prenatale fase – de zwangerschap

#### **Keuze verloskundigenpraktijk**

Op het moment dat een vrouw erachter komt dat ze zwanger is, is de eerste stap het kiezen van een verloskundigenpraktijk die haar kan begeleiden tijdens de zwangerschap en bevalling. Uit de interviews bleek dat deze keuze op verschillende dingen gebaseerd kon zijn. Het kon een gevoel zijn, het kon een ervaring van een vriendin of familielid zijn, een doorverwijzing van de huisarts, of een hele pragmatische keuze zoals afstand tot woon- of werkplek.

*“Ja, dus ik dacht als mijn zus zegt het is goed moet het wel goed zijn. Dus ik heb verder ook niet ergens anders gekeken, ben gelijk meteen daar naartoe gegaan. En dat is gewoon gelijk goed bevallen.” – Lynn*

Ook kwam het voor dat een vrouw een eerdere ervaring had bij een verloskundigenpraktijk en er om die reden voor koos om daar terug te gaan, of juist een andere praktijk te kiezen. Van de drie vrouwen die al meerdere kinderen hadden gehad, gaven er twee aan bij dezelfde praktijk te blijven vanwege een positieve eerdere ervaring. Eén van hen had haar eerste

verloskundigenpraktijk niet heel positief ervaren, en wilde daarom graag naar een andere bij haar tweede zwangerschap:

*“Ik had een soort behoefte dan aan een andere plek. Ook omdat ik bij [de eerste] toch uiteindelijk dan een soort als onprettig had ervaren hoe het allemaal was gegaan”. – Nina*

Twee van de vrouwen die geïnterviewd werden, waren al onder behandeling van het ziekenhuis om andere medische redenen. Vanuit het ziekenhuis kregen zij het advies om ook tijdens de zwangerschap onder behandeling van het ziekenhuis te blijven en niet naar een eerstelijns verloskundige te gaan, omdat het ziekenhuis op de hoogte was van hun dossier en andere medische indicaties. Hier leken zij beiden geen moeite mee te hebben, aangezien het makkelijk was om in een ziekenhuis te zijn waar ze bekend mee waren en waar ze bekend waren met hen.

### **Ervaring met verloskundigen**

Uit de ervaringen die vrouwen hadden met de begeleiding die een verloskundige bood tijdens de zwangerschap, bleek dat wat hier als prettig of minder prettig werd ervaren heel individueel was. Iedereen had behoefte aan een andere benadering, die afhing van hun persoonlijkheid, hun voorkennis en of diegene een zachte of juist directere aanpak nodig had. Het werd dan ook als prettig ervaren als een verloskundige hier goed op in wist te spelen.

*“De verloskundige die keek gewoon heel erg van wat heb jij op dit moment nodig, ik kon echt alles zeggen. En dat heeft mij wel echt heel erg gesteund. Want ja, niet iedereen is hetzelfde, de ene die heeft misschien een wat zakelijkere aanpak nodig en de ander niet. En ik heb ook letterlijk aangegeven dat ik dat niet nodig heb en dat pakte zij feilloos op eigenlijk.” – Julia*

De respondent die zelf ook werkte als verloskundige, gaf aan dat de manier van informatie overbrengen erg afhankelijk is van wie je tegenover je hebt zitten en dat het daar ook op aangepast zou moeten worden. Zij gaf aan meer voorkennis te hebben omdat ze zelf ook in het vak zit, wat het onnodig maakte om sommige informatie tot in detail te bespreken. Daarbij kan het zijn dat een vrouw die al eerder kinderen heeft gehad minder uitgebreide informatie nodig heeft omdat ze al wat meer wist.

*“Dus ik denk wel dat ze zich een beetje hebben aangepast naar ja, wie ik ben. En in bredere zin denk ik ook dat je dat moet doen, dat je heel goed moet kijken wie er voor je zit. . . welke voorkennis heeft iemand en welke behoeftes liggen er specifiek bij iemand. En daar hebben ze zeker hun zorg op aangepast in positieve zin.” – Pien*

Verder gaven met name de vrouwen die voor het eerst zwanger waren of waren geweest aan, dat ze het fijn vonden wanneer de verloskundige ze gerust kon stellen en wanneer ze alle vragen konden stellen.

*“Ik stelde ook de zwangere domme vragen weet je. En ik had niet het gevoel dat ze zoiets had van waarom stel je me dit, ze gaf gewoon antwoord”. – Olivia*

Uit de interviews kwam naar voren dat vrouwen zich soms bezwaard voelden om het aan te geven als ze bang waren dat er iets niet goed ging. Dat ze niet lastig wilden zijn of over wilden komen als overbezorgde zwangere. Zo kan het voorkomen dat een vrouw die haar baby minder voelt naar het ziekenhuis moet voor controle met een CTG, een instrument om de conditie van de baby te controleren aan de hand van de hartslag. Ook hierbij werd aangegeven dat vrouwen het prettig vonden om te ervaren dat het niet raar was als ze zekerheid wilden wanneer ze de baby minder voelden.

*“Ik was echt een angsthais natuurlijk, dat ik echt niks voelde en dat ik dacht dit gaat niet goed. En ik had dan veel harde buiken en met een harde buik voel je al helemaal niks. En dan ging ik elke keer aan de CTG en ik moet zeggen dat ik het heel prettig vond, ik dacht eerst ja kan je niet zomaar vragen of zo . . . dat ik daar aan kwam en dat ik me schuldig voelde van nou ja. Maar daar werd echt zo geen probleem van gemaakt, en allemaal heel vriendelijk. Dat vond ik echt heel waardevol, dat iedereen daar zo vriendelijk was.” – Nina*

Naast de gezondheid van de baby, was de focus op de gezondheid van de zwangere ook belangrijk. Vrouwen gaven aan dat het fijn was dat er tijdens de controlemomenten ook aandacht werd besteed aan hoe zij zich voelden, zowel fysiek als mentaal. Zo gaf een respondent aan dat ze vrij jong was tijdens haar eerste zwangerschap, en dat ze het prettig vond dat er met haar besproken werd of ze echt achter haar keuze stond om door te gaan met de zwangerschap en of ze zich daar goed bij voelde. Wat opvalt, is dat wel naar de mentale gesteldheid gevraagd werd maar dat dit niet altijd opgenomen werd in het dossier van de zwangere:

*“ . . . ik voelde me best wel gewoon om het even grof te zeggen gewoon kut tijdens die zwangerschap. En vooral met die bekkenpijn, en toen moest ik een keer voor zo’n hartfilmpje ergens einde van de zwangerschap, omdat ik zeg maar het kindje minder voelde en dan doen ze een soort van samenvatting van je controles staan er dan op. En toen las ik iedere keer ja het gaat goed, ja het gaat goed met haar, ja ze geeft aan dat het goed gaat. En toen had ik zoiets van oh, heb ik echt*

*aangegeven dat het goed ging? Ik gaf juist aan dat het heel kut was, dat ik heel die zwangerschap gewoon kut vind. En hier staat alleen maar ja het gaat goed. Kijk lichamelijk gezien en met de baby ja, ging het goed. Maar ik voelde me niet goed. Dus dat vond ik wel, ik had echt zoiets van ok bijzonder.” – Guusje*

### **Wisselende verloskundigen**

Binnen de praktijken van dit onderzoek werkten meerdere verloskundigen. Dit betekende dat de geïnterviewde vrouwen contact hadden met verschillende verloskundigen gedurende hun begeleiding. Ook kwam het voor dat een echo door iemand anders of ergens anders gemaakt moest worden, bijvoorbeeld als een verloskundigenpraktijk zelf niet de juiste apparatuur had of geen bevoegdheid voor echoscopie. Door wisselende diensten kon het zijn dat er bij de bevalling een verloskundige was die een zwangere vrouw nooit eerder had gezien. Er kwam op dat moment iemand die beschikbaar was en het valt met een bevalling natuurlijk niet te plannen wie dat op dat moment is. Veel vrouwen gaven aan dat hun verloskundigenpraktijk hier rekening mee probeerde te houden door ervoor te zorgen dat ze tijdens de controles verschillende gezichten zagen. Op die manier leerden ze iedereen een beetje kennen en was de kans kleiner dat er met de bevalling iemand zou komen die ze nog niet kenden. De reacties op deze wisseling van verloskundigen zijn verschillend. Sommige vrouwen vonden het fijn als ze wat meer vertrouwd waren met de persoon die tijdens de bevalling naast hun bed zal komen te staan. Ook werd gezegd dat het prettig was als een verloskundige de ontwikkelingen van de zwangerschap goed kan zien.

*“... dat zeiden ze zelf ook, aan de ene kant is het goed dat je iedereen een keer gezien hebt, maar het is ook wel fijn als je één iemand gewoon vaker ziet want die kan dan makkelijker zien ook een beetje met vergelijking met ervoor wat de voortgang is. En ook gewoon, het zou wel fijn zijn als je iemand iets vaker hebt gezien dan een keer, als die bij je bevalling is. En nu zou het gewoon kunnen zijn dat ik diegene gewoon één keer 10 minuten gezien heb, want zo lang duurt zo’n consult. Echt, 10 minuten max ofzo, dus dat zou ik ook wel een beetje apart vinden.” – Charlotte*

*“En bij mijn laatste vond ik het wel fijn dat ik tussen de 32 weken en 38 weken elke keer dezelfde persoon had. Want zij kon een beetje onthouden van oh ok zo zag je eruit, zo zie je er nu uit, en je buik gaat goed. Omdat ze me vaker zag.” – Olivia*

Anderen gaven aan er totaal geen moeite mee te hebben als er bij de bevalling iemand zou zijn die ze nog niet eerder gezien hadden:

*“Ondanks dat ik haar nog nooit had gezien, voelde ik me wel echt prettig bij haar. Ze heeft me wel echt geholpen.” – Lynn*

Wel werd aangegeven dat ondanks deze wisselende contacten, alle verloskundigen goed op de hoogte waren van de situatie van degene die ze voor zich hadden. Vrijwel alle vrouwen gaven aan dat de verloskundigen elkaar via het dossier op de hoogte hielden en dat ze geen dingen dubbel hoefden te vertellen tijdens de controlemomenten. De vrouwen die al vanaf het begin van hun zwangerschap onder begeleiding van het ziekenhuis waren hadden vergelijkbare ervaringen met de wisselende contacten:

*“Ja, op een gegeven moment raak je daar wel aan gewend. Ik vond dat niet heel prettig, omdat ja, ik boedel het is wel iets persoonlijks natuurlijk. Alleen ja ik snap ook dat het in een academisch ziekenhuis niet anders kan. En daar kies je ook voor en dat weet je dan ook van tevoren. Ze geven dat ook aan dat je niet constant een vast iemand hebt.” – Julia*

### **Band met de verloskundige**

Zowel de manier waarop de verloskundige de zwangere benaderde als het wisselende contact, beïnvloedden de mogelijkheid tot het opbouwen van een band tussen zwangere vrouw en verloskundige. Soms hadden vrouwen met de ene verloskundige een betere klik dan met de ander. Verder ervoer een deel tijdens de controlemomenten alle ruimte om vragen te stellen, terwijl anderen meer haast ervoeren en het gevoel hadden dat de nodige punten afgewerkt werden en het dan weer tijd was om te gaan. Daarbij komt dat het makkelijk was om een band op te bouwen met een verloskundige die ze vaker zag.

*“Het verschilt per persoon natuurlijk, met de ene heb je gewoon een betere klik als met de ander. Ja, bij sommige dan merk je toch dat je iets meer praat. En dat je ook nog uitwijkt van onderwerpen. En bij de andere is het gewoon nou dit is het. Maar dat zijn dan ook degene die je het minst ziet. En degene die je het meest ziet, dan heb je toch iets meer een vertrouwensband.” – Emma*

Wel werd het gewaardeerd als vrouwen het gevoel kregen dat er ruimte was voor het stellen van vragen en het bespreken van onzekerheden. Dit relateert aan het idee van responsieve aanbodstructuren, waarbij professionals ervoor zorgen dat er ruimte is voor de cliënt om het primaire proces te beïnvloeden middels het stellen van haar zorgvragen. De band die een zwangere met een verloskundige had leek samen te hangen met de mate van responsiviteit die vrouwen ervoeren.

## Informatiestroom

Veel vrouwen hebben het als prettig ervaren dat de informatie tijdens de zwangerschap in stukjes kwam, dus bij elke controle kwam er wat anders aan bod wat op dat moment relevant was. Dit werd vaak bewust gedaan om te voorkomen dat er ineens een stortvloed aan informatie over ze heen kwam. Het is bijvoorbeeld bij de eerste controle nog niet erg zinnig om al uitgebreid in te gaan op de bevalling. Ook werden de voorlichtingen en cursussen die aangeboden werden als erg bruikbaar ervaren voor extra informatie. Hierin werd bijvoorbeeld meer in detail ingegaan op hoe een bevalling verloopt, wat de opties zijn wat betreft pijnbestrijding en advies over borstvoeding.

*“Ja, nou ze hebben van die cursussen waar je aan kan meedoen . . . En dan kan je je inschrijven voor zo’n bevallingscursus en een borstvoedingscursus. En bij de bevallingscursus vertellen ze gewoon precies wat de opties zijn, wie welke medicatie heeft, waar je moet zijn, dat als je wil dat je van tevoren daar wel een keer naartoe kan om te kijken. Nou ja, al dat soort dingen. Dus dan vertellen ze gewoon heel informatief is dat, in de avond, 2 uur ofzo. Ja alles over zo’n bevalling. Ook hoe het gaat met de weeën en het proces en weet ik het allemaal. Dus dat was echt superfijn. Dan heb je echt wel een goed beeld van wat er gaat gebeuren.” – Maud*

De meeste vrouwen gaven aan het fijn te vinden als er op een open manier besproken werd wat de verschillende opties zijn tijdens het proces van begeleiding en bevalling. Ook was het belangrijk dat een verloskundige aangaf wat de consequenties zijn van die opties en de vrouw de vrijheid geeft zelf een geïnformeerde afweging te maken. Zo legde Pien uit dat ze overgedragen zou worden naar het ziekenhuis voor haar bevalling, omdat haar baby aan de grote kant was. Ze gaf hierbij aan dat de verloskundigen met haar in overleg gingen over wat de opties waren. Zo kon ze langer onder begeleiding blijven van de verloskundigenpraktijk, maar er ook voor kiezen om al wat eerder overgedragen te worden aan het ziekenhuis:

*“. . . zij zijn daar wel ook heel open over. Dus zij zijn wel heel erg van nou, dit is de situatie, ons voorstel is dit, een alternatief zou kunnen zijn dat we je wat eerder sturen, waarschijnlijk, zij geven een beetje voorlichting ook over van nou we verwachten dat zij in het ziekenhuis nog een keer een echo maken en dan met jou bespreken of je eventueel ingeleid zou willen worden. Dus dat bespreken ze wel zeg maar met je, van goh he, vind je dat ok, zou je dat willen. Dus ze toetsen wel of je dat ook een goed idee vindt, dat toetsen ze zeker. Ja, zeker. En dat vind ik ook terecht en ook prettig, dat ze dat wel toetsen.” – Pien*

Naast duidelijkheid over wat de opties waren, was duidelijkheid over keuzes ook een belangrijk punt. In principe is alle zorg een keuze en mag een cliënt altijd zorg weigeren, maar als er bepaalde

opties aangeboden worden zonder dit duidelijk aan te geven kan het voorkomen dat iemand ergens in mee gaat omdat zij niet het gevoel heeft hier invloed op uit te kunnen oefenen. Zo had Olivia de volgende ervaring wanneer haar gevraagd werd of ze onderzoek wilde doen naar genetische afwijkingen bij haar baby:

*“Als ik er niet eerder opgezocht had of het nagevraagd had of mijn omgeving het had gevraagd, had ik waarschijnlijk die onderzoek gedaan. Puur omdat, op het moment dat ze dat zeiden leek het alsof het een soort verplicht onderzoek was, dat voelde zo. En toen zei mijn moeder op een gegeven moment, ze gaat er even over nadenken. Want ik ben iemand, op het moment dat je me een beetje op de spotlight zet heb ik de neiging om ja te zeggen. En na afloop denk ik, ik had geen ja moeten zeggen, ik had geen ja moeten zeggen.” – Olivia*

Een actieve rol van de verloskundige in het vragen naar de wensen van de zwangere was dan ook gewenst. Eventueel kon dit in de vorm van het opstellen van een geboorteplan, waarin een vrouw op papier zette wat voor specifieke wensen zij had voor haar bevalling. Ze kon hier bijvoorbeeld aangeven waar ze wilde bevallen, wie daarbij mochten zijn, of ze bepaalde pijnbestrijding wilde of juist niet, of ze het goed vond om coassistenten of stagiairs aan het bed te hebben, en andere voorkeuren. Of vrouwen hier behoefte aan hadden wisselde, de een gaf aan het onzin te vinden of geen specifieke wensen te hebben, de ander gaf aan het wel fijn te vinden om daarop terug te kunnen vallen.

