

**Kwalitatief onderzoek naar de wensen en voorkeuren van
cliënten, ten aanzien van de verloskundige zorg voor,
tijdens en na de bevalling**

Larissa ten Broeke
Masterthese Gezondheidspsychologie
Universiteit Twente
Oktober 2011



UNIVERSITEIT TWENTE. **Universitair Medisch Centrum**
Utrecht

Dr. C.H.C. Drossaert

J. E. de Vos MSc

Dr. C. Bode

Dr. H. R. Iedema- Kuiper

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
2. Methode	10
2.1. Onderzoeksopzet	10
2.2. Participanten	10
2.3. Procedure	11
2.4. Data analyse	12
3. Resultaten	13
3.1. Bejegening	16
3.2. Participatie en besluitvorming	19
3.3. Informatie	21
3.4. Organisatie van het ziekenhuis	23
3.5. Continuïteit	24
3.6. Rol van de partner	26
3.7. Deskundigheid	27
3.8. Nazorg	28
4. Discussie	29
5. Conclusie	34
Referenties	346

Samenvatting

Achtergrond- Wereldwijd is veel onderzoek gedaan naar de ervaring en tevredenheid van vrouwen met de verloskundige zorg. Echter berusten deze onderzoeken op de *ervaringen* van vrouwen met de zorg en niet op wensen en voorkeuren van de cliënt en bestaan deze veelal uit vragenlijsten waardoor vrouwen enkel hun mening kunnen geven over de in deze vragenlijsten opgenomen onderwerpen. Een kwalitatief onderzoek is uitgevoerd om de wensen en voorkeuren van bevallen vrouwen in zowel de eerste- als tweede lijn te achterhalen om zo de zorg aan te kunnen passen aan wat cliënten belangrijk vinden op het gebied van verloskundige zorg.

Methode- In dit kwalitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van groepsinterviews zonder sturing vanuit de onderzoeker. Cliënten is gevraagd op te schrijven welke punten zij aan hun zorg voor, tijdens en na de bevalling het belangrijkste vonden om deze vervolgens gezamenlijk te bespreken. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen vrouwen uit de eerste- en tweede lijn verloskundige zorg. Op basis van inductieve analyse is er een codeboom ontstaan waaronder de citaten van cliënten konden worden ingedeeld in categorieën en subcategorieën.

Resultaten- De volgende acht thema's zijn tot stand gekomen en zijn op volgorde van rangorde besproken: 'bejegening', 'participanten en besluitvorming', 'Informatie', 'organisaties van het ziekenhuis', 'continuïteit', 'rol van de partner', 'deskundigheid' en 'nazorg. Cliënten geven aan het belangrijk te vinden een persoonlijke band op te bouwen met de betreffende zorgverleners, wat alleen mogelijk is wanneer de continuïteit van zorgverleners wordt gewaarborgd. Cliënten willen betrokken zijn bij het zorgproces en inspraak hebben. Ook willen ze van tevoren de verschillende keuzes besproken hebben die ze tijdens de bevalling hebben. Wenselijk wordt gevonden dat van tevoren informatie wordt verstrekt over de procedure en de consequenties van bepaalde keuzes. Ook vinden cliënten het wenselijk om tijdens de bevalling op de hoogte te worden gehouden van wat er gebeurt en willen ze praktische informatie ontvangen omtrent zwangerschap en bevalling. Het is wenselijk dat cliënten te allen tijde kunnen bellen of langskomen wanneer zij vragen hebben. Zorgverleners worden geacht deskundig te zijn en op alle vragen antwoord te kunnen geven. Daarnaast willen cliënten dat de partner meer betrokken wordt bij de zwangerschap en de bevalling. Wenselijk zou zijn dat partners kunnen blijven slapen wanneer de baby geboren is, en dat het nieuwe gezin over een eenpersoonskamer beschikt. Betreffende de nazorg geven cliënten aan het wenselijk te vinden wanneer er direct na de bevalling tijd wordt gemaakt om de cliënt te hechten en dat ze hier niet heel lang op hoeft te wachten. Cliënten in de eerste lijn hebben andere wensen dan cliënten in de tweede lijn. Dit verschilt per categorie maar over het algemeen kan gezegd worden dat cliënten uit de tweede lijn meer bezig zijn met een goed en veilig verloop van de zwangerschap en bevalling terwijl cliënten uit de eerste lijn vooral bezig zijn met het zo prettig mogelijk laten verlopen van de zwangerschap en bevalling.

Conclusie- Naast de reeds bekende aspecten uit de literatuur zoals: het verstrekken van informatie, het willen hebben van inspraak, het belang van continuïteit en het krijgen van persoonlijke aandacht, werden door cliënten nieuwe aspecten aangedragen die volgens hen meer aandacht behoeven dan voorheen, zoals: de rol van de partner, informatie over borstvoeding, coaching tijdens de bevalling en het serieus nemen van de cliënt. Verschil tussen wensen en voorkeuren van eerste- en tweedelijns cliënten is dat cliënten uit de eerste lijn meer bezig zijn met een prettig verloop van de zwangerschap terwijl tweedelijns cliënten meer aandacht besteden aan aspecten die ervoor zorgen dat de zwangerschap en bevalling goed en veilig verlopen.

Abstract

Background- The experience women have with natal care, and their level of contentment with this care has been the subject of a lot of research all over the world. However, this research is based on the experiences women have with natal care and not on their wishes and preferences. Furthermore, these studies mostly consist of questionnaires, so women can only express their opinion about the subjects that were a part of the questionnaires. In this research, a qualitative testing method has been used to discover the wishes and preferences of women who just gave birth, both in primary and secondary health care. The results can be used to adjust the care to what clients think is important to natal care.

Methods- As a qualitative testing method, group interviews were used. The researcher did not control or intervene in the interviews. Clients were asked to write down what they thought was most important to them before, during and after childbirth. These issues were then discussed in the group interviews, distinguishing the women receiving primary and secondary health care. Based on the inductive analysis a list of important health care aspects was created where the quotes of clients could be stratified in categories and subcategories.

Results- The following subjects came about and were discussed in hierarchal order: ‘treatment’, ‘participants and decision-making’, ‘information’, ‘organisations of the hospital’, ‘continuity’, ‘role of the partner’, ‘expertise’ and ‘aftercare’. Clients point out that it is important to them to have a personal connection to the concerning caretakers, something which is only possible if the continuity of care takers is guaranteed. Clients want to be involved in the decision making process and have in say in the matter. They also want to discuss the several options they have during labour on forehand. It is desirable that clients are provided with information about procedures and consequences of these options before they go into labour. Clients also prefer to be kept up to date about what is happening during labour and they would like to receive practical information about their pregnancy and childbirth. Clients prefer to be able to call or visit whenever they have questions. Caretakers are expected to be experts and should be able to answer any question. In addition to this, clients want their partners to be more involved in the pregnancy and the delivery. Clients would prefer for their partners to spend the night in the hospital after the baby is born, and that the new family would have single room at their disposal. Considering the after care, clients point out that they would like to be stitched right after the delivery and do not want to wait for this very long. Clients in primary health care have other wishes than clients in secondary health care. This differs between categories, but in general, clients from secondary health are more concerned with having a smooth and safe delivery, whilst clients from the primary health care group are mostly concerned with having an agreeable delivery.

Conclusion- Besides the already known aspects from literature like: giving information, wanting participation, the importance of continuity and getting personal attention, clients brought up some new aspects they think need more attention than before like: the role of the partner, information about breastfeeding, coaching during labour and taking the client seriously. A difference between the wishes and preferences of primary and secondary health care clients is that clients receiving primary health care are more concerned with having an agreeable pregnancy and delivery, whilst clients receiving secondary health care are mostly concerned with the aspects making sure their pregnancy and delivery go as smoothly and safely as possible.

1. Inleiding

De verloskundige zorg in Nederland is uniek in de wereld. De zorg van iedere gezonde, zwangere vrouw waarbij geen complicaties verwacht worden, begint in de eerste lijn, oftewel onder begeleiding van een verloskundige (Kuunders, RIVM, 2008)

In de eerste plaats is de zorg in Nederland uniek omdat de zwangere vrouw de keuze heeft om thuis te bevallen, mits er geen sprake van is van een medische indicatie. Dit resulteert in Nederland in een groot aantal vrouwen (24,5 %) die thuis bevallen, in tegenstelling tot in andere Westerse landen waar thuis bevallen uitzonderlijk is (CBS, 2010). Wanneer er toch sprake is van complicaties worden de vrouwen doorverwezen naar de tweedelijns verloskundige zorg, oftewel zorg in het ziekenhuis onder begeleiding van de gynaecoloog. Deze strikte scheiding tussen eerste- en tweede lijn zorg bestaat in andere Westerse landen niet (Kuunders, 2008), wat een tweede factor is die de verloskundige zorg in Nederland uniek maakt. Deze toewijzing aan de eerste of tweede lijn wordt gedaan door de arts/ verloskundige, in tegenstelling tot in andere westerse landen waar de zwangere vrouw vaak zelf kiest wie haar primaire zorgverlener tijdens de zwangerschap wordt. De keuze valt hierbij vaak op een gynaecoloog die doorgaans aan een ziekenhuis verbonden is (Kateman & Herschderfer, 2005).

Een derde factor die de verloskundige zorg in Nederland uniek maakt is het bieden van professionele kraamzorg aan huis. In andere Westerse landen is het gebruikelijk dat de vrouw na de bevalling nog enkele dagen in het ziekenhuis verblijft en ook daar de kraamzorg ontvangt (Wiegers, 2006)