Ook hier komt het belang van het creëren van een responsieve aanbodstructuur vanuit de zorgprofessional tot uiting. Achter de in de theorie genoemde opties exit en voice ligt de aanname dat cliënten actief zijn en in staat zijn om hun wensen kenbaar te maken en het zorgproces te sturen. Er zijn echter vrouwen in de geboortezorg die minder mondig zijn, en voor hen kan het fijn zijn als er van tevoren zwart op wit staat wat ze wel of niet willen. Maar ook voor vrouwen die wel assertief zijn kan iets ze in het moment overvallen of kunnen ze niet in staat zijn om duidelijk aan te geven dat ze iets niet willen of niet prettig vinden. Het is dus belangrijk dat ze hier vanuit de zorgverlener voldoende ruimte voor ervaren, en dat de zorgverlener in weet te spelen op de behoeften van vrouwen die het lastiger vinden dit kenbaar te maken.

Het bespreken van de wensen van een vrouw hing samen met het informeren over wat haar opties waren en de gevolgen van die opties. Het kan gebeuren dat er eenmaal tijdens de bevalling niet vast gehouden kon worden aan de wensen die van tevoren uitgesproken waren. Als vrouwen hierover van tevoren geïnformeerd werden, wisten ze waar ze aan toe waren en werden ze in het moment zelf minder overvallen door wat er gebeurde.

*“Ja dat kan eigenlijk allemaal. En dan geven ze dat ook in het systeem dan weer aan, hoe ik dat dan wil. Ja ze zeggen het natuurlijk wel erbij als er natuurlijk medische dingen zijn dan kan het gewoon niet. Dus ik vind ze wel altijd heel eerlijk. En ook, weet je net als met een bevalling wat kan wel wat kan niet. Ze geven wel gewoon heel duidelijk dit zijn de voordelen dit zijn de nadelen. Maar als jij dat wil, dan proberen we daar rekening mee te houden. Als het niet kan, dan kan het gewoon niet. Want als er natuurlijk medisch iets aan de hand is, leuk dat jij een wens hebt maar dat gaat dan gewoon niet door.” – Benthe*

## **Inspraak**

De meeste vrouwen gaven aan dat er genoeg ruimte was om ontevredenheid bespreekbaar te maken en dat ze zich genoeg op hun gemak voelden om overal iets van te zeggen. Dit wijst erop dat ze in staat waren gebruik te maken van de optie voice, wanneer zij hier behoefte aan hadden. Ook gaven ze aan die ruimte wel te hebben ervaren, maar dat ze geen ontevredenheden hadden dus dat het ook niet echt aan de orde is geweest. Dit is natuurlijk positief, maar wijst ook op het gebruik maken van de optie silence. In dit geval hebben ze gebruik gemaakt van die optie, in de vorm van stilzwijgend instemmen. Dit werd duidelijk uit de interviews, maar het is niet duidelijk of de zorgverleners daarvan op de hoogte waren. Verder werden evaluaties achteraf ook gewaardeerd:

*“Ja, dat denk ik zeker. Ja en tijdens die afronding, ik heb 1 keer gehad dat ik een controle heb gehad die echt niet fijn was. Die chick die had er gewoon echt geen zin in en die raffelde het een beetje af en die maakte een, vond ik, best wel een onaardige opmerking. Maar dat is dus 1 keer gebeurd van alle controles, nou en dat zijn er best wel veel. En ik kan me dus niet meer herinneren wie ze is. Dus dat is heel stom. En dus ik heb dat toen gezegd, toen zei ze nou als je het je nog wel kan herinneren laat het ons weten want dat vinden we heel belangrijk.” – Maud*

Wensen over extra informatie of het opstellen van een geboorteplan, als dit niet al gesuggereerd werd door de verloskundige, werden veelal gehonoreerd. Vrouwen gaven aan het idee te hebben dat er echt wat met hun feedback gedaan werd en voelden zich gehoord. In de meeste gevallen was er dus sprake van een goede responsiviteit van de zorgverleners. Als vrouwen bepaalde wensen hadden of graag een geboorteplan wilden opstellen, dan werd dit mogelijk gemaakt. Op die manier konden ze direct het primaire proces sturen. Uit de interviews bleek ook dat dit niet in alle gevallen goed gaat. Eén respondent gaf aan benoemd te hebben dat ze zich minder goed voelde en dat ze in het verleden ijzertekort had en daarom extra geprikt wilde worden om hierop te testen. Hier werd niks mee gedaan en uiteindelijk kwamen ze er te laat achter dat er inderdaad iets aan de hand was:



*“Dat ik 2, 3 keer aangaf ik heb in het verleden ijzertekort, ik heb in het verleden ijzertekort gehad, en vitaminen te kort. Mij hebben ze pas geprikt met 35 weken en volgens mij was dat niet de bedoeling”. – Olivia*

In de interviews werd gevraagd of vrouwen de mogelijkheid hadden om over te stappen van verloskundige als het hen niet beviel in de praktijk waar ze waren, om te achterhalen of vrouwen gebruik maakten van de optie exit. Sommigen waren zich wel bewust van het bestaan deze mogelijkheid, anderen gaven aan dat deze optie er vast was maar ze hier niet echt over na hebben gedacht. Wat opviel was dat één van de respondenten, zoals benoemd aan het begin van het hoofdstuk, wel koos voor een andere verloskundige bij haar tweede zwangerschap. Geen van de respondenten is tijdens het proces overgestapt van verloskundigenpraktijk en er is dus geen gebruik gemaakt van de optie exit. Dit zou kunnen komen doordat geen van de geïnterviewde vrouwen een ervaring had die dermate slecht was dat dit aan de orde is geweest. Het zou ook kunnen dat ze te weinig op de hoogte waren van het feit dat overstappen een mogelijkheid is en dat er vanuit de zorgverlener te weinig ruimte is geboden voor deze optie. Een andere mogelijkheid is dat de zorgverleners dermate voldoende ruimte boden voor de optie voice en daarmee responsiviteit, dat geen van de vrouwen het nodig achtte over te stappen.

### **Wissel van verloskundige naar ziekenhuis**

Door specialisatie in het domein van de professionals, kan het nodig zijn om een cliënt over te dragen naar een zorgprofessional met een andere expertise. Dit kan positief uitpakken, doordat zorgverleners zich meer kunnen toeleggen op de taken waarvoor ze zijn opgeleid. Echter, het kan er ook voor zorgen dat de zorgverlening minder overzichtelijk wordt en er meer afstemming plaats moet vinden. Dit is ook terug te zien in de geboortezorg en merkbaar voor zwangere vrouwen en leidt niet altijd tot een betere ervaring van de zorgverlening.

Voor een wissel tussen zorgverlening van de eerste en tweede lijn kunnen verschillende redenen zijn. Het kan zijn dat een vrouw bijvoorbeeld het kind minder voelt en dat haar daarom vanuit de verloskundige wordt geadviseerd een CTG te doen, welke gedaan wordt in het ziekenhuis. Deze overdracht leek voor geen van de vrouwen een probleem te zijn, al moest wel duidelijk gecommuniceerd worden over waarom iets op een bepaald moment gedaan werd. Zo ervoer Hanna dat ze heel lang aan de CTG moest blijven liggen, zonder dat haar duidelijk was waarom:

*“Nee, nee. Eigenlijk niet. Kan me nog wel herinneren dat, ik heb dus een paar dagen in het ziekenhuis gelegen vanwege dat hartritme wat een beetje was verstoord zeg maar. En toen werd ik*

*echt te pas en te onpas op de CTG gezet. En ik dacht bij mezelf elke keer, ok [Hanna] maakt niet uit, dit doen ze omdat ze willen meten dit en dat. Maar op een gegeven moment zie je gewoon dat patroon van hé ze is 20 minuten druk, 20 minuten rustig, 20 minuten druk, 20 minuten rustig. Maar elke keer als ze 20 minuten rustig was geweest hadden ze zoiets van nee we willen nu toch wel zien dat ze even weer drukker wordt, dat de acceleratie er is. En ik dacht, op een gegeven moment dacht ik echt van ja, ik zit niet meer lekker ik moet heel erg nodig plassen. En daar werd ik dan echt wel een beetje kriegel van. En uiteindelijk heb ik het wel gelaten om daar dan wat van te zeggen, omdat ik dacht het is voor mijn kind, het is voor mijn kind. Maar uiteindelijk heeft mijn man daar wel wat van gezegd.” – Hanna*

Nadat haar partner er iets van gezegd had werd duidelijk dat geen van de artsen een goede reden kon geven en dat ze elkaar tegen spraken. Hieruit blijkt dat de zorg tijdens een overdracht onoverzichtelijk kan worden voor de cliënt, en dat het belangrijk is om goed naar de cliënt te blijven communiceren wat er op elk moment gebeurt en waarom.

Een andere reden voor een overdracht in de geboortezorg, is dat de 20 weken echo vaak door een specialist wordt gedaan, omdat ze bij deze echo controleren of vanuit medisch opzicht alles goed is met het kindje. Geen van de vrouwen leek hier een probleem mee te hebben.

*“Boeit me niet, het was gewoon meer weet je als daar de expertise is prima. En dat is echt heel medisch hè, dus gaan ze echt alles checken, hartkamers rug. Ik heb dan liever iemand die daar echt heel goed in is en dat maakt me dat niet uit dat ik die niet ken.” – Isa*

Uit wat Isa vertelde, blijkt de positieve kant van overdrachten. Zorgverleners kunnen zich specialiseren in bepaalde taken en dit kan de cliënt vertrouwen geven. Zo kan een verloskundige haar focus houden op de algehele gesteldheid van een zwangere vrouw, ervoor zorgen dat alle informatie overgebracht wordt en dat de zwangere alle ruimte ervaart om vragen te stellen en wensen bekend te maken.

Het kan zijn dat een vrouw haar begeleiding start bij een verloskundige, maar er zich tijdens de zwangerschap iets voordoet waardoor zij overgedragen wordt naar het ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn veel vruchtwater, een afwijking bij de baby, hoge bloeddruk of een baby die groter is dan gemiddeld. Zo werd Hanna overgedragen aan het ziekenhuis, nadat er een afwijking was geconstateerd bij haar 20 weken echo. Wat zij in dit proces met name onprettig vond is dat ze eigenlijk een positieve ervaring had bij haar verloskundigenpraktijk, maar dat die haar gelijk helemaal los hebben gelaten nadat het ziekenhuis het overnam:

*“Wat ik dan weer wel jammer vond is dat ik tussendoor niet ben gebeld. Van joh, he want ik heb dan die 20 weken echo gehad, toen heeft het Erasmus MC gezegd ok we gaan je helemaal overnemen. En toen pas, ja ik denk, 2 weken voordat ik uiteindelijk ben bevallen, dus nog steeds echt wel 10 weken verder, toen werd ik pas een keertje gebeld van joh hoe is het met je, wat heftig allemaal. En toen dacht ik ok, aan de ene kant snap ik het wel want je wilt een persoon ook even een beetje de ruimte geven om aan de situatie te wennen. Maar ik vond 10 weken ook wel weer heel erg snel, weet je. Ik had echt niks meer van ze gehoord, dus dat vond ik dan weer wel jammer.” –*

Hanna

Ook hier komen de negatieve kanten kunnen van een overdracht naar boven. Uit de situatie van Hanna blijkt dat het niet de zorgverlening zelf is die aan deze negatieve ervaring ten grondslag ligt, maar wel het contact met de zorgverleners. Zo had Hanna een prettige ervaring bij haar verloskundige en voelde het voor haar gek dat die ineens niet meer bij haar proces betrokken was.

### **4.3. Natale fase – de bevalling**

#### **Keuze bevallocatie**

De keuze voor de locatie van de bevalling was voor veel vrouwen een pragmatische afweging. Er werd vaak gekeken naar wat dichtbij en snel te bereiken was zodra het moment daar is en welke voorzieningen een ziekenhuis of geboortecentrum kon bieden. Zo kan niet overal lachgas aangeboden worden en heeft alleen geboortecentrum Sophia de mogelijkheid tot een badbevalling. Ook waren er vrouwen die ervoor kozen in een ziekenhuis te bevallen waar ze al bekend mee waren, dit voelde dan al vertrouwd. Drie vrouwen gaven aan dat meespeelde dat ze als geboorteplaats Rotterdam in het paspoort van hun kind wilde hebben, en niet Schiedam of Capelle aan de IJssel. Hoewel geen van de respondenten koos voor een thuisbevalling, was het opvallend dat een aantal vrouwen het idee van ‘verplaatste thuisbevalling’, zoals prettig vonden. Deze mogelijkheid wordt geboden door geboortecentrum Sophia, hierbij gebeurt alles op een zo natuurlijk mogelijke wijze en een vrouw krijgt niet het gevoel dat ze in een ziekenhuis is. Hierbij was het opvallend dat geen van de geïnterviewde vrouwen koos voor een thuisbevalling. Daarnaast gaf het geboortecentrum een gevoel van veiligheid, omdat de gynaecologie afdeling van het Erasmus MC om de hoek is. Als er zich toch complicaties voordeden tijdens de bevalling, was een specialist snel in de buurt.

*“Thuis bevallen vond ik nog een beetje ja, het is je eerste keer, je weet niet wat er gebeurt. Dus ik zei ook tegen hun van ik wil toch wel in de buurt zijn van. En tijdens de rondleiding had ik begrepen dat de gynaecologen afdeling echt gewoon een deur verder zat. Dus ik had echt zoiets van als er iets gebeurt dan kan hij of zij per direct naar mij toe komen. En ja volgens mij bij niet alle ziekenhuizen*

*zit de gynaecoloog er direct naast. Weet ik niet uit mijn hoofd, maar toen hun dat zeiden dacht ik ja! Het is dichtbij, het was echt letterlijk één klapdeur verwijderd. En ik dacht ok gelukkig, geeft toch wel een beetje een gevoel van mocht er iets medisch gedaan moeten worden dan zijn ze er ook heel erg snel bij.” – Olivia*

### **Informatiestroom**

Bij de bevalling, evenals tijdens de zwangerschap, gaven vrouwen aan graag op de hoogte gehouden te worden van wat er wanneer gebeurde en waarom. Bijvoorbeeld wanneer er een arts binnenkwam, dat die zich voorstelde en vertelde wat die kwam doen en waarom. Dit gold ook voor de begeleiding van de verloskundige tijdens de bevalling. Zo vertelde Emma dat ze het prettig vond dat de verloskundige haar tijdens de bevalling uitlegde wat ze op welk moment wel en niet mocht doen:

*“Ik ben iemand ik ga gewoon persen want ik dacht ik ben het zat het moet gewoon eruit. Toen zei ze van nee je moet niet persen . . . we moeten echt wachten tot je een wee krijgt en dan pas mag je persen, want als je dat niet doet dan eigenlijk kan je de hele boel daar onder scheuren. En weet je, dus dat vond ik wel goed, dat ze ook gewoon op dat moment informatie gaf waarom je iets niet mag doen . . . En niet alleen maar van nee dat mag niet, maar ook gewoon waarom je het niet mag doen. Want vaak denk je van pff het zal wel, maar als ze dan uitleggen waarom je het niet mag doen dan denk je ok.” – Emma*

Vrouwen hadden vertrouwen in de zorgverleners en hun advies en waren bereid te doen wat nodig was en akkoord te gaan met het advies. Het belang van de gezondheid van de baby staat hoog en vrouwen hadden er begrip voor als dingen niet zo konden gebeuren als van tevoren of in het geboortepan afgesproken was. Zo lang er maar werd uitgelegd waarom dat zo was. Hieruit blijkt het belang van een klantvriendelijke aanbodstructuur en responsiviteit, waarin een vrouw betrokken wordt bij haar zorgproces. Dit relateert aan het in de theorie genoemde idee van ‘procedural fairness’, waarbij ruimte voor voldoende inspraak tijdens het proces een grote rol speelt in hoe de uitkomst van het proces ervaren wordt. Zo kon een negatieve ervaring van de bevalling voorkomen worden doordat de artsen en verloskundigen de vrouw meenamen in elke stap die zij zetten:

*“Dat zeiden ze bij de rondleiding, dat zeiden ze bij de cursussen. Van hoe graag we ook willen dat iedereen bevalt in zo’n prettige kamer, het gebeurt niet altijd. En dat zeiden ze ook, en dat vond ik ook op zich niet erg. Ik heb liever dat je me zoveel mogelijk helpt dan dat het gaat hoe ik het wil en het gaat mis.” – Olivia*

*“... ja op dat moment was het heftig, maar daarna heb ik er geen last meer van gehad. Echt puur en alleen om hoe hun hebben gehandeld en zo. Dus dat is wel heel fijn. Het had ook veel erger gekund. Ze hadden ook helemaal niks kunnen zeggen en gewoon hun gang kunnen gaan en dat ik daar lag, en dan ja had ik een trauma van mijn bevalling gehad bijvoorbeeld. Maar, nee dat niet.” –*

Lynn

Ook gaven vrouwen aan graag van tevoren geïnformeerd te worden over hoe een procedure verloopt en wat de opties zijn als het niet volgens plan gaat. Als bepaalde informatie iemand overvalt in het moment, is het lastig om hier rustig over na te denken en een bewuste keuze te maken. Dit kan resulteren in een noodgedwongen optie silence, in de vorm van lijden in stilte. Zo vertelde Nina, die was bevallen via een geplande keizersnede, dat zij van tevoren niet wist dat dit onder narcose zou gebeuren wanneer de ruggenprik niet gezet kon worden:

*“Toen lukte de ruggenprik eerst niet, en toen werd er gezegd, en dat wist ik dus toen pas, als het nu niet lukt dan wordt het onder narcose gedaan. Toen dacht ik echt what the fuck, ik ga niet mijn kind krijgen onder narcose, dan weiger ik echt. Maar ik weet niet of ik sterk genoeg was geweest om dat dan te weigeren. Vond ik heel eng, toen heb ik me echt mega krom gemaakt, misschien zeiden ze het daar voor, toen lukte de ruggenprik wel.” – Nina*

### **Inspraak**

Er zijn een aantal vrouwen geweest die zich tijdens de bevalling niet gehoord voelden. Zo gaf een van de vrouwen aan echt pijn te hebben tijdens haar bevalling, maar had ze het gevoel dat dit niet serieus genomen werd door de verloskundige. Achteraf bleek dat zij een weeënstorm had gehad en in een half uur tijd van 0 naar 10 centimeter ontsluiting was gegaan en pas toen kwam er wat meer begrip. Ook gaf iemand aan dat het haar na de bevalling niet lukte om te urineren. Hier werd niet tijdig op gereageerd waardoor ze uiteindelijk met spoed gekatheteriseerd moest worden. Omdat pijn bij een bevalling normaal is, kan het lastig zijn om in te schatten wanneer pijn echt een reden is om in actie te komen. Toch is het belangrijk dat hier altijd naar geluisterd wordt, zoals ook duidelijk werd uit het verhaal van Hanna:

*“En als ik nou ook zo hard op aan het nadenken ben vond ik het ook heel frustrerend dat ze niet eerder hadden gekeken naar mijn buikklachten. Want dat waren dus blijkbaar al weeën, maar ja wist ik veel ik moest ook voor de eerste keer bevallen. En ze zeiden elke keer ja we gaan nog niet toucheren want, omdat je vliezen al zijn gebroken kan het een infectie veroorzaken. En dat snapte ik wel, maar ik had volgens mij al echt iets van zes keer aangegeven het doet echt heel erg pijn, nu*

*heb ik er echt heel erg last van. Nou en toen ik zeven centimeter ontsluiting had, toen pas hebben ze gevoeld. En toen moest ik met spoed daar naartoe. Dus toen had ik zoiets van ja zie je wel dat dat stomme apparaat niet, want ik werd weer aan die CTG gezet, maar dat stomme apparaat zag niet dat ik al weeën had. Want ik had blijkbaar rug weeën en dat ziet dat apparaat blijkbaar niet.” –*

Hanna

Dit zijn voorbeelden waarbij vrouwen wel gebruik hebben gemaakt van de optie voice, om hun behoeften te communiceren naar hun zorgverlener. Er lijkt echt een gebrek aan responsiviteit vanuit de zorgverleners geweest te zijn in deze gevallen. Vrouwen namen wel de ruimte om zich te laten horen, maar hier werd onvoldoende op gereageerd.

### **Wissel van verloskundige naar ziekenhuis**

Ook tijdens de bevalling kan er sprake zijn van een overdracht van de verloskundige eerstelijns naar de zorg van het ziekenhuis. Dit was het geval bij een aantal van de respondenten. De verloskundige maakte een inschatting van de situatie en wanneer er sprake was van een medische indicatie die verhoogd risico voor de baby en/of de zwangere betekende, werd zij overgedragen aan het ziekenhuis. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij zwangerschapsvergiftiging, daling van de hartslag van de baby, het doen van een keizersnede, het toedienen van bepaalde medicatie, hoge bloeddruk van de moeder of bloedverlies. De reacties van vrouwen die een overdracht hebben meegemaakt zijn in lijn met de ervaringen bij een overdracht tijdens de zwangerschap. Zo lang ze betrokken werden bij het proces, vertrouwden ze op de kundigheid en het advies van de zorgverleners, ook al was de situatie niet zoals gewenst.

*“Ja, heel apart. En die gingen zich ook aan je voorstellen, wat echt heel netjes is, maar mij boeit het dan echt niet hoe die vrouwen heten allemaal. En ik kan het ook niet herinneren. Maar het is natuurlijk wel heel netjes. Ja, zo gaat dat in het ziekenhuis denk ik. Ik heb wel eens tegen ze gezegd, ik heb nog nooit in het ziekenhuis gelegen, ik heb nog nooit een infuus gehad, ik weet hier helemaal niks van. Dus ik vind het wel heel fijn als je gewoon uitlegt wat er gebeurt. En toen hebben ze ons echt heel netjes geholpen” – Maud*

De overdracht van informatie tussen de verloskundige en het ziekenhuis werd positief ervaren. De afstemming tussen verschillende zorgprofessionals verliep voorspoedig. Vrouwen hadden zelden het idee dat ze dingen dubbel moesten vertellen en hadden het gevoel dat zorgverleners goed op de hoogte waren van hun situatie.

*“En ook bij de bevalling had ik het idee dat, ja ze kwamen erachter dat de hartslag te ver gedaald was en ik denk dat ik nog geen 3 minuten later bij de gynaecoloog was. Toen stond er al een gynaecoloog klaar, een kinderarts, een reanimatieteam voor de kleine, extra kraamverzorgsters vanuit het ziekenhuis zelf. Dus ja, en mijn verloskundige ging mee en de kraamverzorgster uit het Sophia geboortecentrum ging mee. Dus in die 3 minuten stond iedereen al paraat, dus ja er was wel duidelijk gecommuniceerd over hoe of wat.” – Anna*

Op het moment dat een vrouw wordt overgedragen aan het ziekenhuis, doet in principe de eerstelijns verloskundige in principe een stap terug. Echter, een aantal vrouwen gaf aan dat hun verloskundige toch bij hen bleef na de overdracht. Dit werd als prettig ervaren, met name voor de mentale ondersteuning. Zo vertelde Maud dat haar verloskundige erbij bleef toen ze overgedragen werd naar het ziekenhuis en dat ze dit heel positief ervoer door de goede samenwerking tussen haar verloskundige en de zorgverleners in het ziekenhuis:

*“Ik heb echt het gevoel dat we die bevalling een beetje samen hebben gedaan, dat het echt teamwork was.” – Maud*

Dit wijst erop dat naast goede zorgverlening door specialisten, het hebben van een goede band met de zorgverlener een belangrijke rol speelt. Met name bij overdrachten tijdens de bevalling lijkt het lastiger om beide te kunnen bieden. Er kan een specialist nodig zijn wegens medisch risico, maar de verloskundige is degene waarmee een vrouw al die maanden vertrouwd geworden is.

#### **4.4. Postnatale fase – de kraamtijd**

##### **Ervaring kraamzorg**

Bij de kraamzorg werd, evenals bij de verloskundige, aangegeven dat de ervaring hiermee sterk afhankelijk is van de klik die een vrouw had met de verzorgster. De kraamzorg kan namelijk ook wisselen, afhankelijk van welke kraamverzorgsters welke diensten maken en hoeveel uren zij draaien. De ervaringen met de kraamzorg waren dan ook wisselend. Sommige vrouwen hebben echt veel gehad aan de hulp en zorg die ze kregen en aan de tips die de kraamverzorging kon geven over de verzorging van de pasgeboren baby. Bij de kraamzorg in het geboortecentrum was deze ervaring wat anders. Een aantal vrouwen ervoeren dit ook heel positief, maar een deel gaf aan dat de onderlinge communicatie soms wat te wensen over liet:

*“... die kraamverzorgsters daar die zijn gewoon ja super aardig super kundig, maar je merkt gewoon van dat er ergens een beleid ontbreekt of zo. Of dat die er niet is of dat die niet wordt*

*gehandhaafd, of iets. Want als je aan de ene vragen stelt dan krijg je echt een heel ander antwoord dan als je het aan de andere kraamverzorgster stelt.” – Guusje*

### **Wissel kraamzorg**

Over het algemeen gaven vrouwen aan dat er goed over gecommuniceerd werd over het feit dat het kan voorkomen dat ze van kraamverzorgster wisselen. Met name tijdens de intake werd dit toegelicht. Bij de intake werd vaak expliciet aangegeven dat vrouwen aan de bel konden trekken zodra het niet klikte met hun kraamverzorgster, zodat er geregeld kon worden dat er gewisseld werd. Dit wijst erop dat er vanuit kraamzorgorganisaties ruimte werd geboden voor voice en daarmee voor responsiviteit. Een enkele gaf aan dat het onduidelijk was wanneer er een wissel zou zijn en dat het van tevoren niet duidelijk besproken was. Ook gaf één van de respondent aan dat het in het geboortecentrum niet mogelijk is om te wisselen van kraamverzorging, omdat er een vast persoon dienst heeft per kamer. Dit maakte het lastig om ontevredenheid te uiten, wat erop wijst dat een vrouw soms noodgedwongen gebruik maakte van de optie silence:

*“Nee, het probleem was echt dat je continu daar dezelfde vrouwen kreeg. Per 2 à 3 kamers hebben ze dezelfde vrouw en dat wisselen ze niet als je aangeeft dat het niet goed gaat, dus dan krijg je alleen maar scheven gezichten.” – Anna*

### **Informatiestroom**

Vrouwen gaven aan goed voorgelicht te zijn over kraamzorg tijdens hun zwangerschap. Met name over de praktische kant, dat het van tevoren geregeld moet worden, via welke organisaties dat zou kunnen en uitleg over kraamzorg aan huis of in het geboortecentrum. Wel gaven een aantal vrouwen een gebrek aan informatie aan over de periode na de bevalling, los van de kraamzorg. Zeker bij een eerste kind, hadden vrouwen soms het gevoel overvallen te worden met hoe anders hun leven er uit was gaan zien. Daarbij was er veel aandacht voor de baby en de gezondheid van moeder en kind in de paar weken na de bevalling. De verloskundige kwam in die periode nog een keer op controle en deed de hiepruk bij de baby. Naast deze controle op fysieke gezondheid, gaven vrouwen aan er ook behoefte aan te hebben dat er werd gevraagd naar hoe het met hen ging in mentale zin. In een enkel geval leek dit te gebeuren, maar vaker niet dan wel.

*“... daar hebben we het helemaal niet over gehad. En dat heeft echt nog veel meer impact dan die hele bevalling of die zwangerschap zelf. Ja dat verandert je leven. En daar hebben we het eigenlijk niet over gehad. Nou weet je, logisch nadenkend weet je dat... maar het is eigenlijk nooit een onderwerp van gesprek geweest van goh, hoe ga je dat eigenlijk doen en hoe zie je dat voor je en hoe ga je die kraamperiode goed beleven. Daar is eigenlijk geen aandacht voor geweest. En*



*achteraf gezien, denk ik dat dat misschien best wel, ja misschien een keer dat daar ruimte voor had kunnen zijn. Dat denk ik, ja.” – Pien*

Een aantal vrouwen gaven aan het gevoel te hebben dat ze aan hun lot overgelaten werden. Er was voldoende aandacht voor de pragmatische kant maar onvoldoende voor het mentale stuk, terwijl het krijgen van een kind grote impact heeft op iemands leven.

*“Ja en je kan je niet helemaal voorbereiden dat die hormonen met je aan de haal gaan, maar het is nu niet transparant genoeg. Ik vind het een beetje een [fluistert:] ‘we moeten het er niet over hebben’. Weet je wel zo voelde het een beetje. Je moet allemaal heel gelukkig zijn en moet het allemaal heel fantastisch zijn maar eigenlijk is dat het helemaal niet. Nou begrijp me niet verkeerd, dat is het wel, maar ook weer niet.” – Isa*

Wat verder opviel in de postnatale fase is dat er niet altijd duidelijke communicatie bleek te zijn tussen verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld als een kindje meegenomen werd na de geboorte voor controles, werden vrouwen niet altijd goed op de hoogte gehouden van wat er gebeurde en hoe het met hun pasgeboren baby ging:

*“En ik vond die communicatie zeg maar tussen de IC en waar ik lag, die vond ik echt slecht. Die was er eigenlijk niet. Want het is dan meer zo, tenminste dat gevoel kreeg ik, van je bent bevallen nou jij ligt hier zij ligt daar het is dat mijn man heen en weer liep, kon lopen omdat mijn moeder erbij was. Maar anders had ik niet eens geweten hoe het met haar ging. En uiteindelijk mocht ik wel naar haar toe, maar dat was echt uren later, je moet zelf natuurlijk ook een beetje stabiel zijn. Maar ik vond wel dat die communicatie daar had echt stukken beter gekund.” – Julia*

#### **4.5. Verdiepende analyse: spanningen tussen provisie- en vraaglogica**

##### **Responsiviteit & leereffecten**

De spanningen binnen de provisie- en vraaglogica zijn op verschillende momenten in het zorgproces omtrent zwangerschap en geboorte te herkennen. Zo gaven vrouwen aan dat ze het prettig vonden om te ervaren dat er vanuit de zorgverleners ruimte werd geboden voor het stellen van vragen en het aangeven van wensen, in alle fases van de geboortezorg. Door hier actief op te focussen creëren zorgverleners een responsieve aanbodstructuur, die erop gericht is in te spelen op de wensen en behoeften van de cliënt en hen de ruimte geeft het primaire proces te beïnvloeden. Hierbij is het niet alleen belangrijk dat deze ruimte gecreëerd wordt, maar ook dat er echt iets met de input van de vrouwen gedaan wordt en dat zij het resultaat daarvan merken in hun zorgproces. Dit ging in sommige gevallen al goed, zoals het bespreekbaar maken van een

geboortepan en specifieke wensen voor het verloop van de bevalling. Op sommige punten kan dit beter, zoals bleek uit de momenten waarop vrouwen pijn aangaven of zorgen over hun fysieke toestand, en hier door de zorgverleners niet goed op ingespeeld werd.