In 2010 zijn in Nederland 185.000 kinderen geboren (WHO, 2011). Het overgrote deel van deze zwangere vrouwen zijn tijdens dit traject in aanraking gekomen met de verloskundige gezondheidszorg in Nederland. De gezondheidszorg is de afgelopen decennia constant in beweging. Halverwege de jaren '90 heeft er in Nederland een ommekeer plaatsgevonden. Daar waar eerder alle beslissingen op het gebied van gezondheidszorg door de overheid werden genomen is dit verplaatst naar de verzekeraars en de leveranciers van gezondheidszorg (Blumenthal, 1996). Op deze manier is de focus van ons gezondheidssysteem geswitcht van de dienstverleners/ instellingen, naar de cliënt. Cliënten kunnen zelf kiezen welke zorg zij belangrijk vinden, en waar zij zich willen verzekeren. Om hier op in te spelen is het van belang dat de aangeboden zorg aansluit bij de wensen en voorkeuren van de cliënt (Sixma, Kerssens & Campen, 1998) (Richards, 1999). Standaard oplossingen zijn niet meer acceptabel bij cliënten met divergente wensen en voorkeuren (Rosén, Anders & Hjortsberg, 2000). Om deze reden zal de gezondheidszorg zich moeten aanpassen en zich gaan focussen op de wensen van de cliënt. Dit noemen wij een meer patiënt gecentreerde benadering. Deze benadering zorgt ervoor dat cliënten zich meer betrokken voelen bij de zorg en het gevoel hebben dat ze invloed hebben op de zorg, wat er toe leidt dat cliënten zich beter zullen houden aan de door de arts voorgeschreven behandeling. Dit resulteert uiteindelijk in een verbetering van de kwaliteit van zorg (Crawford, Rutter & Manley, 2002). Deze verandering van focus is ook waarneembaar in de verloskundige zorg. Eén verandering in deze sector is de toename van verloskundige zorg vanuit het ziekenhuis (Novick, 2009). In 2010 is het aantal ziekenhuisbezoeken om de zwangerschap, bevalling en nazorg goed te laten verlopen behoorlijk gestegen (CBS, 2010). Deze stijging geeft des te meer reden om de kwaliteit van zorg van deze groep cliënten te waarborgen. Om dit te bereiken is het belangrijk te weten wat kwalitatief goede zorg volgens de zwangere vrouw inhoudt. Harteloh en Casparie (2004) omschrijven kwaliteit van zorg als een optimale verhouding tussen de verwachtingen en ervaringen, wanneer het gaat om een bepaald

aspect van zorg. Cliënten zelf omschrijven kwaliteit van zorg als: de totaliteit aan functies en eigenschappen van een product of service aangeboden in de gezondheidszorg, dat er aan voldoet de behoeften van de consument tevreden te stellen (NNI, 1992). Voor alsnog worden de behoeften van zwangere vrouwen vaak onterecht over het hoofd gezien (Humberts & Roberts, 2008). Ook de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2009) adviseert in het kader van het verminderen van de perinatale sterfte in Nederland om te luisteren naar de verwachtingen en wensen van zwangere vrouwen. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter en zullen naast de medische aspecten ook de (psycho) sociale aspecten van de zorg rondom zwangerschap, de juiste aandacht krijgen. Tot nu toe is echter over de wensen en voorkeuren van zwangere vrouwen nog weinig bekend. Wel is er wereldwijd, op het gebied van *ervaringen en tevredenheid* van vrouwen in de verloskundige zorg, onderzoek gedaan. Zo laat Amerikaans onderzoek van Novick (2009) bijvoorbeeld zien dat vrouwen ervaren hebben grotendeels met respect te worden behandeld door de artsen en verloskundigen en dat hun individuele zorg werd gewaarborgd. Ook gaven vrouwen in dit onderzoek aan dat hun voorkeuren van goede zorg lagen bij ‘alomvattende’ zorg. Belangrijke factoren in deze alomvattende zorg zijn continuïteit (Novick, 2009; Proctor, 1998; Van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice, 2003; Declercq, Sakala, Corry, Applebaum en Risher, 2002) en flexibiliteit van zorgverleners en dat deze de tijd nemen voor de cliënt. Onder die voorwaarden is er mogelijkheid tot het ontwikkelen van een betekenisvolle relatie met de zorgverleners en worden de vrouwen meer actief betrokken in hun zorgproces.

Ander Amerikaans onderzoek van Van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice (2003) laat zien dat wanneer de continuïteit van zorgverleners hoog lag, de vrouwen over het algemeen meer tevreden waren met de ontvangen zorg en zij zich beter hielden aan de gegeven adviezen. Aansluitend op de continuïteit gaat nog weer ander onderzoek van Declercq, Sakala, Corry, Applebaum en Risher (2002) in op het begrip ‘doula’.

Doula:

Een doula kan het beste omschreven worden als een zwangerschaps- en bevallingscoach. Het is een ervaren en kundige vrouw, die aanstaande ouders op een niet-medische manier ondersteunt tijdens de zwangerschap, de geboorte van hun kindje en in de periode er na. Zij wijkt gedurende de hele bevalling niet van de zijde van de barendende vrouw. Zij heeft dus geen medische opleiding en verricht geen handelingen, zij is er puur voor de begeleiding.

Dat onderzoek liet zien dat hoewel 78% van de ondervraagden gehoord had van een zogeheten doula, slechts 5% deze zorg ook daadwerkelijk ontving.

Onderzoek vanuit de UK van Pandit & Mackenzie (1994) liet zien dat (zwangere) vrouwen het vervelend vinden om te wachten in het ziekenhuis met als gevolg dat ze minder tevreden zijn over de verkregen zorg. Wachttijden komen vaak naar voren als irritatiepunt, zo ook in het eerdergenoemde onderzoek van Novick (2009).

Ander Engels onderzoek, van de NHS (National Health Service) naar de ervaringen van vrouwen plaatsgevonden in 2007 en in 2010 herhaald, liet zien dat zwangere vrouwen in 2010 over het algemeen meer tevreden waren over hun zorg dan in 2007. Over het geheel genomen vonden de vrouwen dat er helder gecommuniceerd werd, dat de kwaliteit van zorg goed was en dat zij betrokken werden bij het nemen van beslissingen rondom hun zorg. Betreffende de zorg na de bevalling gaven vrouwen aan dat ze lang moesten wachten totdat weer gehecht werden (NHS, 2006). Ook gaven zij aan dat zij ten opzichte van 2007 meer

informatie op voorhand kregen over het verloop van het zorgtraject. Uitleg gegeven door artsen, verloskundigen en verpleegkundigen werd beter begrepen omdat werd uitgelegd op een niveau waarop de cliënten het konden begrijpen. Een laatste belangrijk verbeterpunt ten op zichte van 2007 was dat de bereikbaarheid en service verhoogd was. Wanneer vrouwen ongerust waren konden zij, te allen tijde bellen naar de verloskundige voor advies of geruststelling. Naast deze bevindingen is er ook gekeken naar de ervaringen van de vrouwen tijdens en na de bevalling. Vrouwen gaven aan dat ze het fijn vonden dat zij de van te voren gekozen pijn medicatie ontvingen op het moment dat ze hierom vroegen en dat ze het als zeer prettig hebben ervaren dat ze op een vriendelijke manier werden behandeld. Voordat de bevalling daadwerkelijk begon hadden de aanstaande moeders iedereen die een rol zou spelen tijdens de bevalling al ontmoet, wat als zeer prettig werd ervaren (NHS, 2006).

Australisch onderzoek van Onderzoek van Emmanuel, Creedy en Fraser (2001) naar de voorkeuren van vrouwen met betrekking tot zorg in het ziekenhuis direct na de bevalling op basis van een vragenlijst, laat zien dat vrouwen vooral meer informatie hadden gewild over het moederschap. Ook werd een rustigere omgeving en adequate pijnstilling tijdens de bevalling geprefereerd. Verder kwam uit dit onderzoek naar voren dat praktische assistentie en hulp gewenst waren. Voor nieuwe moeders was de behoefte aan rust en informatie het meest gewenst. Ander Australisch onderzoek op basis van vragenlijsten naar de ervaringen van zwangere vrouwen, van Brown, Davey en Bruinsma(2005), laat zien dat artsen en vroedvrouwen te druk en gehaast waren en lang niet altijd vriendelijk en begripvol. Daarnaast rapporteerden deze vrouwen dat zij te weinig informatie ontvingen over de zorg van hun baby nadat ze het ziekenhuis hadden verlaten.

Vele verschillende onderzoeken laten het belang en de ervaring van het verkrijgen van informatie zien. Zo kan geconcludeerd worden dat over het algemeen het verkrijgen van heldere informatie voor, tijdens en na de bevalling als meest belangrijk wordt aangeduid (MacKinley,1994; Novick, 2009; Proctor, 1998). Vrouwen waarderen het wanneer er uitleg gegeven wordt bij de procedure (Handler, Rosenberg, Raube & Lyons, 2003; Blackwell, 2002; Biro, Waldenström, Brown & Pannifex, 2003), dat er antwoord wordt gegeven op hun vragen (Handler et. al.,2003)2003) en dat er tijd wordt gemaakt voor het stellen van vragen (De Koninck, Blais, Joubert, Gagnon, 2001). Ook willen ze informatie over wat ze kunnen verwachten tijdens de zwangerschap en bevalling, welke risico's er zijn en hoe ze goed kunnen zorgen voor hun pasgeboren kind (Novick, 2009).

Bovenstaande onderzoeken kunnen echter niet zomaar vertaald worden naar de Nederlandse situatie aangezien deze uniek is. In Nederland is op het gebied van voorkeuren en behoefte geen tot weinig onderzoek gedaan. Wel is onderzoek verricht naar *ervaringen* van zwangere vrouwen. Zo laat onderzoek van Wiegers en Janssen, in 2006 in Monitor Verloskundige Zorg zien dat de mening van kraamvrouwen over de door hen ontvangen zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraamzorg thuis in vier jaar niet tot nauwelijks veranderd is. Er vonden twee metingen plaats, in 2001 en in 2004, waar uit naar voren kwam dat bijna driekwart van de vrouwen graag thuis wilde bevallen, er in 2004 meer echo's werden gemaakt ten opzichte van 2001 en dat het aantal kraambezoeken terug liep van zowel vrouwen die thuis als poliklinisch bevielen.

Onderzoek van Herschderfer, Sneeuw en Buitendijk (2002) laat zien dat goede voorlichting over wat van de

kraamzorg thuis verwacht kan worden en duidelijk afspraken in dit verband, belangrijk zijn. Ook regelmatige evaluatie of de zorg voldoet aan de eisen van de cliënt werd belangrijk gevonden door de cliënten.

Ander uitgebreid Nederlands onderzoek van het Nivel in 2007 liet aan de hand van groepsinterviews zien dat zwangere vrouwen gebrek aan informatie over praktische zaken ervaren hebben. Ook vonden zij de routinecontroles erg kort waardoor er geen tijd was voor het opbouwen van een band met de betreffende arts en was er weinig ruimte voor het stellen van vragen. Eveneens als in Amerikaans onderzoek werden lange wachttijden als vervelend ervaren.

Naast deze groepsinterviews onder zwangere vrouwen werd er ook een groepsinterview georganiseerd met bevallen vrouwen. Hieruit kwam onder andere naar voren dat vrouwen de verkregen kraamzorg thuis te kort vonden. Op het gebied van continuïteit misten zij ook een vast aanspreekpunt na afloop van de kraamzorg en vonden ze het vervelend dat er telkens een andere verloskundige was tijdens de controles.

Daarnaast werd negatief ervaren dat ze na de bevalling met de baby op een zaal kwamen te liggen met meerdere vrouwen en baby's, wat de rust niet ten goede kwam. Ook de informatieoverdracht tussen verloskundige en ziekenhuis verliep moeizaam. Er werd van de cliënt verwacht dat zij deze informatie zelf meenamen terwijl zij liever hadden gezien dat dit tussen de artsen onderling werd gecommuniceerd (Nivel, 2007).