Een aantal vrouwen gaf aan niet bekend te hebben gemaakt of ze specifieke wensen hadden en zij maakten dus gebruik van de optie silence. Ook heeft geen van de geïnterviewde vrouwen gebruik gemaakt van de optie exit. In sommige gevallen was de oorzaak van silence dat zij tevreden waren over de zorg en vertrouwden op de expertise van hun zorgverleners. Er kan dan gesproken worden van stilzwijgend instemmen. Het is alleen de vraag of zorgverleners herkennen dat vrouwen geen wensen bekend maken omdat ze tevreden zijn, of dat de oorzaak van silence ergens anders ligt. Zo bleek uit een aantal interviews dat het wel nodig is om sterk in je schoenen te staan en je stem te laten horen, maar dat niet iedere vrouw hiertoe in staat is of dit durfde te doen:

*“Ja je moet wel echt je stem laten horen. Je moet jezelf niet weg laten cijferen. Want dan word je niet gehoord. Je moet wel echt even stevig zijn, zo van ja maar dit wil ik gewoon.” – Anna*

Dit werd bevestigd door minder mondige vrouwen die het lastiger vonden om wensen of ontevredenheid kenbaar te maken. Tijdens het proces kan het moeilijk zijn om iets duidelijk aan te geven, omdat iemand overvallen kan worden door het moment. Als zorgverlener is het belangrijk om ook deze vrouwen het gevoel te geven dat ze alles kunnen zeggen. Om er via het creëren van een responsieve aanbodstructuur op in te spelen dat sommigen het nodig hebben dat ze zes keer gevraagd wordt of ze nog vragen of wensen hebben. Zo gaf Nina aan dat het voor haar heel duidelijk moet zijn dat deze ruimte er is, voordat ze de stap naar voice zou durven te nemen:

*“Nou ja, het lastige daarvan is dus dat ik zelf gewoon heel conflict vermijdend ben. En dat er bij mij heel veel voor nodig is voordat ik durf te zeggen dat ik het ergens niet mee eens ben. – Nina*

Nina gaf hierbij wel aan dat de reden dat ze dit niet goed durfde voor haar gevoel meer bij haarzelf lag en niet bij de manier waarop de zorgverleners haar benaderden. Ze legde uit dat er nooit is aangegeven dat ze dingen niet mocht vragen, maar dat het iets is wat zij persoonlijk lastig vond.

Dit hangt samen met de veronderstelling dat vrouwen hun zorgproces willen en kunnen beïnvloeden, die achter de opties voice en exit schuilt. Niet elke vrouw is in staat haar wensen duidelijk te verwoorden en niet elke vrouw wil en durft dit te doen. Het is daarom belangrijk voor zorgverleners om ervoor te zorgen dat ook vrouwen die geneigd zijn voor de optie silence in de vorm van lijden in stilte te kiezen, het gevoel hebben dat ze hun wensen bekend kunnen maken

en betrokken zijn bij het zorgproces. Op deze manier zouden negatieve ervaringen met zorgverlening voorkomen kunnen worden.

Dat vrouwen graag betrokken worden bij hun zorgproces bleek uit de ervaringen die zij hadden bij een zorgoverdracht. Bij het beschrijven van deze ervaringen, bij zowel een overdracht tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling, werd duidelijk dat goede communicatie een grote rol speelt. De momenten waarop de respondenten een minder goede ervaring hadden met hun zorgverlening, was met name wanneer hen niet duidelijk was wat er op elk moment gebeurde en waarom. Dit gold overigens niet alleen voor de overdrachtmomenten, maar voor het hele traject van zwangerschap, bevalling en nazorg. Vrouwen werden graag goed geïnformeerd over welke mogelijkheden er waren op dat punt in het traject. Het leek voor de vrouwen belangrijker dat ze betrokken werden en invloed hadden op hoe het primaire proces, dan dat de uitkomsten zo waren als zij die wilden. Dit is, zoals eerder werd benoemd, in lijn met het idee van 'procedural fairness'. Als er sprake was van een goede responsieve aanbodstructuur, waarin vrouwen mee worden genomen in elke stap van het proces, kon dit ervoor zorgen dat een ongewenste uitkomst toch positief werd ervaren.

Een andere reden om vrouwen te betrekken bij het proces, is dat er via de inzet van een responsieve aanbodstructuur ruimte kan ontstaan voor leereffecten. Hier werd actief gebruik van gemaakt door een aantal verloskundigenpraktijk, door middel van evaluatiemomenten. Een aantal vrouwen gaf aan dat ze bij een controle een paar weken na de bevalling de ruimte kregen om opmerkingen te maken, of een evaluatieformulier in te vullen. Ze kregen hierbij het gevoel dat er echt iets met hun input gedaan werd. Zo vertelde Isa dat ze het lastig vond dat de verloskundigen bij haar praktijk ieder heel anders omgingen met gewichtstoename tijdens de zwangerschap, waardoor zij tegengestelde informatie kreeg. Dit vond zij heel storend en dit heeft zij aangegeven:

*“Dat heb ik ze ook uiteindelijk ook teruggegeven bij 7,5 maand ofzo, of 7 maanden, dat ik daar gek van werd. En dat hebben ze toen ook besproken dus dat hebben ze heel netjes toen gedaan en ook weer gekoppeld aan mij wat zij daarvan vonden. En toen bleek dus inderdaad dat er discrepanties waren. En die had ik dus gemerkt en dat gingen zij beter afstemmen.” – Isa*

Hieruit blijkt dat in dit geval gebruik werd gemaakt van de feedback om verbetering aan te brengen. Wel gaf Isa hierbij aan dat ze zelf actief de ruimte genomen heeft om dit te zeggen en dat het voor minder mondige vrouwen wellicht lastiger is om dit te doen, wat de relevantie van responsiviteit aantoont. Als suggestie stelde zij voor dat het wellicht zou kunnen werken als er een bus in de praktijk is, waar vrouwen anoniem een klacht in kunnen doen.

## **Proto-professionalisering**

De mate van proto-professionalisering, de toegenomen kennis over het werkveld van de professional, verschilde per respondent. In de interviews gaven de meeste vrouwen aan informatie over de zwangerschap en bevalling op internet op te zoeken, maar ook een aantal hadden daar geen behoefte aan en hadden voldoende aan wat ze vanuit de verloskundigen te horen kregen. Naast het internet waren persoonlijke verhalen van familie en vrienden een bron van informatie, omdat ervaringsverhalen toch anders zijn dan informatie over het concrete verloop van zwangerschap en bevalling. De behoefte aan het inwinnen van extra informatie leek te verschillen naar gelang de persoonlijk behoefte die een vrouw hiertoe voelde. Dit hing soms samen met het aantal kinderen dat een vrouw had. Bij een tweede of volgende zwangerschap waren ze al beter op de hoogte en was de behoefte aan het opzoeken van extra informatie minder sterk. Daarbij zou het ook kunnen zijn dat verhalen op internet juist meer ongerust maken dan nodig is. Het kan onduidelijk zijn welke bronnen betrouwbaar zijn en welke niet. Dus sommige vrouwen kozen er om die reden voor niet teveel op te zoeken, om zichzelf niet gek te maken. Eén van de vrouwen gaf aan het advies te krijgen dit niet teveel te doen:

*“Ze zeiden ook tegen mij je moet niet alles geloven van internet, je moet niet op internet gaan zoeken. Dus dat deed ik ook niet, ik deed gewoon bij de apps en internet van ja als ik hoeveel maanden ben wat moet ik verwachten, algemene dingen wel. Maar ik ging niet echt zo opzoeken van ja wat moet ik nou.” – Demi*

De mate van proto-professionalisering kan dus sterk verschillen per vrouw in de geboortezorg. Wel gaven vrouwen aan het gevoel te hebben beter voorbereid te zijn tijdens de controles als ze al meer voorkennis hadden en gericht vragen te kunnen stellen.

*“En ja ik heb wel het idee dat dat me beter voorbereid en dat ook het contact met de verloskundige anders maakt. Dan heb je toch wel weer andere vragen van hoe zit dat nou precies. En zij, die vriendinnen, geven ook wel dingen aan waar ik echt het hele bestaan niet vanaf wist zeg maar. Dus dat is dan wel prettig.” – Benthe*

Dit wijst erop dat proto-professionalisering ze beter in staat stelde gebruik te maken van de optie voice. Doordat ze voorafgaand aan de afspraken met hun zorgverlener al informatie hadden verzameld, waren ze beter op de hoogte van welke opties er waren en konden ze hun wensen beter formuleren. Dit kan resulteren in een minder asymmetrische verhouding tussen zorgverlener en cliënt. Doordat een cliënt haar vragen duidelijker kan communiceren, is de zorgverlener weer beter in staat in te schatten welke zorg het beste op die specifieke cliënt

aansluit. Deze minder asymmetrische verhouding kan ook samenhangen met de mate van betrokkenheid bij het zorgproces. Doordat vrouwen beter in staat zijn te begrijpen wat er gebeurt en de taal van de wereld van de zorgprofessionals beter kennen, verloopt de communicatie soepeler en kan het makkelijker worden om ze te betrekken bij het proces.

Het gevaar wat hier vanuit de theorie van proto-professionalisering genoemd wordt, is de 'juridisering van de zorgrelatie'. Dit zou een onwenselijk resultaat zijn, omdat een vertrouwensband met de zorgverlener een belangrijk onderdeel is van de kwaliteit van de zorgverlening. Het is lastig om te bepalen of hiervan sprake is in de geboortezorg of niet. De manier waarop vrouwen graag communiceren met hun zorgverleners is erg verschillend. De een heeft inderdaad behoefte aan een vertrouwensrelatie, de ander vindt juist een directe, meer zakelijke aanpak prettig. Er is niet een eenduidige gepaste manier om met een cliënt te communiceren, die op elke cliënt van toepassing is. Wel is duidelijk dat het belangrijk is om te communiceren. Hoe deze communicatie precies invulling krijgt is per cliënt verschillend, en is iets waar de zorgverlener op in zou moeten spelen.

Tot slot bestaat er mogelijk een verband tussen proto-professionalisering en silence. Zoals eerder benoemd werd, waren er een aantal vrouwen die aangaven wensen of ontevredenheid niet uit te spreken. Dit zou erop kunnen wijzen dat die vrouwen niet goed op de hoogte waren van welke opties er waren en de keuzevrijheid die ze daarin hadden, van de mogelijkheid tot overstappen, of van het feit dat ze zorg mochten weigeren. Voor vrouwen die niet zelf op zoek gaan naar voorkennis, is het belangrijk ze toch goed op de hoogte te stellen van deze mogelijkheden. Zodat deze vrouwen geen keuzes maken waar ze eigenlijk niet achter staan, simpelweg omdat ze onvoldoende geïnformeerd waren.

#### **4.6. Tot slot**

Wat opviel in de interviews, is dat het heel erg individueel verschillend was wanneer een vrouw de zorgverlening als positief ervoer. Bij alle fases van het traject werd benoemd wat vrouwen prettig vonden en wat niet, en hierbij werd duidelijk dat dit voor iedereen anders is. Overkoepelend werd communicatie gezien als een zeer belangrijk aspect van goede zorgverlening, maar wat goede communicatie precies inhoudt waren de meningen over verdeeld. Door de methode van onderzoek, was er tijdens de interviews ruimte voor het opkomen van andere thema's, naast de vooraf opgestelde thema's aan de hand van de theorie. In deze slotparagraaf komen de thema's aan bod die niet vanuit de theorie naar boven kwamen, maar wel opvielen in de resultaten.

## Eerste zwangerschap

Wat opviel in de interviews is dat het erop leek dat veel vrouwen bij hun eerste zwangerschap en bevalling meer het gevoel hadden dat ze het ondergingen, of dat het ze overkwam. Zo gaven vrouwen aan soms iets onprettig te vinden en zich er daarna bij neer te leggen onder het mom van 'het gaat blijkbaar zo' en 'het hoort er nou eenmaal bij'.

*"Ik heb het idee dat zo'n eerste zwangerschap is meer een soort, was voor mij meer een soort ondergaan van. Je zit een beetje in de mallemolen en nou ok ik ben nu hier en je ziet het allemaal wel. Bij een tweede zwangerschap stond ik daar wat sterker in, kon ik wat beter keuzes maken."* –

Nina

Ook waren er vrouwen die aangaven dat er wel ruimte was voor het kenbaar maken van ontevredenheid, maar dat ze hier geen gebruik van hadden gemaakt. Deels bleek dit te maken te hebben met het vertrouwen in de expertise van de zorgverleners, maar in andere gevallen leek het ook te wijzen op een gevoel van ondergaan. Zo vertelde Hanna dat ze het lastig vond dat ze telkens een ander gezicht zag tijdens de controles gedurende de zwangerschap:

*"En ja, op zich heb ik een knop omgedraaid en ik dacht bij mezelf ik doe gewoon wat ik moet doen, dat het goed gaat met mijn kindje. Maar liever had ik natuurlijk gewoon één en dezelfde persoon, of twee. Maar ik heb, nou, ik heb zoveel afspraken gehad. Nou wat ik al zei, 12 weken lang 2 à 3 afspraken en elke keer een ander persoon. Ja, weet je dat is gewoon veel."* – Hanna

Zo waren er meer vrouwen die aan gaven het toch lastig te vinden veel verschillende gezichten te zien tijdens het hele traject en zouden ze het fijn vinden om een vast aanspreekpunt te hebben. De een gaf aan hier volgende keer een andere keuze in maken door een andere (kleinere) verloskundigenpraktijk te kiezen, een ander geeft aan dat ze toch terug zou gaan naar dezelfde, omdat je na een eerste keer inmiddels alle gezichten dan een beetje kent. Verder gaven vrouwen aan beter keuzes te kunnen maken bij een eventuele volgende zwangerschap en bevalling, omdat ze al wat beter wisten wat er op ze af zal gaan komen. Ze gaven aan waarschijnlijk assertiever te kunnen zijn en beter in staat te benoemen wat ze willen.

*"Ja, ik denk dat ik iets meer regie zou pakken zelfnog. Omdat je beter weet wat er komt... Ja, ik zou minder over me heen laten komen, maar dat komt gewoon omdat je meer kennis hebt. Dus ik denk dat dat het grote verschil is."* – Isa

Het is de vraag of dit gevoel van ondergaan bij een eerste zwangerschap een gewenste situatie is. Het kan echter lastig zijn om zoiets dergelijks te elimineren. Het lijkt immers vrij logisch dat iemand niet goed weet wat haar voorkeuren zijn, totdat ze het een keer heeft ervaren. Aan de andere kant is het niet de bedoeling dat vrouwen een negatief gevoel hebben na hun eerste zwangerschap en bevalling.