Zoals hierboven beschreven is er wereldwijd veel onderzoek gedaan naar de verloskundige zorg van bevallen vrouwen. Ook in Nederland is dit onderzocht, echter niet zo vaak. Die onderzoeken die wel in Nederland zijn verricht zijn beperkt aangezien deze berusten op de *ervaringen* en niet op wensen en voorkeuren van de zwangere vrouw. Ervaringen van cliënten worden vaak gemeten aan de hand van een vragenlijst opgesteld door onderzoekers en zorgverleners welke de ervaring van cliënten meten met de reeds bestaande zorg. Op deze manier kunnen vrouwen enkel hun ervaring delen over de genoemde aspecten in de vragenlijst en niet over onderwerpen die zij zelf belangrijk vinden aan de zorg rondom zwangerschap en bevalling. Dit kan tijdens groepsinterviews wel. Focusgroepen zorgen dat cliënten hun gedachten kunnen uitdrukken, emoties kunnen aangeven bij hetgeen ze zeggen. Hierdoor voelen cliënten zich ook meer betrokken bij het zorgproces. Sommige wenselijke aspecten van zorg kunnen alleen door de vrouw zelf aangehaald en beoordeeld worden. Een bevalling is een persoonlijk en individueel proces maar wanneer van meerdere vrouwen informatie verkregen wordt over wat zij belangrijk vinden in de verloskundige zorg, kan getracht worden aan deze wensen te voldoen (Murray & Wilcock, 1996). Onderzoek van Wessels et. al.(2010) bij oncologie patiënten binnen het UMC Utrecht laat zien dat aan de hand van informatie verkregen tijdens focusgroepen, zonder sturing vanuit de onderzoekers, een lijst opgesteld kon worden waarin de belangrijkste aspecten van gezondheidszorg, ideeën en meningen vanuit de cliënt werden gevat. Op basis van deze lijst kon een vragenlijst gemaakt worden om zo van een grotere groep cliënten de wensen en voorkeuren in zorg vast te kunnen leggen. Na het zien van de resultaten van het onderzoek van Wessels et. al. (2010) heeft de afdeling verloskunde te kennen gegeven ook van haar cliënten te willen weten wat de wensen en voorkeuren zijn, ten aanzien van de verleende zorg. Aangezien er wel al meer onderzoek is verricht naar ervaringen van cliënten maar weinig onderzoek gedaan is naar de behoeften en voorkeuren van bevallen vrouwen en deze onderzoeken vooral afkomstig zijn uit het buitenland, is dit onderzoek gericht op het achterhalen van deze wensen en voorkeuren. Aangezien er in Nederland een duidelijke scheiding is tussen eerste- en tweedelijns zwangerschappen/bevallingen, en deze van andere aard zijn, wordt verwacht dat de wensen en voorkeuren van cliënten uit de eerste en tweede lijn van elkaar verschillen. De aard van dit onderzoek

is kwalitatief. Kwalitatief onderzoek is een goede manier om beleving van cliënten te achterhalen en om cliënten te stimuleren om actief en creatief na te denken over bepaalde onderwerpen, volgens Baarda, de Goede en Teunissen (2005)

Dit heeft geleid tot twee onderzoeksvragen.

1. Wat zijn de wensen en voorkeuren van bevallen vrouwen in het UMC Utrecht, op het gebied van zorg vóór, tijdens en na de bevalling?
2. In hoeverre verschillen de wensen en voorkeuren van cliënten uit de eerste lijn ten opzichte van die uit de tweede lijn, op het gebied van zorg vóór, tijdens en na de bevalling?

2. Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek bevat:

Een kwalitatieve studie uitgevoerd binnen het UMC Utrecht waarbij tijdens groepsinterviews inzicht wordt verkregen in de wensen en voorkeuren van cliënten omtrent zorgaspecten voor, tijdens en na de bevalling. Het onderzoeksprotocol is bekeken door de Medisch Ethische Toetsing Commissie en als niet WMO- plichtig beoordeeld.

2.2 Participanten

De werving van cliënten voor de deelname aan de groepsinterviews heeft plaats gevonden aan de hand van de zogenaamde Partusboeken van het Wilhelmina KinderZiekenhuis, afdeling van het UMC Utrecht. Partusboeken zijn boeken die door de verloskundigen worden bijgehouden en waarin alle bevallingen worden genoteerd die in het UMC Utrecht. Per bevalling worden datum en details genoteerd.

Alle cliënten die zijn bevallen in de periode van 1 maart 2011 tot en met 1 mei 2011 zijn per brief benaderd om mee te doen aan dit onderzoek. Dit waren 255 cliënten waarvan 24 cliënten (9,4%) uiteindelijk hebben deelgenomen aan de groepsinterviews, 22 vrouwen en 2 mannen. Deze mannen waren partners van bevallen vrouwen, die meekwamen naar het groepsinterview. 21 cliënten hadden de Nederlandse nationaliteit, één de Griekse, één de Bulgaarse en één de Marokkaanse. De gemiddelde leeftijd, ten tijde van de bevalling, was 33 jaar, met een spreiding van 27- 41 jaar.

Aan de hand van het partusboek is bepaald of de vrouwen het grootste gedeelte van hun zwangerschap in de eerste of tweede lijn hebben doorgebracht. Wanneer de vrouwen tijdens de gehele zwangerschap eerstelijns cliënt zijn geweest en pas kort voor, of tijdens de bevalling zijn overgedragen naar de tweede lijn, vielen zij onder de eerstelijns cliënten aangezien zij het grootste gedeelte van de zorg als eerstelijns cliënt hebben ervaren. Dit resulteerde in 10 vrouwen en één man in de eerstelijns groepsinterviews en 12 vrouwen en één man in de tweede lijn. Aangezien deze vrouwen onlangs pas waren bevallen mochten zij desgewenst hun pasgeboren kind mee nemen de groepsinterviews.

2.3 Procedure

Alle 255 cliënten die per brief uitgenodigd waren voor deelname aan het onderzoek zijn ongeveer 10 dagen later nagebeld met de vraag om deelname. Over het algemeen werd door de cliënten positief gereageerd op het onderzoek en deelname daar aan. Voor veel cliënten was het echter lastig om met hun pasgeboren kind naar het ziekenhuis te komen. Vaak genoemde redenen om niet deel te nemen aan het onderzoek waren: ‘het niet kunnen regelen van vervoer’, ‘het niet kunnen regelen van oppas voor de andere kinderen’ of ‘een gebrek aan tijd in verband met het pasgeboren kind’. Een aantal cliënten gaf aan op dit moment al hun aandacht aan hun pasgeboren kind te willen besteden waardoor ze geen tijd hadden om mee te doen aan dit onderzoek. Helaas gaven twee cliënten aan niet deel te willen nemen aan het onderzoek omdat zij niet tevreden waren met de verkregen zorg. Uiteindelijk waren 32 cliënten bereid deel te nemen en werden de groepen gevuld. Van de 32 cliënten zijn 24 personen daadwerkelijk op komen dagen. Reden van afzegging op het laatste moment was vaak dat kind of moeder ziek was op de dag van het groepsinterview.

Voor aanvang van het gesprek werd aan alle aanwezige cliënten uitgelegd dat de gesprekken worden opgenomen en dat alle informatie vertrouwelijk zou worden behandeld. Ook werd uitgelegd dat alle informatie anoniem word verwerkt.

Er hebben drie groepsinterviews plaatsgevonden in de eerste lijn en drie in de tweede lijn. De groepsgrootte varieerde van vier tot acht cliënten en de gemiddelde tijdsduur was 75 minuten, inclusief een korte pauze van ongeveer tien minuten. Naast de cliënten waren tijdens de groepsinterviews aanwezig, de gespreksleider en procesbegeleider (om beurten Hester Wessels en Anne Koehorst, beide adviseur patiëntencommunicatie in het UMC Utrecht) en de onderzoeker die notuleerde. Er was geen medisch geschoold personeel aanwezig geweest. De gesprekken kenden een opzet waarbij zo min mogelijk is gestuurd door de onderzoekers. Om dit te bereiken is de enige vraag die tijdens deze groepsinterviews gesteld is: “Hoe zou u de zorg voor, tijdens en na de bevalling inrichten als u het voor het zeggen had, zonder aandacht te besteden aan de mogelijkheid tot uitvoering?”. De cliënten werd gevraagd om voor zichzelf na te denken en zonder overleg met de andere aanwezigen, zo veel mogelijk aspecten op te schrijven omtrent de zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraambed die zij, persoonlijk, het belangrijkste achten. Nadat alle aanwezige cliënten hun punten hadden opgeschreven, werd ieder van hen gevraagd haar punten te noemen en nader te verklaren. De andere cliënten mochten hierop reageren wanneer zij hier behoefte aan hadden, iets toe te voegen hadden of het er niet mee eens waren. Buiten deze procedure om, dat elke cliënt haar punten mocht opnoemen en bespreken, is zo min mogelijk gebruik gemaakt van persoonlijke uitnodiging tot spreken. Dit om het niet sturende karakter van dit onderzoek te behouden. Wanneer het gesprek stil viel werd geprobeerd deze weer op gang te brengen, zonder het gesprek te sturen. Dit werd gedaan door patiënten te stimuleren hun individuele mening, ervaring en gevoelens te delen. Ook is een aantal keer het gesprek weer op gang gebracht door het stellen van verdiepingsvragen op eerder door de cliënt genoemde items. Tot slot werd gevraagd of men nogmaals na wilde denken over die aspecten die zij het belangrijkste vonden, hierbij werd dit keer door de onderzoekers onderscheid gemaakt tussen de belangrijkste punten voor, tijdens en na de bevalling. Ook is de deelnemers specifiek gevraagd om ‘out of the box’ te denken en mogelijke beperkingen te vergeten.

Er is gekozen voor groepsinterviews in plaats van individuele interviews zodat mensen op elkaar kunnen reageren en elkaar kunnen aanvullen. Door de deelnemers eerst zonder overleg op te laten schrijven wat zij belangrijk vinden aan de zorg rondom bevalling, wordt gezorgd dat bij het noemen van punten geen sturing

plaatsvindt en zij zelf de verschillende onderwerpen aandragen die later in het groepsinterview besproken zullen worden. Op deze manier kan ook gehoord worden of er verschillende meningen zijn over bepaalde onderwerpen.

2.4 Data analyse

Alle groepsinterviews zijn op geluidsband opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Deze getranscribeerde gesprekken zijn in Nvivo© (Versie 2.0; SR International Pty`Ltd., Melbourne, Australia, 2002) gezet. Daarna zijn door de onderzoeker citaten geselecteerd en categorieën en subcategorieën opgesteld. Nvivo© is een softwareprogramma bedoeld om grote hoeveelheden kwalitatieve informatie mee te verwerken. De transcripten zijn door twee onderzoekers gecategoriseerd. De eerste onderzoeker heeft aan de hand van de transcripten en op basis van aanwezigheid tijdens de groepsinterviews een codeboom opgesteld met hierin de verdeling in categorieën en subcategorieën zoals deze volgens haar zou moeten zijn. Deze codeboom is tot stand gekomen op basis van een inductieve analyse, waarbij volgens Patton (2002) categorieën en algemene patronen ontstaan doordat de onderzoeker patronen leert herkennen in het onderzochte fenomeen. Dit door telkens terug te keren naar de transcripten van de groepsinterviews en de uitspraken van cliënten onder te verdelen in categorieën en subcategorieën.

De tweede onderzoeker, die niet aanwezig is geweest bij de groepsinterviews heeft onafhankelijk van de eerste onderzoeker gewerkt. Deze onderzoeker ontving alle transcripten van de groepsinterviews en de codeboom met daarop enkel een overzicht van de opgestelde categorieën en subcategorieën. Aan hem de opdracht om onafhankelijk van de eerste onderzoeker uitspraken van de deelnemers onder te verdelen in de categorieën.

Wanneer een genoemde uitspraak volgens de onderzoeker onder meer dan één categorie viel, mocht deze onder meerdere categorieën geschaald worden. Hieraan was geen limiet gesteld. Wanneer eenzelfde deelnemer een genoemd onderwerp kort achter elkaar herhaald is dit geteld als zijnde één uitspraak. Wanneer de deelnemer na afsluiting van dat onderwerp later in het gesprek weer terug kwam op het onderwerp om bijvoorbeeld nogmaals de belangrijkheid aan te stippen, is deze wel als nieuw onderwerp geteld aangezien de deelnemer hiermee aangeeft dat zeer belangrijk te vinden. Dit is slechts twee keer voorgekomen.

Een voorbeeld van één citaat dat volgens beide onderzoekers zowel onder de subcategorie 'aandacht' als onder de subcategorie 'continuïteit van zorgverlener' als onder de subcategorie 'controles' viel is:

‘Ik vind het heel fijn dat het dezelfde persoon is tijdens de zwangerschap, ja dat je telkens met dezelfde persoon praat en dat die je ook een beetje kent. En ja, dat je regelmatig een controle bij diegene hebt voor je eigen zekerheid, tijdens de zwangerschap.’

Nadat beide onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, alle transcripten verwerkt hadden zijn zij samen gekomen om de resultaten te vergelijken en te bespreken. Dit werd gedaan door de gehele transcripten samen door te nemen en per gemarkeerde uitspraak te overleggen om tot overeenstemming te komen. Wanneer er discrepantie bestond tussen de meningen van de onderzoekers, is door middel van discussie naar consensus gezocht. Ook is de codeboom nog verder aangepast door in overleg met Stans Drossaert en Christina Bode, categorieën samen te voegen en titels aan te passen, totdat uiteindelijk consensus ontstond over de categorieën en subcategorieën.

3. Resultaten

Op basis van de analyse van de focusgroepen zijn acht categorieën onderscheiden welke zijn opgedeeld in subcategorieën, zie Tabel 1. De resultaten worden hieronder besproken in een rangorde waarbij de categorie die het vaakst genoemd werd als eerste wordt besproken en de minst besproken categorie als laatste aan bod komt. Binnen de categorieën zullen ook de subcategorieën in diezelfde rangorde worden besproken.

Wanneer tijdens het bespreken van de resultaten gesproken wordt over ‘zorgverleners’ zal dat in de eerste lijn gaan om verloskundigen en kraamverzorgenden, en in de tweede lijn betreft dit de klinisch verloskundigen, artsen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden.

Tabel 1.
Rangorde categorieën en subcategorieën met bijbehorende citaten

Categorie	Subcategorie	Citaat
Bejegening	Persoonlijke benadering	'Eigenlijk is dat niet iets wat je kunt meten of kunt leren volgens mij maar dat is empathie, warmte, menselijke warmte. Ja, dat had ik wel even nodig op dat moment'
	Afstemmen	'Nou, ik wilde gewoon alleen maar dat ze zeggen: nou, dit is er aan de hand en dit gaan we doen en dit moet jij doen.
	communicatie op cliënt	En dat er gewoon een duidelijk plan is op dat moment, gewoon helderheid.'
	Serieus nemen cliënt	'Ik had al een paar keer aangegeven dat ik echt niet meer kon bijpuffen maar toch werd de infuuspomp iedere keer hoger gezet, Achteraf bleek dat mijn weeënmeter niet werkte waardoor de weeën niet goed werden geregistreerd.'
	Aandacht	'Toen ik op een kamer lag met iemand anders die een bevalling met een keizersnee had, toen werd daar constant aandacht aangegeven en ik begreep niet waarom er niemand bij mij kwam.'
	Coachen cliënt	'Ja, mijn vriend deed ook heel erg zijn best maar ik had haar letterlijk vast en toen ik in paniek raakte in de laatste fase, en zij maar: je kunt het wel! En mee ademen en rustig blijven. Ik was die cursus helemaal kwijt. Ja, daar was zij echt goed in.'
	Vertrouwen	'Dat je echt het vertrouwen hebt van, nou, hier geef ik het vertrouwen omdat ik echt van iets niet veel weet. Dat geef je dan uit handen, ik vertrouw op deze persoon.'
Participatie & besluitvorming	Privacy	'Wat ik gemist heb na de bevalling omdat ik natuurlijk door de keizersnee moest blijven in het ziekenhuis, is privacy. Ik vond het heel vervelend dat er nog andere mensen bij lagen.'
	Van te voren bespreken keuzes	'Wat ik echt heel belangrijk vond was dat de keuzes voorgelegd werden. Alles werd steeds overlegd en heel duidelijk gecommuniceerd en dat vond ik heel fijn en erg belangrijk.'
Informatie	Inspraak tijdens bevalling	'En wat zouden wij kunnen doen, om het voor jou makkelijk en aangenamer te maken? In ieder geval het gevoel geven dat als het moment daar is dat dan alles er aan wordt gedaan om jouw manier dan toch te handhaven.'
	Voorlichting	'Wat ik ook prettig vind is dat 's ochtends verteld wordt van: goh, dit gaat er vandaag allemaal gebeuren. Hoeft niet per uur, maar misschien per dagdeel, dat je meer voorbereid wordt op wat er allemaal gaat gebeuren.'
	Praktische informatie	'Ik ben de hele dag aan het bellen geweest met de verzekering of ik ook overgeplaatst kon worden, en of dat werd vergoed. En ja dat was de tweede dag na de bevalling en dat vond ik best wel pittig om dat allemaal zelf te moeten regelen.'
	Inlichten tijdens de bevalling	'Hij had bijvoorbeeld de navelstreng om zijn hals heen dus dat moest heel snel worden doorgeknipt, en mijn man zat met heel veel vragen van: heeft ze nou een zuurstoftekort gehad? moet ik rekening houden met een ontwikkelingsachterstand? En de verpleegkundige kwam later ook wel maar ja, al die tijd heeft hij wel in spanning gezeten.'
Organisatie v/h ziekenhuis	Bereikbaarheid	'Ik hoefde maar te bellen en ik mocht langskomen'
	Druk in het ziekenhuis	'Ja, nou dat mag je dus ook niet merken vind ik, dat het druk is.'
	Eenpersoons kamer	'Ik vind, je moet naar een 1 persoonskamer toe, sowieso als je 's nachts bevalt.'
	Controles	'Afhankelijk van je medische achtergrond, dat je eventueel nog een paar keer bij een verloskundige, dat je net als bij je voortraject, dat je ook daarna nog even een paar keer op controle komt.'

Continuïteit	Wachttijden	'Het is me wel eens gebeurd dat ik heel lang hier gezeten heb. Ik heb hier wel eens hele middagen gezeten, en soms komt er ook wel eens een spoed tussendoor, dan moet je gewoon wachten.'
	Camera's	'Wat ik wel echt heb gemist is, heb op de mediumcare afdeling hebben ze camera's hangen dus dan kun je vanuit je kraambed kijken naar de afdeling waar je baby ligt, maar op de hartafdeling hebben ze dat niet.'
	Verschillende zorgverleners Communicatie zorgverleners	'Ik had iedere week iemand anders. Ik heb hier tien maanden zwanger gelopen zeg maar en het is fijn als je op een gegeven moment een band, zeker bij een zwangerschap, dat je een band hebt met je arts. ' 'Hier in het WKZ, en dat vond ik op een gegeven moment wel heel vervelend worden, om elke keer het verhaal weer van het begin tot aan het eind, dat was gewoon niet leuk.
Rol v/d partner	Betrekken partner	'Dan gingen ze gelijk het kind verschonen en dan leerden ze dat ook gelijk aan mijn man en dan wist hij ook hoe hij dat moest doen. Dan werd hij er ook een beetje bij betrokken.'
	Overnachten partner	'Blijven slapen heb ik ook echt gemist, zeker de eerste nacht. Daarbij je komt op de verkoever en je man is weg, je kind is weg en dan lig je daar gewoon alleen.'
	Benadering partner	'Dat blije baby gedoe daar zit hij niet op te wachten. Ja, want dat vind ik zelf wel heel erg leuk, dus je moet wel heel erg schipperen tussen wat een vrouw leuk vind en wat een man leuk vind.'
Deskundigheid	Aanwezigheid apparatuur	'Het is echt goed dat je het ziekenhuis achter je hebt staan. Als er iets is dan kun je in ieder geval hier naartoe en dat heb ik ook als punt, dat in ieder geval alle apparatuur aanwezig is.'
	Rust zorgverleners	'Wat volgens mij alle verloskundigen van nature hebben is dat ze rust uitstralen. Ik heb me daar echt over gefascineerd. Maar dat helpt wel echt.'
Nazorg	Afronding bevalling	'Ze moeten het gewoon helemaal afronden zeg maar, ja gewoon alles wat daar bij hoort, ook hechten enzo.'
	Geestelijke nazorg	'In de nacontrole vond ik heel goed dat er aandacht was van nou, je hebt een pittige bevalling gehad, dat er aandacht was voor: heb je een trauma opgelopen? Wil je meer hulp?

3.1 Bejegening

Door veel cliënten werd het onderwerp bejegening genoemd als zeer belangrijk tijdens hun zorgtraject. Zeker daar waar het om zwangerschap en de geboorte van een kind gaat, wat over het algemeen een mooi gebeuren is, is bejegening belangrijk en anders dan bij andere patiëntgroepen in het ziekenhuis.

Dit werd geïllustreerd in het volgende citaat:

‘Ja, weet je, dit is natuurlijk niet een normale dokter- patiënt relatie, je bent niet bezig met een ziekte maar je bent bezig met de komst van een nieuw kind en dan, ja, zou ik het prettig vinden wanneer je wat meer persoonlijk contact hebt als normaal met een arts of een verpleegkundige zou hebben.’

De categorie bejegening is onderverdeeld in de volgende zeven subcategorieën: ‘persoonlijke benadering’, ‘afstemmen van communicatie op de cliënt’, ‘serieus nemen van de cliënt’, ‘aandacht’, ‘coachen’, ‘vertrouwen’ en ‘privacy’.

Persoonlijke benadering- Alle cliënten, op één na, waren het met elkaar eens dat het opbouwen van een band met de betreffende zorgverlener wenselijk is voor het prettig verlopen van de bevalling en de periode daarvoor en daarna. Zij gaven aan het belangrijk te vinden dat er ruimte is voor persoonlijke en oprechte aandacht, dat de zorgverleners weten wie je bent. En dat je niet zo behandeld wordt, zoals een cliënt zei:

“Onder het mom van: we zien de hele dag zwangeren en jij bent zwangere nummer achttien, dus oh, het gaat goed? Mooi!”