### **Verschillen tussen verloskundigen en ziekenhuis**

Een verschil wat een aantal vrouwen benoemden tussen de aanpak van een eerstelijns verloskundige en een ziekenhuis, is de directere benadering van de cliënt in het ziekenhuis. Dit kon prettig werken, voor degene die een dergelijke benadering prettig vindt. Maar er waren ook vrouwen die ervoeren dat er in het ziekenhuis minder aandacht was voor hun wensen voor de bevalling, ten opzichte van bij een verloskundigenpraktijk. Zo vertelde Hanna dat haar niet werd gevraagd om een geboorteplan te maken na haar overdracht naar het ziekenhuis, terwijl de verloskundige hier wel zelf over begonnen was:

*“Dat wel, ja. Want ik moest er wel zelf mee beginnen. Terwijl ik nog weet bij de verloskundigenpraktijk toen begonnen zij er zelfs al over toen ik de eerste keer kwam. Van he dan gaan we dat tegen die tijd samen met jou maken, bladiebla. En toen ik er zelf over begon in week 31, toen zeiden ze van ja maak maar alvast wat en dan kijken we er daarna wel naar. En sommige dingen kunnen we wel doen en sommige dingen niet. Want ik wilde bijvoorbeeld heel graag in bad bevallen, maar ja dat kon niet want het is een ziekenhuis en dan, in ieder geval in dat ziekenhuis kon dat niet. Nou weet je, dan weet je dat en dan kan je dat opzij zetten. Maar het werd wel iets minder serieus genomen had ik wel het idee.” – Hanna*

De samenwerking die vrouwen merkten tussen hun verloskundigen en het ziekenhuis werd als positief ervaren. Dit werd onder andere duidelijk doordat verloskundigen tijdens overdrachten goed konden overleggen met de zorgverleners van het ziekenhuis. En doordat een verloskundige tijdens de zwangerschap een gynaecoloog consulteerde toen ze twijfelde of er een overdracht moest plaatsvinden of niet, wat erin resulteerde dat de zwangere niet medisch werd, waar zij heel erg blij mee was. De informatie die verloskundigenpraktijken gaven over het doen van voorlichtingen en cursussen die in het ziekenhuis beschikbaar waren werd ook positief ontvangen. Vrouwen gaven zelfs aan dat deze samenwerking verder versterkt zou worden, zodat de zorg goed afgestemd kan worden op de behoeften van de zwangere.

*“Dus ik hoop dat de focus op de patiëntenzorg blijft, waarbij het echt afgestemd wordt per patiënt. Want de ene heeft gewoon echt iets heel anders nodig dan de ander. Dus individuele toegespitste zorg, denk ik, dat heel belangrijk is. Dat mensen daar ook blij van worden.” – Pien*

## **Nazorg**

Er was enige kritiek op verschillende aspecten van de zorg kort na de bevalling. Dit waren ook de punten van verbetering die vrouwen zelf aangaven wanneer hier in de interviews naar werd gevraagd. Zo waren er wisselende reacties op de kraamzorg in het geboortecentrum. Een deel van de vrouwen ervoer deze als heel prettig, maar een aantal gaven ook aan dat er soms slecht gecommuniceerd werd. Zowel de kraamverzorgsters onderling als de communicatie naar de nieuwe moeder toe lieten soms te wensen over.

Niet alleen op de kraamafdeling, ook de communicatie tussen verschillende afdelingen van een ziekenhuis verliep soms niet zoals gewenst. Zo gaf een aantal vrouwen aan niet goed op de hoogte gehouden worden van de toestand van hun kindje, wanneer deze kort na de bevalling mee werd genomen voor controles. Ze waren op dat moment zelf ook herstellende van de bevalling, dus konden ze niet naar hun kind toe. Wanneer het ziekenhuis ze dan niet goed op de hoogte stelde van wat er gebeurde leverde dit een negatieve ervaring op.

Als laatste was het opvallend dat meerdere vrouwen aangaven dat er te weinig aandacht was voor de mentale nazorg. Sommige vrouwen voelden zich aan hun lot overgelaten en niet goed voorbereid op de ingrijpende verandering die het krijgen van een baby met zich meebrengt. Ze gaven aan dat dit logisch is, dat ze het ergens wel wisten, maar dat ze daar graag wat meer begeleiding in hadden gehad.



## 5. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van cliënten in de geboortezorg, om op die manier bij te dragen aan het verbeteren van de implementatie van integrale geboortezorg. Door de ervaringen van vrouwen te achterhalen en te evalueren, kunnen deze ingezet worden om te zorgen dat het nieuwe beleid goed aansluit op waar hun wensen en behoeften liggen. Om dit inzicht te verkrijgen is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeksvragen. In deze conclusie zal het antwoord op de eerste twee onderzoeksvragen, dat voortvloeit uit de resultaten en theorie zoals deze in voorgaande hoofdstukken werden beschreven, aan bod komen. In het hierop volgende hoofdstuk komt de laatste onderzoeksvraag, de beleidsadviesvraag, aan bod.

### 5.1. Conclusies ten aanzien van de beschrijvende vraag

De eerste onderzoeksvraag betrof een beschrijvende vraag: *Wat zijn de positieve en negatieve ervaringen van cliënten met hun zwangerschapsbegeleiding in de geboortezorg?* Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar de ervaringen van vrouwen zoals zij deze vertelden in de interviews. Zo werd duidelijk dat het hebben van een goede band met de verloskundige sterk kon wisselen tussen vrouwen, omdat ze met sommige verloskundigen een betere klik hadden dan met anderen. Een band met een verloskundige kon beter opgebouwd worden als vrouwen vaker dezelfde verloskundige zagen. Verder speelde de verloskundige een belangrijke rol in het geruststellen van vrouwen, het informeren over alle opties en mogelijkheden tijdens de zwangerschap en bevalling, en het focussen op de gesteldheid van zowel moeder als kind. Hieruit bleek het belang van zowel relationele als cognitieve aspecten van het zorgproces, in de ervaringen van vrouwen. Het werd gewaardeerd als de verloskundige een actieve rol nam in het uitvragen van specifieke wensen van de zwangere en als er aan deze wensen ook gehoor werd gegeven. In sommige gevallen gebeurde dit in de vorm van het opstellen van een geboorteplan, andere vrouwen gaven aan hier geen behoefte aan te hebben. Los van of de behoefte er was of niet, werd het op prijs gesteld dat een verloskundige voldoende ruimte creëerde voor het voeren van een open gesprek om wensen en eventueel ontevredenheid bekend te maken. In dergelijke gesprekken was het ook belangrijk dat er duidelijkheid was over het feit dat zorg een keuze is en dat een cliënt zorg mag weigeren. Daarbij waren vrouwen graag voorbereid op onverwachte omstandigheden. Geboortezorg kan niet altijd lopen zoals gepland en als hier van tevoren over gesproken werd kon een vrouw nadenken welke keuzes ze zou willen maken en werd ze niet in het moment overvallen.

Het belang van het hebben van een goede band met de verloskundige werd ook duidelijk wanneer gesproken werd over overdrachtsmomenten tijdens zwangerschap of bevalling.

Sommige vrouwen vonden het lastig dat ze vaak een ander gezicht zagen tijdens de controlemomenten en dit leek meer het geval te zijn in het ziekenhuis dan in verloskundigenpraktijken. In verloskundigenpraktijken werd er in ieder geval ruimte gemaakt om hierover in gesprek te gaan en de mogelijkheden te bekijken, waar deze ruimte in het ziekenhuis niet leek te bestaan. Bij een overdracht op een later moment in de zwangerschap of tijdens de bevalling, werd het dan ook gewaardeerd wanneer een verloskundige bij de cliënt bleef, ook al was dit wellicht niet volgens protocol. Verder werd tijdens overdrachtsmomenten wederom het belang van goed informeren duidelijk. Vrouwen werden graag betrokken bij het zorgproces en de handelingen die uitgevoerd werden, ook wanneer deze zorg overgedragen werd aan andere zorgprofessionals in het ziekenhuis. Op die manier waren ze goed op de hoogte van wat er op welk moment gebeurde en waarom en ervoeren zij eigenaarschap over hun eigen zorgproces. Dit betrekken bij het zorgproces en het creëren van ruimte om dingen bespreekbaar te maken was zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling van belang. Een aantal vrouwen gaf aan zich onvoldoende gehoord te voelen toen zij tijdens de bevalling klachten kenbaar maakten, wat kon leiden tot een negatieve ervaring.

Voor de kraamzorg gold, evenals voor de verloskundige, dat de ervaring sterk afhankelijk was van de mate waarin er een klik was tussen een vrouw en haar kraamverzorgster. Wat opviel was dat veel kraamzorgorganisaties expliciet benoemden dat het kan gebeuren dat er geen goede match bestaat tussen een vrouw en een kraamverzorgster en dat vrouwen aan de bel konden trekken wanneer dit het geval was. De ervaring met kraamzorg was in sommige gevallen positief en in sommige gevallen minder positief of zelfs negatief. Dit hing vaak samen met in hoeverre een kraamverzorgster wist in te spelen op de specifieke behoeftes van een vrouw. Opvallend was dat de minder positieve verhalen in de kraamperiode met name gingen over de kraamzorg in het geboortecentrum. Hoewel een aantal vrouwen lof uitsprak over het geboortecentrum, waren er ook een aantal die aangaven dat de onderlinge communicatie op de afdeling te wensen overliet. Daarbij werd er bij de kraamzorg in het geboortecentrum door vrouwen geen mogelijkheid ervaren om ontevredenheid uit te spreken of te wisselen van kraamverzorgster.

## **5.2. Conclusies ten aanzien van de verdiepende vraag**

Via de tweede onderzoeksvraag werd een koppeling gemaakt tussen de beschrijvingen uit de interviews en het theoretisch raamwerk aan de hand van de volgende vraag: *Zijn de ervaringen van cliënten in de geboortezorg te begrijpen vanuit spanningen tussen de provisiologica en de vraaglogica?* Met het beantwoorden van deze vraag werd getracht verdieping te geven aan de ervaringen van vrouwen en te doorgronden wat er aan deze ervaringen ten grondslag lag.

## **Responsiviteit en leereffecten**

De hierboven genoemde band met de verloskundige leek verband te houden met de mate waarin vrouwen responsiviteit ervoeren. Een betere band met de verloskundige kon ervoor zorgen dat vrouwen zich meer op hun gemak voelde om vragen te stellen en wensen of ontevredenheid kenbaar te maken. Het was echter van belang dat deze ruimte ten alle tijden gecreëerd werd, dus dat een verloskundige wensen van een vrouw uitvroeg, ook wanneer zij hier zelf niet over begon. Het opstellen van een geboortepan bijvoorbeeld, kan gezien worden als een voorbeeld van responsiviteit. Het stelde vrouwen in de gelegenheid via haar wensen het zorgproces te beïnvloeden. Zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling bleek een hoge mate van responsiviteit van belang. Vrouwen hadden er begrip voor wanneer dingen niet zo liepen als ze voor ogen hadden, maar wel als daarbij uitgelegd werd waarom wat gebeurde. De mate van ervaren invloed op het primaire proces en het gehoord voelen, de ruimte die geboden werd voor responsiviteit, was groot onderdeel van de ervaring en of deze positief of negatief was.

De meeste vrouwen ervoeren ruimte om hun wensen of ontevredenheid bekend te maken door het gebruik van voice en ervoeren ook dat dit serieus werd genomen en hier door de zorgverleners op in werd gespeeld. Dit wees op een voldoende responsieve aanbodstructuur. Er waren echter ook vrouwen die gebruik maakten van de optie silence. De vraag is hierbij of zorgverleners wisten of een vrouw koos voor silence uit tevredenheid, of dat zij noodgedwongen deze keuze maakte omdat er te weinig ruimte werd geboden voor responsiviteit. In een enkel geval bij zowel zwangerschap als bevalling, werd onvoldoende ingespeeld op het gebruik van voice. Vrouwen namen wel de ruimte om voice te gebruiken, maar werden niet altijd gehoord. Dit schuurde met het idee van responsiviteit. Daarbij gaven een aantal vrouwen aan dat het nodig was assertief te zijn om ervoor te zorgen dat zij gehoord werden. Dit liet het belang zien van rekening houden met het feit dat niet alle vrouwen willen en kunnen gebruik maken van de optie voice. In het creëren van een responsieve aanbodstructuur bleek het belangrijk rekening te houden met vrouwen die eerder geneigd waren voor de optie silence te kiezen. Ditzelfde gold voor de mate waarin sprake was van leereffecten. Een aantal vrouwen gaf aan dat ze verschil merkten na het geven van feedback en hadden de indruk dat er echt wat met hun input gedaan werd. Vooral tijdens evaluatiemomenten werd hier ruimte voor gemaakt. Ook hier kan sprake zijn van vrouwen die kiezen voor de optie silence omdat zij het lastig vinden of niet in staat zijn om te kiezen voor voice. Hier zou wellicht een lagere drempel gecreëerd kunnen worden om ook die vrouwen hun input te laten geven, bijvoorbeeld door anoniem klachten en suggesties in te dienen. Verder bleek uit de interviews dat geen van de vrouwen gebruik had gemaakt van de optie exit. Een meerderheid gaf wel aan dat deze optie er wel was. Een deel daarvan was zich bewust van deze opties, een deel gaf aan dat dit waarschijnlijk wel mogelijk was maar dat ze zich hier niet mee bezig hadden gehouden. Dit zou erop kunnen wijzen dat ze niet dermate ontevreden waren dat

het nodig was, maar het zou ook kunnen wijzen op een gebrek aan ruimte die hier door de zorgverlener voor geboden werd.

Zoals hierboven benoemd werd het door vrouwen op prijs gesteld wanneer zij betrokken werden bij zorgoverdracht, door geïnformeerd te worden over wat er op welk moment gebeurde en waarom. Wel werden uit de ervaringen van vrouwen zowel de positieve als de negatieve kanten van overdrachten duidelijk. De noodzaak voor een overdracht kwam vaak voort uit specialisatie, een zorgverlener schakelde een andere zorgverlener met andere expertise in. Positief was dat het vrouwen vertrouwen gaf om bij een zorgverlener te zijn die gespecialiseerd was in het verrichten van bepaalde medische handelingen. Negatief was dat de zorg onoverzichtelijk kon worden en er meer afstemming nodig was tussen professionals. Wat opviel was dat de afstemming tussen professionals onderling vaak goed ging, maar dat de afstemming naar de cliënt toe op sommige momenten beter kon.

### **Proto-professionalisering**

Er was in verschillende mate sprake van proto-professionalisering van de cliënt. De ene vrouw had meer behoefte aan het opdoen van extra informatie dan de ander. Dit zou te maken kunnen hebben met de mate waarin een vrouw in staat is deze informatie te begrijpen. Verder was er een verband te herkennen tussen proto-professionalisering en voice. Vrouwen hadden de indruk door het opdoen van voorkennis beter voorbereid te zijn op controlemomenten en gerichtere vragen te kunnen stellen. Op die manier hield proto-professionalisering ook verband met silence. Vrouwen die minder voorkennis hadden en hierdoor dus niet gesterkt konden worden in hun interactie met de zorgverleners, waren eerder geneigd tot de optie silence. Deze vrouwen zouden goed geïnformeerd moeten worden door de zorgverleners, zodat zij toch voldoende ruimte ervaren voor de mogelijkheid tot het gebruik maken van de optie voice. Zoals hierboven aangegeven vonden vrouwen het prettig om door hun zorgverleners betrokken te worden bij het zorgproces. Proto-professionalisering kon de mogelijkheid hiertoe versterken, doordat het een minder asymmetrische verhouding tussen zorgverlener en cliënt veroorzaakte. Cliënten waren beter in staat de taal van de wereld van de zorgverleners te begrijpen, wat er toe zou kunnen leiden dat zorgverleners weer beter in staat waren naar de cliënt te communiceren.