Het is voor de cliënt zelf vaak een belangrijke en mooie gebeurtenis waar nog veel aan terug gedacht wordt en dit intieme moment wordt gedeeld met zorgverleners. Dan is het prettig wanneer de zorgverlener oprecht geïnteresseerd is en persoonlijk betrokken.

Een cliënt gaf dit mooi weer en zei:

‘Ja, ik had echt zoiets van: zijn we in een ziekenhuis of in een hotel?! In een hotel wordt je nog niet eens uitgezwaaid, heel persoonlijk. Ja, het is echt heel bijzonder want het is toch je werk maar dat je dat doet met zo veel plezier, warmte en interesse. Ja, wij waren verrast, echt heel goed. En dat ze je herkennen dat vond ik ook heel goed.’

Empathie werd aangegeven als een factor die hier een grote rol in speelt. Aangegeven werd dat bijna alle cliënten vonden dat empathie bij de verloskundigen en gynaecologen van het UMC Utrecht, aanwezig was. Eén cliënt zei:

‘Ja, ook de begeleiding bijvoorbeeld door de verpleegkundige die echt, ja heel lief en begripvol was, ja dat had ik wel echt nodig op dat moment.’

Een andere cliënt voegde hier aan toe:

‘Ja, dat is heel belangrijk en eigenlijk is dat niet iets wat je kunt meten of kunt leren volgens mij maar dat is empathie, warmte, menselijke warmte.’

Een andere vorm van persoonlijke aandacht die aan bod kwam was het hebben van één vast persoon die de cliënt bijstaat voor tijdens en na de bevalling. In de literatuur wordt deze persoon een ‘doula’ genoemd. Naast het feit dat de cliënt zich beter op haar gemak zal voelen zou een doula er ook voor kunnen zorgen dat een cliënt niet telkens haar verhaal opnieuw hoeft te vertellen, bij het zien van een nieuwe zorgverlener.

De cliënt die het niet eens was met de behoefte aan een persoonlijke benadering gaf aan dat ze in het ziekenhuis kwam voor de juiste zorg en dat ‘de priet praat’ achterwege gelaten kan worden. Een andere cliënt gaf aan geen persoonlijke klik te hebben met haar verloskundige maar vond dit niet erg omdat ze haar werk wel goed deed.

Afstemmen van communicatie op cliënt- Ook in de categorie bejegening gaven cliënten aan het wenselijk te vinden dat er duidelijk gecommuniceerd wordt op een niveau waarop zij als leek kunnen begrijpen wat de zorgverleners bedoelen. Gewenst is dan ook dat duidelijk gecommuniceerd wordt wat er gaat gebeuren en waarom en waarom bepaalde dingen wel en niet kunnen. Wanneer dit gebeurt, kunnen er op dat gebied geen misverstanden en irritaties ontstaan.

Een cliënt zei:

‘Voor, tijdens en na vind ik communicatie één van de belangrijkste punten, en ook, ja het klinkt misschien een beetje raar maar op het niveau van de klant. Dus niet alleen klantgerichtheid, maar ook een beetje inschatten of de klant begrijpt wat je zegt. De één pakt het sneller op dan de ander en in verschillende situaties kun je dingen eerder of later begrijpen.’

Een voorbeeld van een cliënt waarbij niet duidelijk is gecommuniceerd luidde als volgt:

‘Omdat ze steeds hadden gezegd van als je naar het ziekenhuis komt en je hebt te weinig ontsluiting, dan kan je ook weer naar huis gestuurd worden als ze denken dat het nog een dag of wat gaat duren. En dat snap ik ook wel, alleen dat zat bij mij zo erg in mijn hoofd dat wij heel lang hebben gewacht totdat we uiteindelijk hier kwamen, met 9 centimeter ontsluiting.’

Een oplossing voor deze misverstanden, aangedragen door een cliënt zou zijn om na te vragen of de cliënt de ontvangen informatie daadwerkelijk heeft begrepen. Dit zouden zorgverleners kunnen doen aan de hand van een controlevraag, die daadwerkelijk controleert of de informatie zo bij de cliënt is overgekomen zoals deze bedoeld werd. Wanneer cliënten de zorg in mochten richten zoals zij het wenselijk vinden, zouden zij de voorkeur geven veel aandacht te besteden aan de communicatie richting de cliënt.

Serius nemen cliënt- Cliënten geven aan het wenselijk te vinden dat zorgverlener luisteren naar wat de cliënt aangeeft en vertelt, zodat zij op de meest juiste en prettige manier kunnen handelen wanneer dat nodig is. Cliënten willen graag serieus genomen worden wanneer zij een suggestie doen, pijn aangeven of anderzijds te kennen geven het anders te willen. Tijdens de groepsinterviews zijn verschillende situaties, met de gevolgen van

dien, omschreven waarin cliënten niet serieus werden genomen. Zo beschreef één cliënt de situatie waarin zij met acht centimeter ontsluiting en toestemming van de gynaecoloog in het ziekenhuis bleef, wachtende op genoeg ontsluiting om de bevalling in gang te zetten en de verpleegkundige haar niet serieus nam en zei:

‘Doen jullie er echt veertig minuten over om hier te komen? Want op uw stickertje staat dat u in Utrecht woont. Vervolgens pakte zij een stoel en zei: nou, ik ga even kijken hoe die weeën van jou komen om te kijken of het wel serieus aan de gang is.’

Het gevolg van dit wantrouwen was dat de cliënt zich zo vervelend voelde dat de weeën gestopt zijn.

Aandacht- Aandacht werd door cliënten op verschillende manieren omschreven. Het vaakst werd aangegeven dat vrouwen het wenselijk vinden op de hoogte te worden gehouden van wat er gaat gebeuren of waar ze op wachten. Dat zorgt voor meer begrip vanuit de cliënt. Ook gaven zij aan dat zij het belangrijk vinden dat af en toe iemand langs komt om te vragen hoe het gaat en om een update te geven wat er gaat gebeuren.

Een cliënt zei:

‘Ja, dus ook een stuk aandacht dat er steeds even iemand bij je komt die zegt: nu gebeurt er dit en dat, en zo staan we er voor. Al zegt ze maar: joh, over drie uur nemen we pas een beslissing. Dat is prima, maar dan weet ik: Ok, ik kan nog drie uur wachten.’

Gewenst is dus dat er voldoende aandacht besteed wordt aan de cliënten in het ziekenhuis.

Coachen cliënt- Vooral tijdens de bevalling geven cliënten aan de voorkeur te hebben daadwerkelijk gecoacht te worden door de verloskundige. Zij vinden het belangrijk dat er iemand is die zegt wat ze moeten doen, wanneer ze dat moeten doen en of ze het goed doen. Wanneer er sprake is van goede ‘coaching’ door de aanwezige verloskundige kan dit zorgen voor een verlichting tijdens de bevalling. Een cliënt zei:

‘Tijdens dat je gaat bevallen, de support van de verloskundige was heel goed en dat heb ik ook gemerkt dat dat ook echt belangrijk is. Dat had ik niet verwacht, maar die geestelijke ondersteuning, dat ze elke keer zeggen van: Ja goed, goed en doorgaan. Ja, dat had ik niet verwacht dat dat zo belangrijk was.’

Een andere cliënt voegde hier aan toe:

‘Ja, het idee dat er iemand bij je is, die je kan helpen, naast je partner want die weet ook niet zo goed wat hij moet doen.’

Vertrouwen- Door het opbouwen van een prettige band met de zorgverleners die betrokken zijn bij het proces is er ook sprake van vertrouwen. Een aantal keer werd genoemd dat het hebben van vertrouwen een belangrijke, wenselijke voorwaarde is voor een prettige bevalling.

Privacy- Cliënten hebben behoefte aan privacy en dan vooral na de bevalling. Wanneer het kind geboren is zouden cliënten het wenselijk vinden wanneer er de mogelijkheid is om met partner en kind, op een één-

persoonkamer te kunnen genieten van hun nieuwe gezin. Eén cliënt gaf ook aan dat door een zorgverlener informatie werd gegeven over de baby in aanwezigheid van visite, terwijl de cliënt behoefte had aan privacy. Wanneer zij informatie wil delen met anderen geeft zij dit zelf aan.

Waargenomen is dat voornamelijk de eerstelijns cliënten het belang van bejegening aangaven. ‘Persoonlijke benadering’, ‘afstemmen van communicatie op cliënt’ en het ‘coachen van de cliënt’, werden door cliënten in de eerste lijn twee keer zo vaak genoemd dan door cliënten uit de tweede lijn. ‘Vertrouwen’ werd in de tweede lijn niet eens genoemd. Andersom werd het belang van de categorie ‘aandacht’ twee keer zo vaak tijdens tweedelijns groepsinterviews genoemd dan tijdens de eerste lijn. Bij de categorieën ‘privacy’ en ‘het serieus nemen van de cliënt’ werden geen opvallende verschillen gevonden tussen de eerste en de tweede lijn.

3.2 Participatie en besluitvorming

Participanten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen geven op verschillende manier aan het belangrijk te vinden betrokken te zijn bij hun eigen zorgtraject en hierin zelfstandig keuzes te maken en inspraak te hebben. De categorie ‘participatie en besluitvorming’ is onderverdeeld in twee subcategorieën: ‘Van te voren bespreken van de keuzes’ en ‘inspraak tijdens de bevalling’.

Van te voren bespreken keuzes- Bijna alle cliënten gaven aan het wenselijk te vinden wanneer van te voren de verschillende keuzes tijdens het proces worden doorgenomen, zodat ze hier bewust over na kunnen denken. Hierbij valt te denken aan keuzes als: manier van bevallen, na de bevalling nog een nacht mogen blijven slapen, het geven van borstvoeding of flesvoeding en in de meeste gevallen werd aangegeven een keuze te willen hebben omtrent het wel of niet krijgen van een ruggenprik. Zij vinden het belangrijk dat zij hier zelf een keuze in kunnen maken en dat er niet over gediscussieerd hoeft te worden op het moment dat ze er naar vragen. Vaak is door de vrouwen van te voren al aangegeven dat zij een ruggenprik willen, maar ook wanneer zij tijdens de bevalling aangeven dat ze een ruggenprik willen, moet deze direct en zonder commentaar gezet worden. Eén cliënt zei:

‘Ja, ik vind het prettig als er voldoende aan je wensen, eisen, wordt voldaan, ja dat klinkt wat drammerig maar tijdens de bevalling was het op een gegeven moment van: goh, ik wil graag een ruggenprik. Prima, binnen een half uur was deze ook gezet. Nou dat is gewoon prettig dat je daar niet om hoeft te zeuren.’

Dit soort wensen en voorkeuren kunnen door cliënten vastgelegd worden in een bevalplan, welke door cliënten dan ook als wenselijk beschreven. Ook gaven twee personen aan de keuzemogelijkheid te willen om via een keizersnede te bevallen in plaats van op de natuurlijke manier. Op dit moment is dat in Nederland niet mogelijk. Een enkeling gaf aan te weten dat het hebben van een keuze niet in elke situatie mogelijk is en dat in deze situaties de beslissing het best gemaakt kan worden door de zorgverleners.

Een voorbeeld van een dergelijke situatie werd door een cliënt als volgt verteld:

‘Ik dacht: vacuümpomp? Zo is er een vacuümpomp gekomen en daarna een spoedkeizersnee na 32 uur. Dus ik was mezelf echt goed kwijt en op een gegeven moment kwam er iemand de kamer op en zei: ja, jouw HB is heel laag,

wil je een bloedtransfusie?’

Eén cliënt gaf zelfs aan dat zij mocht bepalen wanneer de baby geboren zou worden en dat als zeer gewenst te hebben ervaren. Zij zei:

‘ Ik zei tegen mijn gynaecoloog: ja, ik word nu wel een beetje gestrest en labiel, ook gewoon emotioneel. En toen vroeg de gynaecoloog: nou, wanneer wil je ingeleid worden? En ik zei: ja, morgen? Ja, ik hoefde het maar te zeggen en het werd geregeld!’

Inspraak tijdens de bevalling- Naast het hebben van een keuze vinden cliënten het ook wenselijk inspraak te hebben in de zorg rondom de bevalling. Cliënten geven aan het belangrijk te vinden dat er geluisterd wordt naar hun wensen en voorkeuren, deze willen ze graag van te voren aan kunnen geven. Het overgrote gedeelte van de cliënten gaf aan het moeilijk te vinden om de regie tijdens hun eigen zorgtraject uit handen te geven. Zij vonden het echter wel belangrijk dat de veiligheid van het kind op de eerste plaats kwam te staan en beslissingen die dit tegengingen moeten worden genegeerd. Vrouwen vinden het belangrijk om inspraak te hebben omdat er aspecten zijn die de cliënt beter kan voelen dan dat een onafhankelijke zorgverlener deze kan beoordelen. Eén cliënt zei:

‘ Ja, ik vond het heel vervelend om vast te liggen aan allerlei toeters en bellen en ja op een gegeven moment, ik had de weeënmeter om mijn buik, mijn bevalling is ingeleid en toen, ja dat ging allemaal heel snel beginnen. Ieder kwartier werd de infuus pomp een tikje hoger gezet terwijl ik het op een gegeven moment echt niet meer kon bijpuffen van de weeën.’

Ook gaven cliënten aan het belangrijk te vinden van te voren aan te kunnen geven of ze wel of geen toestemming geven voor het meekijken of doen van onderzoek van stagiaires.

Daarnaast gaven cliënten aan behoefte te hebben aan inspraak op het gebied van extra controles of echo's.

Wanneer zij onzeker zijn tijdens de zwangerschap willen zij zonder moeite een extra afspraak kunnen maken om te controleren of hun onzekerheid terecht is of ongegrond.

Een cliënt gaf een voorbeeld dat ze meer inspraak had willen hebben in de tijd die ze nog in het ziekenhuis kon blijven, na de bevalling. Zij zei:

‘ Na drie dagen word je ook echt het ziekenhuis uit geschopt, of je er nou aan toe bent of niet. Nou ze mogen wel iets beter kijken naar niet alleen moeder en kind maar ook naar omstandigheden. Als je inderdaad vier trappen op moet, alleen, dat is niet handig.’

Waargenomen is dat cliënten in de eerste lijn vele malen vaker over de wenselijkheid van ‘het van te voren bespreken van de keuzes’ spraken terwijl de cliënten uit de tweede lijn vele malen vaker spraken over de wenselijkheid van ‘inspraak tijdens de bevalling’.

3.3 Informatie

Voor, tijdens en na de bevalling hebben vrouwen behoefte aan verschillende vormen van informatie. De categorie ‘informatie’ is onderverdeeld in drie subcategorieën: ‘Voorlichting’, ‘praktische informatie’ en ‘inlichten tijdens de bevalling’.

Voorlichting- Door vele cliënten werd gesproken over de wenselijkheid om voorafgaand aan de handeling ingelicht te worden over procedures, de handeling en de consequenties van deze handeling. Vooral werd aangegeven dat op deze manier misverstanden en onverwachte situaties vermeden kunnen worden. Een voorbeeld hiervan gegeven door een cliënt is dat zij van te voren te horen had gekregen dat een bevalling binnen het UMC Utrecht maximaal 12 uur mag duren en dat er dan ingegrepen wordt. Zij vond het een zeer geruststellende gedachte niet uren in pijn te hoeven verkeren. Daarnaast werd vele malen aangegeven dat cliënten het wenselijk vinden om van te voren van de zorgverleners te horen wat de consequenties zijn, ook wanneer deze niet positief uitpakken. Zo zei een cliënt:

‘ Ik had zelf toch wel een idyllisch beeld van na de bevalling. Ik had graag van te voren willen horen van, nou ja, zitten is bijna onmogelijk, lopen dat gaat nog moeilijker. Dat soort dingen vertel ik wel aan iedereen die nog geen kinderen heeft van, als je kinderen wil wees dan wel een beetje realistisch, het is wel heel heftig!’

In de categorie voorlichting werd ook de zwangere zaterdag genoemd. Deze dag wordt twee maal per jaar georganiseerd door het UMC Utrecht. Cliënten gaven aan van de verschillende colleges en lezingen die worden aangeboden veel geleerd te hebben en een beter beeld kunnen vormen van wat ze te wachten staat. Een veelgenoemd punt was de voorkeur om voor de bevalling een verloskamer gezien te hebben. Vrouwen gaven aan de behoefte te hebben van te voren te zien waar ze terecht komen. Ook werd een aantal keer werd aangegeven dat het meekrijgen van folders gewenst was, zodat zij thuis alles rustig konden nalezen. De Griekse man gaf aan dat schriftelijke informatie gewenst is, zodat hij thuis met het woordenboek erbij de tekst kan vertalen en begrijpen. Twee keer werd ook aangegeven dat wanneer schriftelijke informatie ontbreekt, zij op internet gaan zoeken naar informatie en daar vaak nare verhalen tegenkomen. Om die reden wordt de voorkeur gegeven aan eenduidige, schriftelijke informatie.

Praktische informatie- Bij een bevalling moet aan veel gedacht worden, het is een bijzondere gebeurtenis. Ook moet er veel voor geregeld worden. Vanuit dat oogpunt gaven meerdere cliënten aan het belangrijk en wenselijk te vinden van praktische informatie te worden voorzien. Hierbij valt te denken aan informatie over wat er geregeld moet worden door de aanstaande ouders, met welke aspecten en consequenties rekening gehouden moet worden en wat de voor en nadelen zijn van verschillende aangeboden mogelijkheden.

Een cliënt zei:

‘ Ja, praktische informatie, net kwam die zwangere zaterdag al voorbij, informatie over de verzekering, ook over de baby. En ook over die echo’s, ik was natuurlijk medisch dus ik heb super veel echo’s gehad.’

De bevalling van een eerste kind is altijd spannend, cliënten weten niet wat ze precies moeten verwachten en wat ze moeten doen. Om die reden werd een aantal keer door cliënten aangegeven meer informatie en steun gewenst

te vinden bij de zwangerschap en bevalling van een eerste kind, dan bij daaropvolgende kinderen. Bij een volgend kind hebben ze het al een keer meegemaakt en zouden ze juist meer vrijheid willen hebben, met name direct na de bevalling, om met partner en het nieuwe gezinslid te genieten.

Een cliënt zei hierover:

‘Ja, het is natuurlijk een verschil of het de eerste of tweede is, dat het zo druk was dat ze zeiden van: ‘kleed zelf de baby maar aan en doe het allemaal maar zelf. Als je kunt douchen, ga douchen. En dat moet allemaal maar kunnen op dat moment maar ik vond dat heel plezierig. Ja, kijk bij de eerste hadden we dat natuurlijk allemaal niet gekund, dat is duidelijk.’

Daarnaast geven cliënten aan het wenselijk te vinden meer informatie te krijgen over borstvoeding en flesvoeding. Hierbij werden punten genoemd als: hoe het kind aan te leggen, hoe de borst te stimuleren wanneer er geen melkproductie is en de voor- en nadelen van zowel borst- als flesvoeding. Ook werd aangegeven dat ze graag een keuze willen hebben in het geven van borstvoeding of flesvoeding. Eén cliënt gaf aan dat ze vond te veel gepusht te worden om borstvoeding te geven. Zij zei:

‘Ja, ik wil dat er iemand even met je meekijkt, want dat was echt dat ik dacht: ik wil NU dat er iemand komt, NU! Aan de andere kant zou ik het ook wel fijn vinden als er wat meer informatie over flesvoeding zou zijn. Op het moment dat ik dan besluit, ok, ik stop met de borstvoeding dan is het over zeg maar, je vind heel weinig informatie over flesvoeding.’

Een andere cliënt ging hier op in en vulde aan:

‘Nou, maar dat vind ik sowieso, dat vrouwen echt gepusht worden om borstvoeding te geven. Ik vind het echt belachelijk. Als je dan zegt: ik wil niet, dan staan ze je aan te kijken van: nou, voel jij je wel helemaal lekker?!’

Een laatst genoemde vorm van voorlichting is ‘zwangere zaterdag’. Deze dag wordt twee maal per jaar georganiseerd door het UMC Utrecht. Cliënten geven aan van de verschillende colleges veel geleerd te hebben en zich een beter beeld te hebben kunnen vormen van wat ze te wachten staat tijdens de bevalling. Een veelgenoemd punt was de voorkeur om voor de bevalling een verloskamer gezien te hebben.

Inlichten tijdens de bevalling- Het merendeel van de cliënten geeft aan het wenselijk te vinden op de hoogte gehouden te worden van wat er op dat moment gebeurd. Wanneer cliënten weten waar ze aan toe zijn, bijvoorbeeld waarom ze moeten wachten, hebben ze er meer vrede mee en zijn ze geduldiger dan wanneer dit niet het geval was. Ook kan het voor onrust zorgen wanneer ze niet worden ingelicht, bijvoorbeeld wanneer zij ineens van de verloskundige naar de gynaecoloog worden verwezen. Aangezien deze een hoger specialisme heeft, wordt door de cliënt al snel aangenomen dat er een reden moet zijn waarom er naar een gynaecoloog wordt verwezen.

Een cliënt zei:

‘Ik werd vanuit de verloskundigenpraktijk overgenomen door het ziekenhuis en toen ik daar kwam was het voor mij heel onduidelijk van: hoe werkt het hier nu. Zeg maar, bij wie ben ik wanneer? Want toen zat ik eerst ook bij de verloskundige en toen zei zij, nee je moet toch bij een gynaecoloog en die zei: nee, je moet toch weer terug en toen op een gegeven moment vroeg ik ook van: waarom zit ik nu bij jou? Waarom moest ik naar jou? Dat was me niet helemaal duidelijk, dus dat is wel heel fijn om te weten van: ok, hoe werkt het, wanneer moet iemand onder die zorg vallen en wanneer onder die?’