### **5.3. Tot slot**

Tot slot waren er een aantal opvallende thema's die niet direct gerelateerd konden worden aan de gebruikte theoretische concepten. Zo werd door een aantal vrouwen een gebrek aan aandacht voor mentale nazorg in de weken na de bevalling benoemd. Voor de mentale nazorg gold dat vrouwen het gevoel hadden niet goed voorbereid te zijn op de ingrijpende levensverandering die het krijgen van een kind met zich meebrengt. Het is lastig te bepalen welke zorgprofessional hier

het beste op in zou kunnen spelen. Een verloskundige voelt wellicht inmiddels vertrouwt, maar is natuurlijk geen psycholoog. Net als de kraamzorg of het consultatiebureau. Wat met name belangrijk lijkt is dat het onderwerp bespreekbaar gemaakt wordt, zodat een vrouw die zich overvallen voelt en hier graag begeleiding bij wil de ruimte heeft om dit aan te geven. Vervolgens zou vanuit de professionals binnen de geboortezorg wellicht advies gegeven kunnen worden over waar een vrouw het beste naartoe kan gaan om hier hulp bij te krijgen. Naast dit gebrek aan mentale nazorg, werd door vrouwen benoemd dat de communicatie tussen verschillende afdelingen in het ziekenhuis te wensen overliet. Dit was met name het geval wanneer een baby meegenomen werd vlak na de geboorte. Het ging er hierbij niet om dat vrouwen er wat op tegen hadden dat hun kind werd meegenomen, wanneer dit medische noodzaak was voor de gezondheid van het kind. Het ging erom dat ze slecht op de hoogte gehouden werden van de gesteldheid van hun kind, wat voor nieuwe moeders een negatieve ervaring opleverde. Het laatste opvallende thema was het verschil tussen een eerste en volgende zwangerschap. Vrouwen leken bij een eerste zwangerschap meer het gevoel te hebben het allemaal maar te ondergaan en verwachtten bij een eventuele volgende zwangerschap beter hun wensen aan te kunnen geven. Het is lastig te bepalen in hoeverre deze ervaring door zorgverleners zou kunnen worden ondervangen. Immers is vaak aan de hand van een eerste ervaring pas te bepalen wat er prettig en onprettig was, zodat een vrouw dit een volgende keer al van tevoren weet.

## 6. Beleidsaanbevelingen

In dit hoofdstuk komt het antwoord op de derde en laatste onderzoeksvraag aan bod: *Welke aanbevelingen ten aanzien van de implementatie van integrale geboortezorg kunnen gedaan worden op basis van de resultaten van dit onderzoek?* Voor het beantwoorden van deze vraag, zullen deze bevindingen uit dit onderzoek naast de plannen voor integrale geboortezorg worden gelegd. Er zal worden besproken of de doelen van integrale geboortezorg een oplossing bieden voor de bestaande problemen en welke aandachtspunten er nog liggen. Daarnaast zullen de reacties van de zorgverleners op de bevindingen van dit onderzoek hierop betrokken worden.

Zoals benoemd in het eerste hoofdstuk, is de focus van integrale geboortezorg het creëren van een goed functionerend netwerk van zorgprofessionals met daarin de cliënt als gelijkwaardige partner. In de door het CPZ opgestelde Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, wordt deze visie geconcretiseerd aan de hand van een aantal punten:

- zwangere en (ongeboren) kind centraal;
- adequate voorlichting en counseling;
- één vast aanspreekpunt;
- individueel geboortezorgplan;
- multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking;
- interprofessioneel geboortezorgteam;
- gezamenlijke besluitvorming, bejegening en informed consent;
- aandacht voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden (CPZ, 2016, p. 10).

In dit hoofdstuk zullen de punten die betrekking hebben op de bevindingen uit dit onderzoek aan bod komen. Daarbij zal een advies geformuleerd worden voor bevindingen waar het nieuwe beleid nog onvoldoende aan tegemoet komt, of waar het verder versterkt zou kunnen worden.

Het hebben van een goede band met de verloskundige bleek op verschillende momenten in de zorgverlening belangrijk. Het werd op prijs gesteld wanneer de verloskundige genoeg ruimte bood voor responsiviteit, zij de zwangere goed informeerde en haar gerust kon stellen en op haar gemak kon laten voelen tijdens zwangerschap en bevalling. Het belang van het hebben van een vertrouwd persoon tijdens zwangerschap en bevalling die goed informeert is terug te zien in de plannen voor integrale geboortezorg onder de noemers 'één vast aanspreekpunt' en 'adequate voorlichting en counseling' (CPZ, 2016, p. 10). Daarbij kan de mate van responsiviteit gekoppeld worden aan het punt 'individueel geboortezorgplan'. Op die manier heeft een zwangere vrouw een vast persoon waarmee zij vertrouwd kan worden. Deze wordt de 'coördinerend zorgverlener' genoemd en deze positie zal ingevuld worden door de zorgverlener die het beste pas bij het door

de vrouw gekozen zorgtraject (CPZ, 2016). Hierdoor zal zij zich meer op haar gemak voelen en naar verwachting eerder gebruik maken van de optie voice wanneer nodig. Ook kan deze persoon erop toezien dat de zwangere goed geïnformeerd is over haar keuzemogelijkheden en deze vastleggen in een individueel geboortezorgplan. Deze keuzes komen tot stand via 'gezamenlijke besluitvorming', een gelijkwaardig dialoog tussen zwangere en zorgverlener.

Het punt 'multidisciplinaire en lijnoverstijgende samenwerking' werd vooral duidelijk in de gesprekken met de zorgverleners. Zo gaf de gynaecoloog aan dat er meer ruimte zal ontstaan voor duidelijkheid in integrale geboortezorg. Hij legde uit dat het in de huidige situatie zo is dat er bij een overdracht van de eerste naar de tweede lijn een nieuw zorgproces start. Bij integrale zorg zou er een gezamenlijke intake kunnen plaatsvinden, waarbij vanuit beide lijnen gekeken wordt naar de cliënt. Het weghalen van de zuilen kan op die manier het proces van de cliënt verbeteren doordat er al vroeger overleg bestaat tussen de lijnen en de cliënt hierin meegenomen wordt. Daarbij benoemde hij het belang van een gemeenschappelijk dossier, wat ervoor zal zorgen dat overdrachten soepeler kunnen verlopen. Beide verloskundigen gaven ook aan dat de lijnen korter zullen worden, wat bevorderlijk zal zijn voor de kwaliteit en de beleving van de zorg door de zwangere. Opvallend was dat de ene verloskundige ook meerwaarde zag in het stroomlijnen van de systemen en het overnemen van informatie via een dossier, omdat op die manier geen handelingen dubbel worden uitgevoerd en vrouwen geen dingen dubbel hoeven te vertellen. De andere verloskundige daarentegen gaf aan dat ze niet verwachtte dat het voor vrouwen iets uit zou maken of het dossier elektronisch overgedragen werd of dat het fysiek aan hen werd meegegeven.

Vanuit deze punten lijkt er in de visie voor integrale geboortezorg aandacht te zijn voor het ondervangen van een aantal negatieve ervaringen zoals deze naar voren kwamen in bevindingen van dit onderzoek. De visie is er, maar voor de specifieke invulling hiervan zou een explicieter plan opgesteld kunnen worden. Aanbevelingen hiervoor zijn hieronder opgesteld aan de hand van een drietal aandachtspunten. Hierna zal kort gereflecteerd worden op de kosten en baten van elke aanbeveling, alsmede de implementeerbaarheid.

### **6.1. Transparantie**

Om te waarborgen dat een vrouw inderdaad goed geïnformeerd en betrokken is bij haar zorgproces, is het van belang dat zij een goed beeld heeft van de geboortezorg en de daarbij betrokken partijen. Transparantie is hierbij belangrijk om de vrouw goed op de hoogte te houden van welke handelingen op welk moment uitgevoerd worden, door wie en waarom. Als een vrouw voordat ze aan haar zorgproces begint al een goed beeld overzicht heeft van de gehele geboortezorg, zal het haar minder overvallen wanneer ze bijvoorbeeld te maken krijgt met een volgende lijn of specialist. Daarbij ondersteunt het hebben van goede voorkennis de mogelijkheid

tot het hebben van een gelijkwaardig dialoog tussen de zwangere en haar zorgverlener, zoals ook bleek uit het effect van proto-professionalisering.

Een methode om dit te doen, die ook gesuggereerd werd door de gynaecoloog waarmee gesproken is over de resultaten voor dit onderzoek, is het creëren van een overzichtelijk regionaal online portaal. Zo kan een zwangere vrouw vanuit één portaal haar weg vinden binnen de geboortezorg en heeft ze een beeld van wat haar mogelijkheden zijn en met wie zij te maken gaat krijgen in haar zorgproces. Daarbij kan op deze manier eenduidige informatie gegeven worden, zodat een vrouw niet verward of gestrest raakt van de vele verschillende bronnen die het internet biedt. Een zorgverlener kan een vrouw die extra informatie wil of vragen heeft eventueel verwijzen naar dit portaal, zodat zij altijd van juiste en betrouwbare informatie wordt voorzien. Eén van de verloskundigen benadrukte het belang van het voorzien van eenduidige informatie en de mogelijkheid om vrouwen naar een betrouwbare bron te kunnen verwijzen. Daarnaast zou dit portaal een goede mogelijkheid bieden om meer aandacht te besteden aan mentale nazorg. Een vrouw die hier behoefte aan heeft zou via dit portaal bij de juiste zorgverlener terecht kunnen komen, of zou via haar verloskundige of kraamverzorgster naar dit portaal verwezen kunnen worden om er op die manier achter te komen waar zij het beste naartoe kan.

De gynaecoloog benoemde dat transparantie een belangrijk onderdeel is, omdat het voor de cliënt duidelijk moet worden wat het totaalbeeld van de geboortezorg is. Een gezamenlijk portaal is hier een goede methode voor. Het geeft een cliënt inzicht in welke zorgverleners er betrokken zijn bij de geboortezorg en maakt deze informatie laagdrempeliger. De gynaecoloog verwachtte dat de verdeling tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorg met name aan de achterkant nog zal bestaan. Daarnaast gaf hij aan dat het voor de cliënt relevant is om te weten wat integrale geboortezorg inhoudt en wat deze verandering voor haar betekent, anders ervaart de cliënt hier de meerwaarde niet van. Eén van de verloskundigen benoemde ook de meerwaarde van transparantie en geeft aan dat het op die manier voor een cliënt ook inzichtelijker wordt hoe de lijnen lopen en hoe het proces van een overdracht eruit ziet. De andere verloskundige gaf aan dat er ook een keerzijde is aan de beschikbaarheid van informatie. Zo kunnen vrouwen sneller gestrest raken omdat ze zichzelf diagnosticeren en moeten ze vaker gerust gesteld worden.

Verder is het van belang om bij het creëren van een dergelijk portaal, de verschillen tussen de aanpak van verloskundigenpraktijken of kraamzorgorganisaties niet te verliezen en ook hier transparant in te blijven. Er zou een balans gevonden moeten worden tussen het eenduidig presenteren van zorginformatie en enige ruimte voor de verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties om uiting te geven aan hun eigen karakter. Zoals duidelijk werd in de resultaten vindt elke vrouw een andere type benadering prettig, die past bij een andere praktijk. Als hierover duidelijk wordt geïnformeerd kan een vrouw vanaf het begin van haar zwangerschap een goede keuze maken voor een praktijk of organisatie die bij haar past. Daarnaast blijft ook de



mogelijkheid bestaan om de keuze te baseren op pragmatische overwegingen, zoals afstand tot huis of werk. Naast dat dit voortkwam uit de bevindingen van dit onderzoek, werd ook door beide verloskundige benoemd dat de keuze voor een verloskundigenpraktijk verschillende gronden kan hebben, zoals afstand of een eerdere positieve ervaring bij een praktijk. Wel gaven zij aan dat het praktisch zou zijn om een verzamelplek te hebben waar deze informatie toegankelijk is.

## **6.2. De 3 goede vragen**

Om ervoor te zorgen dat ook vrouwen die zelf geen extra informatie opzoeken, of niet in staat zijn hun wens goed te formuleren naar hun zorgverleners, een gelijkwaardige relatie met hun zorgverlener kunnen hebben, kan gebruik gemaakt worden van het idee van de '3 goede vragen'. Dit is een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland en Federatie Medisch Specialisten (3 goede vragen, z.j.). Deze 3 goede vragen zijn bedoeld voor de patiënt, om haar te ondersteunen in het gesprek met de zorgverlener zodat ze samen kunnen beslissen over het zorgproces. Deze vragen zijn als volgt: 'Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie?' (3 goede vragen, z.j.). Dit wordt ook benoemd in de Zorgstandaard als handvat voor de zwangere vrouw in haar gesprekken met de zorgverleners (CPZ, 2016, p. 14). Echter, dit ondervangt niet dat er vrouwen zijn die minder mondig zijn of op andere wijze niet in staat om deze vragen expliciet te stellen. Daarnaast weten vrouwen misschien niet van het bestaan van deze vragen af. Om ervoor te zorgen dat ook deze vrouwen goed geïnformeerd zijn, is het belangrijk voor zorgverleners om deze 3 goede vragen in hun achterhoofd te houden tijdens gesprekken met de zwangere vrouw. Op die manier kan ervoor gezorgd worden dat ook vrouwen die de vragen niet expliciet stellen, toch het antwoord hierop te horen krijgen. Dit levert een verhoogde responsiviteit van de zorgverleners op. Daarbij kan dit het duidelijker maken voor vrouwen dat alle zorg een keuze is en dat zij de mogelijkheid hebben te weigeren als ze ergens niet achter staan. Dit kan leiden tot betere kwaliteit en passendere zorg, waar vrouwen een positieve ervaring aan overhouden.

De gynaecoloog waarmee dit idee besproken werd gaf aan dat dit al gedaan wordt bij medische verrichtingen tijdens zwangerschap en bevalling, deze informatieplicht is ingebouwd in het protocol. Hij kon zich echter voorstellen dat het ook relevant is om dit in standaard controlemomenten meer aandacht te geven en bewustwording hiervan te creëren bij zorgverleners. Verder is het van belang cliënten niet alleen te betrekken op het moment dat er een medische handeling gedaan wordt, maar ook tijdens het proces ter voorbereiding op mogelijke toekomstige handelingen. Aan de andere kant is het ook niet de bedoeling vrouwen angstig te maken voor dingen die mogelijk in de toekomst mis kunnen gaan.

Verder benoemden zowel de gynaecoloog als beide verloskundigen het issue van bereikbaarheid. Niet iedere vrouw gaat uit zichzelf op zoek naar extra informatie, een deel heeft

geen toegang tot een computer. Ook deze vrouwen moet in informatie worden voorzien, waarbij de 3 goede vragen een goed handvat kan zijn om ernaast te houden tijdens controlegesprekken. Eén van de verloskundigen benoemde hierbij dat je op die manier de groep die geen voorkennis heeft kan betrekken bij de zorg en kan emanciperen.