In de categorie ‘praktische informatie’, werd waargenomen dat de Zwangere Zaterdag in de tweede lijn twee keer zo vaak werd genoemd dan tijdens de groepsinterviews in de eerste lijn. Andersom werd het belang van informatie over borstvoeding vele malen vaker genoemd door cliënten uit de eerste lijn. Bij alle andere subcategorieën was geen opmerkelijk verschil te zien tussen de wensen en voorkeuren van de eerste lijn, ten opzichte van de tweede lijn.

3.4 Organisatie in het ziekenhuis

Verschillende wensen en voorkeuren hadden te maken met de organisatie in het ziekenhuis. Deze categorie werd onderverdeeld in zes subcategorieën: ‘bereikbaarheid’, ‘één persoonskamer’, ‘drukke in het ziekenhuis’, ‘wachttijden’, ‘controles’ en ‘de aanwezigheid van camera’s’.

Bereikbaarheid- Tijdens de zwangerschap kan het zijn dat de cliënt twijfelt over de voortgang van de zwangerschap. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ze het kind al een tijdje niet meer gevoeld heeft of dat ze pijn heeft in haar buik. Cliënten gaven aan het zeer wenselijk te vinden te allen tijde langs te mogen komen in het ziekenhuis. Alle cliënten die het aspect van bereikbaarheid noemden gaven aan te allen tijde te mogen bellen om een afspraak te maken om op korte termijn langs te komen. Dit zorgde voor rust en vertrouwen bij de cliënten. Ook telefonische bereikbaarheid om vragen te stellen of een afspraak te maken is zeer gewenst. Een cliënt zei:

‘Ik mag bellen, ik mag meteen langskomen en vooral omdat ik dan een tijdje, twee weken achter elkaar door, bloedverlies heb gehad. Dat is echt wenselijk, ja gewoon heerlijk dat ze zo voor je klaar staan.’

Eén persoonskamer- Afgezien van het feit dat het op dit moment in het UMC Utrecht niet gebruikelijk is, werd door meerdere vrouwen aangegeven dat het wenselijk is om een één persoonskamer ter beschikking te hebben, na de bevalling. Wanneer deze één persoonskamer gerealiseerd zou zijn, zouden ze niet meer met vreemden op één kamer hoeven te liggen en kan de partner blijven slapen.

Een cliënt zei:

‘Ja, het liefst zou ik een één persoonskamer hebben met mijn partner. Ja, want dan moet je blijven voor de baby, hij was met de vacuümpomp gehaald en ze wilden kijken of hij het goed deed zeg maar. Dus daarvoor moesten we blijven en ja, als het toch moet, dan liever met z’n tweeën.’

Drukke- In ziekenhuizen is het altijd druk. Echter geven cliënten aan het wenselijk te vinden dit niet te merken. Een cliënt zei:

‘Als je medisch bent, en je loopt hier in het ziekenhuis en je moet bij de gynaecoloog zijn, ik merk wel er is enige druk. Het zijn wel mensen die een ontzettend volle agenda hebben en dat was ook vaak helemaal niet erg, maar in mijn ideale ziekenhuis heeft de gynaecoloog in ieder geval veel tijd.’

Ook werd aangegeven dat door de drukte in het ziekenhuis, de gewenste aandacht afneemt.

Wachttijden- Ondanks dat cliënten begrijpen dat het soms niet anders kan in een ziekenhuis, aangezien er ook sprake kan zijn van spoedgevallen, zou in hun ideale ziekenhuisbeleving geen sprake meer zijn van lange wachttijden. Zowel voor, tijdens als na de bevalling zijn voorbeelden genoemd van cliënten die hebben moeten wachten op een zorgverlener die druk was, maar de meest genoemde voorbeelden gingen over de periode ná de bevalling. Eén cliënt zei:

‘Na de bevalling wil ik toch eerder douchen en het kind aanleggen. Dat duurde toch zeker twee en een half uur voordat er iemand was. Dat duurde lang.’

Controles- Zowel voor als na de bevalling hebben vrouwen regelmatig controles in het ziekenhuis bij de gynaecoloog of verloskundige. De behoefte aan deze controles is zeer groot. Vrouwen geven aan het wenselijk te vinden dat controles frequent plaatsvinden en een aantal cliënten gaf aan dat de frequentie zelfs wat hoger mag liggen, vooral vóór de bevalling. In deze periode zijn vrouwen nog onzeker over het verloop van de zwangerschap en zitten zij met meer vragen.

Ook werd aangegeven dat het wenselijk is dat controles in de buurt zijn en op dezelfde plek, om zo de continuïteit van zorg te waarborgen. Twee vrouwen gaven aan dit minder belangrijk te vinden, waar de controles plaatsvinden maar het vooral belangrijk te vinden dat de zorg goed is.

Betreffende de nacontrole geven vrouwen aan de voorkeur te hebben dat deze plaatsvindt bij de persoon die ook aanwezig is geweest tijdens de bevalling. Op deze manier kunnen zij nog gerichte vragen stellen over de bevalling.

Camera's- Eén vrouw uit de tweede lijn, gaf aan het wenselijk te vinden dat er een camera hangt bij het kind, zodat wanneer zij gescheiden van elkaar zijn, de moeder het kind toch kan zien. Op de mediumcare afdeling hebben ze deze camera's wel hangen, maar op de hartafdeling waar haar kindje lag, niet.

In de categorie ‘Organisatie in het ziekenhuis’ werd waargenomen dat cliënten in de eerste lijn vele malen vaker dan cliënten uit de eerste lijn de wenselijkheid van het hebben van een ‘eigen kamer’ aangaven, dan cliënten uit de tweede lijn. Daarentegen werd het belang van de aanwezigheid van camera's om het kindje te kunnen zien wanneer deze op een andere afdeling ligt, alleen genoemd door tweedelijns cliënten. Binnen de andere subcategorieën waren geen opvallende verschillen te zien tussen de eerste en tweede lijn.

3.5 Continuïteit

Continuïteit was een veelbesproken begrip tijdens de groepsinterviews, waarbij veel voorbeelden werden genoemd. Deze categorie was onder te verdelen in twee subcategorieën: ‘verschillende zorgverleners’ en ‘locatie’.

Verschillende zorgverleners- Alle cliënten, op één na, gaven aan het wenselijk te vinden weinig verschillende zorgverleners in hun zorgtraject te hebben. De meest genoemde nadelen als gevolg van het hebben van veel verschillende zorgverleners waren het ontbreken van een persoonlijke klik en het ontbreken van een vast aanspreekpunt. Het hebben van een vast aanspreekpunt zorgt er voor dat er meer gerichte vragen gesteld kunnen worden over (bijvoorbeeld) hoe de bevalling gelopen is, aangezien de persoon in kwestie dan ook daadwerkelijk aanwezig is geweest. Ook zorgt dit er voor dat er een mogelijkheid is om samen met de betreffende zorgverlener de bevalling te evalueren.

Eén cliënt omschreef dit als:

‘ Het allerfijnst is gewoon als er iemand is die er gewoon de hele tijd bij is. Gewoon 1 vast persoon en dat je daar dan ook later weer contact mee kan krijgen. Ja, dat is echt zorg, niet de medische begeleiding maar de persoonlijke begeleiding.’

Een voordeel dat genoemd werd omtrent het hebben van verschillende zorgverleners, is dat cliënten een team met fitte mensen om zich heen hebben staan. Wanneer constant dezelfde zorgverlener bij jou blijft is het onmogelijk dat deze persoon altijd fit blijft. Die ene persoon die aangaf het niet belangrijk te vinden om weinig verschillende zorgverleners om zich heen te hebben, gaf ook aan een fit team wenselijker te vinden. Zij zei:

“ Ik heb daar geen behoefte aan, ik wil gewoon de vaste punten die ervoor zorgen dat dit kind gezond is, dat is voor mij essentieel en hoe iemand mij bejegt of benaderd is niet belangrijk.”

Communicatie tussen zorgverleners onderling- Wanneer de zorg ingericht mocht worden volgens de wensen van de cliënten zouden zij ervoor zorgen dat zij niet telkens hetzelfde verhaal aan een andere zorgverlener zouden hoeven te vertellen. Dit kan bereikt worden door te zorgen voor goede communicatie tussen de zorgverleners onderling. Nog een punt wat naar voren kwam onder de noemer communicatie tussen zorgverleners is dat cliënten behoefte hebben aan een eenduidig beleid.

Een cliënt zei:

‘Nog een punt bij mijn coachverhaal, omdat ik zoveel mensen zag dan is de regel bijvoorbeeld dat de baby's op de rug liggen maar die ene verpleegkundige die vond: ach doe maar even zo, en de ander vond weer van niet. En dat werd dan weer anders en op een gegeven moment wist ik het ook niet meer, wat nou wel goed was en wat niet.’

Locatie- Een aantal cliënten gaf in het kader van continuïteit aan, de voorkeur te hebben om afspraken bij dezelfde zorgverlener te hebben en op dezelfde locatie. Ook werd de wenselijkheid van continuïteit van locatie aangegeven door te spreken van de voorkeur om na de bevalling niet meer overgeplaatst te worden naar een andere ruimte, de verkoever in dit geval. Het liefst zouden vrouwen zien dat de verloskamer omgebouwd wordt tot eenpersoons verkoeverkamer waar ze in privacy, samen met hun partner kunnen genieten van hun pasgeboren kindje. Een cliënt zei:

‘Ja, wat mij wel fijn lijkt, in de ideale situatie lijkt mij in continuïteit dus ook van plek, dat je gewoon in het

kamertje kan blijven waar je bevallen bent en dat ze dat gewoon even flop, flop alles wordt omgebouwd tot een soort kraamsuite idee en je blijft gewoon daar.’

In de categorie ‘continuïteit’ zijn geen verschillen waargenomen tussen de wensen en voorkeuren van cliënten in de eerste- en tweede lijn.

3.6 Rol van de partner

Tijdens de zwangerschap is niet alleen de zwangere vrouw belangrijk, maar ook de partner, vaak de vader van het kind, speelt een belangrijke rol. Deze categorie werd meerdere keren genoemd en is onderverdeeld in de volgende drie subcategorieën: ‘betrekken van de partner’, ‘overnachten partner’ en ‘benadering van de partner’.

Betrekken van de partner- Tijdens de groepsinterviews werd vaak genoemd dat het wenselijk is dat de partner meer betrokken wordt tijdens het gehele zwangerschapsproces, de bevalling en daarna. Aangegeven werd dat het tijdens de zwangerschap voornamelijk om de vrouw gaat, wat logisch is, echter heeft het merendeel van de zwangere vrouwen een partner die ook een grote rol in het leven van het kind gaat spelen. Cliënten gaven daarom aan het belangrijk te vinden dat er voor de partner meer tijd vrij wordt gemaakt. Naast de zwangere vrouwen zitten ook partners met vragen of zijn ongerust en daar moet meer aandacht aan besteed worden. Tevens gaven de vrouwen een aantal keer aan het belangrijk te vinden dat er eten geregeld wordt voor de partner wanneer deze moet wachten in het ziekenhuis. Opvallend was dat de twee partners die tijdens de focusgroepen aanwezig waren, vonden dat ze wel goed betrokken werden in het proces.