### **6.3. Mogelijkheden tot leren**

Vanuit zowel de gesprekken met zorgverleners als informatie vanuit de stageorganisatie Q-Consult Zorg, die betrokken is bij de implementatie van integrale geboortezorg in regio Rotterdam, bleek dat er obstakels bestaan in de weg naar implementatie. Tussen de betrokken partijen die momenteel om de gesprekstafel zitten om afspraken te maken omtrent integrale geboortezorg en hoe de weg hier naartoe eruit zal gaan zien, bestaan een hoop visieverschillen. Rotterdam is een grote regio waarin veel verschillende verloskundigenpraktijken zijn, verschillende ziekenhuizen en verschillende kraamzorgorganisaties, die onderling andere samenwerkingsafspraken hebben. Het is een lastige klus om al deze partijen met de neuzen dezelfde kant uit te krijgen om tot eenduidige afspraken te komen waar iedereen achter staat, zodat de implementatie van start kan gaan. Daarbij wordt de verantwoordelijkheid voor deze taak neergelegd bij de zorgverleners en de VSV's waaraan zij verbonden zijn. Het zijn de geboortezorgorganisaties zelf die aan deze gesprekstafel zitten, terwijl zorgverleners zich liever bezighouden met de patiënt en focussen op het primaire proces in plaats van het maken van beleid. Op momenten dat het aan de gesprekstafel niet lukt om overeenstemming te bereiken, kan het daarom bruikbaar zijn om terug te gaan naar waar het voor ieder uiteindelijk om gaat: de cliënt. Teruggaan naar het uitgangspunt, op welke manier wordt er via integrale geboortezorg waarde toegevoegd voor de zwangere vrouw. Het casussenboek dat, naast deze thesis, eindproduct is van dit onderzoek zou hier een hulpmiddel bij kunnen zijn. Het geeft inzicht in de positieve en negatieve ervaringen van vrouwen in de geboortezorg in Rotterdam en kan op die manier effectief ingezet worden om de cliënt centraal te stellen. Op die manier wordt er aandacht gegeven aan de mogelijke leereffecten die de terugkoppeling van cliëntervaringen kunnen opleveren. Daarbij kan het evalueren van cliëntervaringen op deze wijze meer zijn dan een ex post verantwoordingsmechanisme. Het draagt namelijk ook bij aan een versterkte dialoog tussen de verschillende geboortezorgorganisaties over de vormgeving van integrale geboortezorg, omdat het de aandacht legt op concrete casussen die het startpunt kunnen vormen voor die dialoog.

Zoals besproken in de methodologie van dit onderzoek, bestond de groep geïnterviewde vrouwen met name uit vrouwen die relatief weinig complicaties hadden tijdens hun zwangerschap en bevalling. Aangezien dezelfde data gebruikt werd voor het opstellen van het casussenboek, betekent dit dat er wellicht negatieve ervaringen en knelpunten bestaan binnen de geboortezorg die niet via dit casussenboek aan het licht zullen komen. Om die reden is het

belangrijk ook op andere moment tijdens en na het zorgproces gebruik te maken van leereffecten. Dit kan gedaan worden door het evalueren van cliëntervaringen. Het belang van evaluatie van de zorgverlening voor het verbeteren van de kwaliteit wordt wel benoemd in de Zorgstandaard, maar slechts beperkt (CPZ, 2016, p. 36). Daarbij wordt niet beschreven hoe dit in de praktijk, met ingang van het nieuwe beleid van integrale geboortezorg, invulling zou moeten krijgen. Dit zou vorm kunnen krijgen door op vastgelegde momenten in en na het zorgtraject aandacht te besteden aan de ervaring van de zwangere en haar de mogelijkheid te geven haar input kenbaar te maken. Op die manier kunnen zorgverleners meer inzicht krijgen in waarom sommige vrouwen de optie *silence* kiezen. Dit kan te maken hebben met stilzwijgend instemmen als gevolg van tevredenheid, maar het kan ook wijzen op lijden in stilte. Door meer ruimte te creëren voor evaluatie kan er beter op negatieve ervaringen ingespeeld worden. Voor vrouwen die minder mondig zijn of niet in staat deze feedback mondeling te geven, zou er een optie moeten bestaan om dit anoniem te doen, zoals ook werd gesuggereerd door één van de respondenten.

#### **6.4. Reflectie**

Aan de genoemde aanbevelingen zijn verschillende kosten en baten verbonden, welke de mate van implementeerbaarheid beïnvloeden. Zo is het ontwerpen en toegankelijk maken van een informatieportaal wat een breed scala aan organisaties en informatie op een representatieve manier toegankelijk maakt geen eenvoudige opgave. Daarbij zullen eerst overeenkomsten moeten worden gesloten over de manier waarop integrale geboortezorg invulling krijgt, alvorens een dergelijk portaal gemaakt kan worden. Dit maakt de implementatie van dit advies een lange-termijn project. Daarbij brengt dit advies aardig wat kosten met zich mee en is ook pas op lange termijn merkbaar wat dit oplevert.

Het advies omtrent het gebruik van de '3 goede vragen' is gemakkelijker te implementeren. De kosten blijven beperkt, het gaat met name om bewustwording bij zorgverleners en eventueel het opnemen in een protocol voor gespreksvoering tijdens controlemomenten. Deze verandering zou al geïmplementeerd kunnen worden voordat de volledige omslag naar integrale geboortezorg plaatsvindt. Na de omslag zou dit getransformeerd kunnen worden naar een aandachtspunt wat met name ingezet wordt door de coördinerend zorgverleners, aangezien zij het eerste aanspreekpunt voor de zwangere vrouwen zullen zijn. De baten van dit advies kunnen direct merkbaar zijn, wanneer gebruik gemaakt wordt van voldoende evaluatiemomenten waarin de zorg ervaringen van de cliënt uitgevraagd worden.

Dit brengt mij bij het laatste advies: het creëren van meer mogelijkheden tot het leren en evalueren van cliëntervaringen met de zorgverlening. Het inventariseren van cliëntervaringen hoeft niet tijdrovend te zijn, het kan bevraagd worden tijdens controlemomenten, bij de nacontrole na de bevalling, of via een (anonieme) ideeënbus. Waar wel tijd in gaat zitten is het

bekijken van deze input en wat hiermee gedaan kan worden. De effecten van eventuele veranderingen die aan de hand van deze input gedaan worden zijn waarschijnlijk direct merkbaar, omdat klachten over een bepaalde procedure niet of minder voorkomen in de evaluatie.

Concluderend kan gesteld worden dat ieder advies gefocust is op hoe het nieuwe beleid waarde en kwaliteit kan toevoegen die voor de cliënt merkbaar is. Algemeen advies is dan ook om bij twijfel of bij een knelpunt in de implementatie of aan de overlegtafel hier naar terug te gaan.

## 7. Discussie

In dit laatste hoofdstuk zal in worden gegaan op de sterke en zwakke punten van dit onderzoek en hoe hiermee getracht is om te gaan. Daarnaast zal besproken worden waar mogelijkheden liggen voor interessant vervolgonderzoek.

Allereerst kort de uitzonderlijke positie van geboortezorg binnen de gezondheidszorg. Wat geboortezorg uniek maakt is dat een vrouw hier niet in terecht komt vanuit een ziektebeeld wat verholpen moet worden, maar voor de begeleiding van een natuurlijk proces. Daarnaast gaat het hier om twee mensenlevens, dat van moeder en kind. Deze unieke vorm van zorg zou erin kunnen resulteren dat cliënten hier anders in staan en andere behoeften en wensen hebben dan bij andere curatieve en langdurige zorgtrajecten.

Een volgend punt van aandacht is de identiteit van de onderzoeker, een vrouw. Naar verwachting heeft het geslacht van de onderzoeker een positieve invloed gehad op het verloop van het onderzoek. Het is denkbaar dat in het voeren van gesprekken met zwangere vrouwen over een toch vrij intiem onderwerp, de respondenten zich beter op hun gemak voelden wanneer zij geïnterviewd werden door een vrouw. Het uitvoeren van dit onderzoek door een man had er wellicht voor kunnen zorgen dat de respondentenwerving moeizamer was verlopen en/of dat de respondenten huiveriger waren geweest om details van de zwangerschap en bevalling te delen. Hier is uiteraard geen bewijs voor, maar hoeft wel vermelding.

Verder kan de aard van dit onderzoek als sterk punt beschouwd worden. Er is gekozen voor een hybride analysemethode, welke inductieve en deductieve elementen bevat. In combinatie met het kwalitatieve karakter van de dataverzameling geeft deze methode inzicht in de ervaringen van vrouwen en de grond van deze ervaringen. Door zowel theorie- als datageïnformeerde analysemethoden toe te passen kon dit onderzoek licht werpen op de achterliggende mechanismen van deze ervaringen.

Een laatste sterk punt is het voeren van gesprekken met zorgverleners. De bevindingen werden aan hen voorgelegd, getoetst op herkenbaarheid en mogelijke oplossingen die in het nieuw beleid besloten lagen. Dit leverde een verhoogde implementaire validiteit op. Het droeg eraan bij dat de gegeven adviezen aan zullen sluiten op wat er speelt in het werkveld van de zorgverleners.

Hierop volgt direct het eerste zwakke punt van dit onderzoek. Hoewel de bevindingen voorgelegd zijn aan zorgverleners, lag de focus op het perspectief van de cliënten in de geboortezorg. Dit onderzoek geeft dus geen inzicht in de ervaringen van zorgverleners en waarom er bepaalde keuzes in de zorgverlening worden gemaakt. Het is denkbaar dat bepaalde stappen genomen worden ter bescherming van de cliënt. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat zij bepaalde informatie achter houden, om een cliënt niet ongerust te maken en te overbelasten nog voor er

wat aan de hand is. Voor toekomstig onderzoek is het wellicht interessant om beide perspectieven in één analyse mee te nemen, om goed inzicht te krijgen in waar het botst tussen zorgverlener en cliënt en waarom.

Een tweede zwakke punt is dat het onderzoek niet cultuursensitief is. In Rotterdam woont een relatief hoge populatie mensen met een migratieachtergrond, 50.3% in 2017 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018). Dit werd ook benoemd door de verloskundigen waarmee gesproken is over de bevindingen. In dit onderzoek is hier niet expliciet op ingegaan. Wel is besproken dat de ervaring binnen de geboortezorg individueel en persoonsgebonden is, waar deze eigenschap in ligt besloten. Het is denkbaar dat deze groep in het beleidsadvies ondervangen wordt door te focussen op de '3 goede vragen' voor vrouwen die zelf minder informatie opzoeken door bijvoorbeeld een taalbarrière. Hierover kan op basis van de bevindingen in dit onderzoek echter geen uitsluitel gegeven worden en behoeft nader onderzoek. Ditzelfde geldt voor de bevinding van het verschil in ervaringen tussen een eerste en volgende zwangerschap en bevalling. Wellicht wordt er met de veranderingen die gepaard gaan met integrale geboortezorg en de in dit onderzoek gepresenteerde adviezen voldoende tegemoet gekomen aan deze ervaringen, maar ook hierover kan geen uitsluitel worden gegeven.

Het laatste zwakke punt ligt besloten in het feit dat er vanwege de opdracht zoals deze geformuleerd werd door de stage organisatie en de beperkte tijdsspanne gekozen is voor een case study. Dit onderzoek heeft zich toegespitst op de geboortezorg in Rotterdam en alleen respondenten ondervraagd die in die regio begeleid werden tijdens hun zwangerschap en bevalling. De empirische bevindingen zijn daarom niet zonder meer te generaliseren naar andere regio's, waar bijvoorbeeld een andere bevolkingssamenstelling zou kunnen leiden tot andere behoeftes van zwangeren. Daarbij is Rotterdam een regio met veel verschillende geboortezorgorganisaties, waar in een kleinere regio waarschijnlijk minder partijen betrokken zijn bij de omslag naar integrale geboortezorg. De analytische inzichten die opgedaan zijn in dit onderzoek, zijn wellicht wel bruikbaar als startpunt voor onderzoek in andere regio's en als handvat bij de implementatie in de rest van Nederland.

Tot slot is het vermelden waard dat er op basis van de resultaten van onderzoek geen uitspraken gedaan konden worden over het verband tussen het perinatale sterftcijfer en de zorgverlening. Zoals in het eerste hoofdstuk werd beschreven, is de omslag naar integrale geboortezorg een gevolg van het in vergelijking tot andere Europese landen relatief hoge perinatale sterftcijfer in Nederland. Onder de respondenten was niemand die haar baby had verloren voor, tijdens of kort na de bevalling en het doel van dit onderzoek was ook niet om dit te toetsen aan de zorgverlening. Wel zou het interessante inzichten kunnen opleveren om in vervolgonderzoek aandacht te besteden aan het effect van een integrale aanpak op het sterftcijfer.

## Nawoord

Hiermee bent u aan het einde van mijn masterthesis gekomen. Graag maak ik van de gelegenheid gebruik om een aantal mensen te bedanken.

Allereerst de vrouwen die ik heb mogen interviewen voor dit onderzoek. Heel erg bedankt dat jullie bereid waren met mij een open gesprek aan te gaan over een ervaring zo intiem en persoonlijk als een zwangerschap en bevalling. Mijn motivatie om me bezig te houden met de gezondheidszorg, is ooit begonnen bij de observatie dat het kan schuren tussen zorgverleners en zorgbehoevenden. Jullie hebben mij erbij geholpen om hier voor de geboortezorg een goed inzicht in te krijgen en ik hoop dan ook van harte dat ook hogerop gehoor wordt gegeven aan jullie verhalen.

Dan mijn begeleiders bij mijn stage organisatie Q-Consult Zorg, Hilde van Dongen en Iris Koopmans-Drenth. De start van de stage voelde als een sprong in het diepe, ik had nog nooit eerder stage gelopen. Mede door de fijne gesprekken die ik met jullie had over het verloop van mijn onderzoek, voelde ik me al snel op mijn gemak en vond ik mijn plek in de organisatie. Heel erg bedankt voor het meelezen en voor jullie altijd bruikbare input.

Tot slot iedereen die de afgelopen maanden mijn stress heeft ervaren, mijn stukken heeft tegen gelezen en mij gerust heeft gesteld wanneer ik door de bomen het bos niet meer zag. In het bijzonder mijn begeleider Stefan Soeparman. Bedankt dat je altijd tijd maakte wanneer nodig en me hebt geholpen met het structureren van mijn gedachten. Ook een woord van dank voor al mijn vrienden en familie, die op elk moment bereid waren mee te denken of gewoon even te luisteren als ik daar behoefte aan had. Jullie hebben er allemaal aan bijgedragen dat het eindproduct in deze vorm op papier is komen te staan.

Het afronden van mijn master tekent niet alleen het einde van mijn tijd als student, maar ook een spannend nieuw begin.

Floor Mutsaerts

Utrecht, 29 juni 2018

## Referenties

- 3 goede vragen. (z.j.). Geraadpleegd op 13 juni 2018, op <http://3goedevragen.nl/>.
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., . . . Murray, C. J. L. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390(10091), 231-266.
- Bowen, G.A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12-23.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *BMJ: British Medical Journal*, 316, 133-137.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 31 mei). *Regionale kerncijfers Nederland* [Dataset]. Geraadpleegd op <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70072ned&D1=33-50,68-72&D2=573&D3=21-23&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>
- Charmaz, K. (2011). Coding in Grounded Theory Practice. *Constructing Grounded Theory*, 43-71.
- College Perinatale Zorg. (z.j.). *Wat we doen*. Geraadpleegd op 20 februari 2018, op <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/over-cpz/88-wat-we-doen>
- College Perinatale Zorg. (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg: Versie 1.1*. Geraadpleegd op <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=10611&m=1499092978&action=file.download>
- College Perinatale Zorg. (2017a). *Integrale geboortezorg: 'Samen bevalt beter!': Agenda voor de geboortezorg 2018-2022*. Geraadpleegd op <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=11902&m=1508858553&action=file.download>
- College Perinatale Zorg. (2017b). *Implementatie plan van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Geraadpleegd op <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Implementatieplan.pdf>
- College Perinatale Zorg. (2017c). *Geboortezorg in Nederland: Samenwerking rondom de zwangerschap*. Geraadpleegd op <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=8966&m=1491319366&action=file.download>



- De Jong, J. (2016). *Dealing with Dysfunction: Innovative Problem Solving in the Public Sector*. Washington D.C.: Brookings Institution Press.
- De Swaan, A. (2004). *Zorg en de staat: Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd* (6<sup>e</sup> ed.). Amsterdam, Nederland: Bert Bakker.
- Duijs, L. (2017, 15 juni). *Indicatorenset Integrale Geboortezorg vastgesteld*. [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/48-indicatorenset-integrale-geboortezorg-vastgesteld?post-comment=1>
- Euro-Peristat. (2008). *European Perinatal Health Report*. Geraadpleegd op <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>
- Euro-Peristat. (2013). *European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Geraadpleegd op <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1(2).
- Hemerijck, A., & Helderma, J. K. (1995). *Welfare State Retrenchment in a Corporatist Polity: A Political-institutional Perspective*. Enschede, Nederland: Netherlands Institute of Government.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KNOV. (2013). *Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV)*. Geraadpleegd op <https://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/330-3/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv/hoofdstuk/56/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv/>
- KNOV. (2018). *Verloskundig systeem Nederland*. Geraadpleegd op <https://www.knov.nl/over-de-knov/tekstpagina/780-3/verloskundig-systeem-nederland/hoofdstuk/1094/verloskundig-systeem-nederland/>
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13, 6-15.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Contractafspraken integrale bekostiging geboortezorg 2017*. Geraadpleegd op [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_3662\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3662_22/1/)
- Perined. (z.j.). *Factsheet Zwangerschap en Geboorte 2016: Een globaal overzicht uit de perinatale registratie*. Geraadpleegd op 15 februari 2018, op <https://assets.perined.nl/docs/74f0e78a-1612-4582-8ca0-8bda5a1b5d26.pdf>
- Perined. (2018). *Perinatale Zorg in Nederland 2016*. Utrecht: Perined. Geraadpleegd op <https://assets.perined.nl/docs/7935f9c6-eaac-4f59-a150-307ae04efa27.pdf>
- ReproQ in de praktijk. (z.j.). Geraadpleegd op 13 maart 2018, op [http://www.erasmusmc-verloskunde.nl/uploads/artikelen/repro\\_q.pdf](http://www.erasmusmc-verloskunde.nl/uploads/artikelen/repro_q.pdf)

- Rijksoverheid. (z.j.). *Verbeteren zorg rondom zwangerschap*. Geraadpleegd op 27 februari 2018, op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zwangerschap-en-geboorte/verbeteren-zorg-rondom-zwangerschap>
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). *Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Geraadpleegd op [https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov\\_downloads/298/file/Rapport%20%27Een%20goed%20begin%27.pdf](https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/298/file/Rapport%20%27Een%20goed%20begin%27.pdf)
- Tweede Kamer, 2007-2008, 29 323 en 22 894, nr. 49. Geraadpleegd op [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2008Z00747&did=2008D00745](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2008Z00747&did=2008D00745)
- Tweede Kamer, 2014-2015, 32 297, nr. 69. Geraadpleegd op [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2015Z13857&did=2015D27800](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2015Z13857&did=2015D27800)
- Tweede Kamer, 2016-2017, 32 279, nr. 100. Geraadpleegd op [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2016Z20317&did=2016D41942](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2016Z20317&did=2016D41942)
- Tyler, T. R. (1988). What is procedural justice?: Criteria used by citizens to assess the fairness of legal procedures. *Law Society Review* 22(1), 103-136.
- Van den Akker-van Marle, M.E., Akkermans, H., Boesveld, I.C., Bruijnzeels, M.A., Franx, A., De Graaf, J.P., . . . Wieggers, T.A. (2016). *Geboortecentrum Onderzoek: Evaluatie van zorg in geboortecentra in Nederland*. ZonMw. Geraadpleegd op: [https://www.tno.nl/media/7290/geboortecentrumonderzoek\\_eindrapport\\_april\\_2016.pdf](https://www.tno.nl/media/7290/geboortecentrumonderzoek_eindrapport_april_2016.pdf)
- Van den Brink, G. (2013). *Complexiteit, controle & cultuur: Lessen uit het onderzoek naar probleemwijken*. Tilburg, Nederland: Tilburg University.
- Van der Grinten, T.E.D., & Vos, P. (2004). Gezondheidszorg, In H. Dijkstra, P.L. Meurs & E.K. Schrijvers (Red.), *Maatschappelijke dienstverlening: Een onderzoek naar vijf sectoren* (pp. 133-182). Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- Verschuren, P., Doorewaard, H. (2010). *Designing a Research Project*. (2e ed.). Den Haag, Nederland: Eleven International Publishing.
- Weber, M. (1922). Bureaucracy. In H. Gerth, & W. Mills (Red.), *From Max Weber: Essays in Sociology* (pp. 196-244). Londen, Engeland: Routledge.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- ZonMw, (2016). *Een gezonde start voor moeder en kind. Integrale zorg rondom zwangerschap en geboorte: Update van de onderzoeksagenda 2010*. Geraadpleegd op

[https://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/Onderzoeksagenda\\_Zwangerschap\\_en\\_Geboorte.pdf](https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Onderzoeksagenda_Zwangerschap_en_Geboorte.pdf)

Zorginstituut Nederland. (z.j.). *Invoering Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Geraadpleegd op 27 februari 2018, op

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/vruchtbaarheid-zwangerschap-en-geboorte/invoering-zorgstandaard-integrale-geboortezorg>

Zorginstituut Nederland, Zorginzicht.nl. (z.j.). *Integrale geboortezorg: Zorgstandaard incl. meetinstrumenten*. Geraadpleegd op 27 februari 2018, op

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard/Paginas/Home.aspx>

Zorgwijzer. (2016). *Zorg in Europa: Nederland behoort tot duurste én beste*. Geraadpleegd op

<https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/zorg-europa-nederland-behoort-tot-duurste-en-beste>

# Bijlagen

## Bijlage I – Flyer voor respondentenwerving

### Bent u zwanger of heeft u net een kindje gekregen? Dan zoek ik u!

Voor mijn afstudeeronderzoek over de geboortezorg in Nederland ben ik op zoek naar vrouwen die zwanger zijn of recent een kindje hebben gekregen en bereid zijn geïnterviewd te worden. Het interview zal gaan over uw ervaring met de zwangerschapsbegeleiding en het contact met de verloskundigen en artsen. Er zal niet gevraagd worden naar details over de medische procedure. Het interview zal ongeveer een uur duren en plaatsvinden in mei 2018. Al uw gegevens zullen vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden.

Het doel is met de bevindingen van het onderzoek de geboortezorg te kunnen verbeteren en te zorgen dat deze beter aansluit op de wensen en behoeften van vrouwen.

Zou u hier aan willen bijdragen? Neem contact met mij op!

✉ [floor.mutsaerts@qconsultzorg.nl](mailto:floor.mutsaerts@qconsultzorg.nl)



Universiteit Utrecht



## **Bijlage II – Voorbeeld van Facebookbericht**

Beste [...], ik kwam via een facebookgroep over zwangerschappen op je profiel en ik hoop dat je me zou willen helpen met mijn onderzoek. Ik doe afstudeeronderzoek naar de geboortezorg in Rotterdam in opdracht van het Erasmus MC en ben daarvoor op zoek naar vrouwen in die regio die hoogzwanger zijn of recent een kindje hebben gekregen. Ik begrijp dat jij bij deze groep hoort en vroeg me af of je bereid bent een uurtje te worden geïnterviewd over je ervaringen bij de zwangerschapsbegeleiding. Het gaat hierbij vooral om het contact met de zorgverleners, dus niet over de medische details van je zwangerschap. Verder wordt alles wat je verteld anoniem verwerkt. Het doel van het onderzoek is om met alle input uit de interviews een beeld te krijgen van wat er goed gaat in de geboortezorg, maar vooral wat er nog beter zou kunnen. Ik hoor graag wat je voor me zou kunnen betekenen! Vriendelijke groet, Floor

## **Bijlage III – Topiclijst**

### Notities voor interviewer:

LSD → Luisteren, Samenvatten, Doorvragen

Wat respondent vertelt tussentijds samenvatten, heb ik het goed begrepen?

Nadenken over wat voor antwoorden je kan verwachten en daarop inspelen.

Antwoord klaar hebben als iemand niet begrijpt wat je met de vraag bedoelt, voorbeelden kunnen geven.

### Introductie

- Op gemak stellen, vertrouwen creëren, vragen naar zwangerschap/kindje, interesse tonen
- Onderzoek naar integrale geboortezorg
- Inzicht krijgen in wensen en behoeften van zwangere vrouwen/vrouwen die net een kindje hebben gekregen, zodat integrale geboortezorg hier beter op aan kan sluiten
- De resultaten van de interviews worden gebruikt voor het opstellen van een casussenboek voor het Erasmus MC en voor mijn afstudeeronderzoek/masterthesis
- Het gaat om ervaringen met zwangerschapsbegeleiding en het contact met de zorgprofessionals, niet om medische details
- Als ze iets niet wil vertellen of een bepaalde vraag niet wil beantwoorden is dat prima, ze mag haar grenzen aangeven
- Alle verkregen informatie wordt geanonimiseerd en vertrouwelijk behandeld
- Er worden opnames gemaakt van het interview, deze worden na afronding van het onderzoek verwijderd (eind juni/begin juli)
- Consentformulier tekenen
- Vragen of ze de resultaten wil zien (eventueel contactgegevens nogmaals noteren)

----- START VRAGENLIJST -----

### Algemene vragen

- Leeftijd
- Regio
- Zorginstelling (verloskundepraktijk/ziekenhuis)
- Hoe ver in zwangerschap/hoe lang geleden bevallen

- Hoeveelste zwangerschap/kindje → *Dit kan de ervaring beïnvloeden! Doorvragen naar verschillen met eerdere ervaringen indien ze die heeft. Houd hier rekening mee gedurende het hele interview.*

### Tijdslijn

- U kwam erachter dat u zwanger was/ wilde graag zwanger worden. En toen?
- Verloop zwangerschapsbegeleiding
- Wat is wanneer gebeurd

### Provisiologica

#### (Concept: overdacht)

- Met welke professionals/zorgverleners had u te maken in tijdens zwangerschapsbegeleiding?
- Wat waren de taken van deze professionals?
- Was er sprake van een overdracht van de ene naar de andere professional?
- Zo ja, hoe verliep deze/hoe heeft u deze ervaren? → *Doorvragen over de ervaring en waardoor het op deze manieren ervaren is. Wat lag er aan deze ervaring ten grondslag? Waarom was deze positief/negatief?*
- Was er een duidelijke rolverdeling tussen deze professionals merkbaar in uw zwangerschapsbegeleiding? Hadden ze gedeelde verantwoordelijkheid over bepaalde taken? Zo ja, op welke manier waren de taken/verantwoordelijkheden verdeeld?
- In hoeverre waren deze professionals van elkaar afhankelijk?
- Hoe verliep de coördinatie/afstemming tussen de verschillende professionals waarmee u in contact bent geweest?

### Vraaglogica

#### Concept: Exit

- Was het mogelijk om, na het aangaan van een relatie met een zorgprofessional, hier weer weg te gaan of over te stappen naar een andere zorgverlener?

#### Concept: Voice

- Kreeg/ krijgt u de mogelijkheid om met uw zorgprofessional in gesprek te gaan als u hier behoefte aan had/ heeft? (Met betrekking tot inhoud/proces)
- Was er ruimte om eventuele gevoelens van ontevredenheid bespreekbaar te maken? (Met betrekking tot inhoud/proces)
- Indien zowel de opties tot overleg als de optie voor overstappen aanwezig waren, had u een voorkeur voor een van de opties?

### Concept: Silence

- Heeft/had u het gevoel dat er dingen niet bespreekbaar waren/zijn? (Met betrekking tot inhoud/proces)
- Heeft u er bewust voor gekozen dingen niet te bespreken die u dwars zaten?
- Zo ja, waarom heeft u deze keuze gemaakt? Was de mogelijkheid er niet of wilde u dit niet? Of was het misschien niet nodig?

### Spanningen provisie- & vraaglogica

#### Concept: Proto-professionalisering

- Was u vooraf op de hoogte van het verloop van zwangerschapsbegeleiding/geboortezorg? Of de zwangerschap en geboorte zelf?
- Waar heeft u deze kennis opgedaan? (Van professionals, vrienden/familie of eigen onderzoek via internet/media?)
- Heeft deze kennis (of juist een gebrek aan kennis) invloed gehad op het contact met professionals? Waar merkte u dat aan? (Bijvoorbeeld: tegengestelde informatie, wie vertrouw je dan?)
- Wat voor relatie had u met uw zorgverlener(s)? *Vertrouwelijk? Contractueel?*

#### Concept: responsiviteit, leereffecten

- Werden er tijdens de zwangerschapsbegeleiding mogelijkheden geboden om uw wensen bekend te maken?
- Indien ja, in hoeverre werd er rekening gehouden met deze wensen? *Houd bij deze vraag rekening met procedural justice/fairness → Als een behandeling niet zo verloopt als de vrouw graag had gewild, maar hierover is wel goed overleg geweest tussen haar en de professionals, dan zal ze dit als minder negatief ervaren? & Interactie tussen professional en cliënt. Hoe wordt iets uitgelegd/besproken/advies gegeven aan de cliënt. Bijvoorbeeld het doen van een vlokentest, hoe wordt deze mogelijkheid gecommuniceerd?*
- Wanneer u de mogelijkheid kreeg om in gesprek te gaan met uw zorgverlener, merkte u dan achteraf verschil als resultaat van dit gesprek?

### Afsluiting

- Wat zou u graag in de toekomst anders zien in de geboortezorg? Of wat moet er juist blijven zoals het is?
- Heeft u tips voor de verbetering van het proces van de geboortezorg?
- Zijn er nog andere dingen die u graag wil vertellen?



## Bijlage IV – Codeboom

*Codeboom en het aantal quotes per axiale code*

Hoofdcode	Axiale code	Concept	Quotes	
Ervaring zorgverlening	Ervaring verloskundige		47	
	Ervaring ziekenhuis		26	
Inspraak	Ervaring kraamzorg		27	
	Ervaring nazorg		12	
	Type relatie met zorgverleners	Proto-professionalisering	16	
	Keuze verloskundige		21	
	Keuze bevallocatie		24	
	Keuze kraamzorg		3	
	Mondigheid/ assertiviteit	Voice/ silence	33	
	Ruimte voor wensen aangeven/ keuzevrijheid/ ontevredenheid/ vragen	Voice/ responsiviteit	60	
	Respons zorgverleners op inspraak/ wensen	Responsiviteit/ leereffect	45	
	Mogelijkheid tot overstap	Exit	10	
Wissel van zorgverlener	Gebrek aan ruimte inspraak	Silence	20	
	Wissel verloskundige		17	
	Overdracht van 1 <sup>e</sup> naar 2 <sup>e</sup> lijn	Overdracht	18	
	Wissel kraamverzorgster		3	
	Ervaring overdracht/wissel	Overdracht	37	
	Communicatie zorgverleners onderling	Overdracht	23	
	Communicatie naar cliënt		13	
	Wissel ziekenhuis		2	
	Informatie	Informatie door zorgverleners		56
		Gebrek aan informatie		28
Voorkennis door eerdere zwangerschap			1	
Voorkennis andere bronnen		Proto-professionalisering	21	
Invloed voorkennis op proces/ contact met zorgverleners		Proto-professionalisering	21	
Toekomst	Wat moet anders/ feedback op zorgverlening		28	
	Wat moet blijven		2	
	Andere keuzes cliënt		7	

*Noot.* Omwille van controle op fraude zijn transcripties van de interviews in vertrouwelijkheid ter inzage overgelegd aan de begeleider.