Eén man zei:

‘ Ja hoor, ik werd overal actief bij betrokken. Ze zeiden ook wel van: moet je kijken hier, een harige kokosnoot. Dus nee, ik werd er heel goed bij betrokken. Ik mocht helpen met het eruit trekken.’

Overnachten partner- Het merendeel van de cliënten gaf aan het wenselijk te vinden dat de partner kan blijven slapen na de bevalling. Zij vonden het vervelend dat de partner werd weggestuurd, terwijl zij juist de behoefte hadden om na te praten met hun partner en samen te genieten van hun pasgeboren kind.

Eén cliënt zei:

‘ Nou zeker de eerste nacht, dat ligt er natuurlijk een beetje aan of je ’s nachts bevallen bent, want dan is hij er sowieso bij en de aanwezigheid daarna bij de keizersnee. Daarbij je komt in de verkoeper en je man is weg en je kind is weg en je ligt daar gewoon alleen. Dat vond ik echt verschrikkelijk.’

Op dit moment heeft het UMC Utrecht het beleid dat de partners over het algemeen niet kunnen blijven slapen en dat wordt door cliënten als een nadeel gezien, aangezien het bij een aantal andere ziekenhuizen in de buurt wel kan.

Benadering van de partner- Een man heeft een ander soort benadering dan een vrouw en cliënten gaven aan het belangrijk te vinden dat hier rekening mee gehouden wordt door de zorgverleners. Een goed voorbeeld hiervan werd omschreven door één van de aanwezige cliënten, zij zei:

‘Nou ja, het is nu ons derde kindje dus dan heb je ook al snel zoiets van: dat weten we nu allemaal wel maar het heeft hem er wel van weerhouden om inderdaad mee te gaan. Want het is natuurlijk wel hartstikke leuk, het is leuk om elke keer weer dat hartje te horen en zo maar dat blij baby gedoe, ja daar zit hij niet zo op te wachten volgens mij. Want dat vind ik zelf wel heel erg leuk, dus je moet wel heel erg schipperen tussen wat een vrouw leuk vindt en wat een man leuk vindt.’

Waargenomen werd dat het belang van de ‘benadering van de partner’ enkel in de eerste lijn werd genoemd. Ook het belang van het ‘overnachten van de partner’ werd in de eerste lijn vele malen vaker aangegeven dan in de tweede lijn. In de subcategorie ‘Meer betrekken van de partner’ is geen verschil waargenomen tussen cliënten uit de eerste- en tweede lijn.

3.7 Deskundigheid

Deskundigheid blijkt volgens cliënten vooral uit het bezitten van kennis en kunde. De meeste cliënten waren het er over eens dat de zorgverleners binnen het UMC Utrecht zeer professioneel zijn. Zo zei één cliënt:

‘Ja, ik had gewoon het gevoel dat de mensen die ik om me heen had, zowel de verpleegkundige als de verloskundige als de gynaecologe, dat die gewoon heel goed opgeleid waren en heel goed wisten wat ze deden. Ja, ik had het gevoel dat het opleidingsniveau heel hoog was.’

Deze categorie is onderverdeeld in 2 subcategorieën: ‘aanwezigheid benodigde apparatuur’ en ‘rust uitstralen door de zorgverlener’. ‘Deskundigheid’ was ook een categorie op zich.

Adequaat reageren in onverwachte situaties is een aantal keer genoemd als zijnde wenselijk. Een andere factor die genoemd werd in de categorie deskundigheid is het hebben van veel ervaring. Cliënten gaven aan het belangrijk te vinden dat zorgverleners situaties en verhalen herkennen van eerdere cliënten en op alle vragen antwoord kunnen geven. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat de cliënt zich niet onzeker hoeft te voelen. Eén cliënt gaf aan dat de verloskundige erg zenuwachtig en onzeker was en zij dat daardoor ook werd.

Een enkeling gaf te kennen dat ze vond dat zorgverleners niet genoeg kennis bezaten en dat zij als cliënt beter wisten wat de juiste manier van handelen was dan de zorgverlener. Een cliënt zei hierover:

‘Ook omdat ik op een gegeven moment het idee had dat ik meer wist, meer kennis had dan zij. Dat vond ik gewoon heel vervelend. Dus toen had ik op dat moment het liefst gewoon verwezen willen worden naar een gynaecoloog en daar ook zou zijn gebleven.’

Over het op prijs stellen van de aanwezigheid van een gynaecoloog, naast verloskundigen, liepen de meningen behoorlijk uiteen. Een deel van de vrouwen gaf aan dat de aanwezigheid van de gynaecoloog ervoor zorgde dat ze het gevoel hadden in professionele handen te zijn. Het andere deel gaf aan onzeker te worden van de aanwezigheid van de gynaecoloog omdat zij deze aanwezigheid associëren met de aanwezigheid van complicaties. Ook werd door drie cliënten aangegeven dat de zorgverleners niet luisterden naar de aangegeven signalen van de cliënt, wat resulteerde in het ondernemen van verkeerde of geen acties. Bij gebrek aan deskundigheid zal een bevalling minder prettig verlopen.

Aanwezigheid benodigde apparatuur- Een reden voor cliënten om te kiezen voor een bevalling in het ziekenhuis is het feit dat alle apparatuur die eventueel nodig zou kunnen zijn, aanwezig is. Wanneer thuis bevallen wordt is dat niet altijd het geval. De aanwezigheid van alle apparatuur zorgt voor een geruster gevoel. Een cliënt zei:

‘ Als je hier voor een check gaat dan halen ze bij wijze van spreken alles uit de kast, wat ze bij een verloskundige praktijk misschien niet kunnen. Daarvoor moet je toch echt in het ziekenhuis zijn.’

Waarop een andere cliënt toevoegde:

‘Ja, als het nodig is dan heb je bij wijze van spreken het gehele beademingsteam klaar staan.’

Rust uitstralen zorgverleners- Tijdens de groepsinterviews werd vier keer aangegeven dat het uitstralen van rust door de zorgverleners als wenselijk wordt ervaren tijdens het zorgproces, dit met name door de tweedelijns cliënten. Over het algemeen gaven de vrouwen aan dat de meeste zorgverleners dit ook daadwerkelijk deden. Dit uitstralen van rust is belangrijk omdat het helpt tijdens de bevalling. Een cliënt zei:

‘Ja, mijn vrienden hadden van die makkelijke bevallingen, die waren gewoon relaxt en er was rust om hen heen en diegene die een dramatische bevalling hadden, hebben bijna allemaal iets stressvols. Dus ik denk dat rust uitstralen belangrijk is en volgens mij hebben verloskundigen dit van nature.’

Cliënten vinden het wenselijk wanneer alle zorgverleners rust uitstralen. ‘Aanwezigheid van de benodigde apparatuur’ werd enkel door cliënten uit de eerste lijn genoemd.

Waargenomen is dat de eerstelijns cliënten twee keer zo vaak spreken over het belang van ‘deskundigheid’. ‘De aanwezigheid van de benodigde apparatuur’ werd alleen genoemd in de eerstelijns groepsinterviews. In de subcategorie ‘rust uitstralen zorgverleners’ werden geen verschillen waargenomen tussen de cliënten uit de eerste- en tweede lijn.

3.8 Nazorg

In tegenstelling tot de zorg voor en tijdens de bevalling, gaven cliënten aan minder tevreden te zijn over de nazorg na de bevalling. Aspecten die door cliënten benoemd werden in de begeleiding na de bevalling omvatten zowel de nazorg in het ziekenhuis, als de kraamzorg bij de cliënt thuis. De kraamzorg thuis werd door de cliënten genoemd als zijnde erg gewenst, handig en prettig. Cliënten gaven echter aan minder tevreden te zijn over de nazorg in het ziekenhuis, direct na de bevalling. Nazorg is onderverdeeld in twee categorieën: ‘afronden na de bevalling’ en ‘geestelijke nazorg’.

Afronden na de bevalling- Cliënten gaven aan met name meer behoefte te hebben aan de lichamelijke afronding na de bevalling. Direct na de bevalling moest vaak lang gewacht worden tot een arts beschikbaar is en nog langer totdat ze gehecht kunnen worden.

Een cliënt zei:

‘ Na de bevalling was ik helemaal uitgescheurd, ik was onder narcose, maar ik moest wel heel lang wachten, van 04.00 tot 09.00/ 09.30. Dat vond ik wel lang voordat een arts kwam kijken.’

Liever zagen de cliënten dat direct na de bevalling het geheel werd afgerond, zij gelijk werden gehecht en er direct ruimte is voor evaluatie van de bevalling en het stellen van vragen. Tijdens deze evaluatie zouden cliënten graag zien dat er met het maken van beslissingen rekening gehouden wordt met de lichamelijke toestand van de cliënten. Zo gaf één cliënt aan dat zij met haar baby ontslagen werd uit het ziekenhuis terwijl zij amper kon lopen en de zorg voor haar baby hierdoor erg lastig en zwaar werd.

Zorg na ontslag ziekenhuis- Twee cliënten gaven aan het belangrijk te vinden dat er tijdens zorg na ontslag uit het ziekenhuis niet alleen aandacht besteedt wordt aan het lichamelijke aspect van de bevalling, maar dat er ook ruimte is voor informeren hoe de bevalling verlopen is en een stukje geestelijke nazorg. Op de vraag hoe zij dit liever hadden gezien zei één cliënt:

‘ Maar misschien ook een stukje meer geestelijke nazorg. Want ik reageer gewoon heel heftig op hormonen, nou ja dat zij dan zo, en dat gebeurde dus ook. En dat was inderdaad heel erg, dat je denkt: ‘randje postnataal’. Maar ja even van: ‘hoe is het nou met jou?’ met je gebroken nachten en je hormonen en dat je niet eens naar de WC durft. Ik vond het alsof ik in een achtbaan was gestapt ineens en ik had het ook fijn gevonden als daar een stukje aandacht voor is. Misschien een stukje relativeren van, joh, dat is heel normaal.’

Waargenomen werd dat in de categorie ‘nazorg’ door eerstelijns cliënten vele malen vaker gesproken werd over het belang van snel ‘afmaken na de bevalling’, dan door de tweedelijns cliënten. In de subcategorie ‘zorg na ontslag ziekenhuis’ zijn geen verschillen waargenomen in de wensen en voorkeuren van de eerste- en tweedelijns cliënten.

4. Discussie

Over het algemeen komt uit dit onderzoek naar voren dat cliënten goed kunnen uitdrukken wat hun wensen en voorkeuren zijn op het gebied van zorg vóór, tijdens en na de bevalling en dat zij op veel gebieden op één lijn lagen aangezien na slechts zes focusgroepen datasaturatie verwezenlijkt is. Uit dit onderzoek is op basis van groepsinterviews een lijst naar voren gekomen met aspecten die belangrijk worden gevonden in de zorg rondom zwangerschap en bevalling. Deze lijst is uniek aangezien deze compleet is gebaseerd op de input van cliënten zelf in tegenstelling tot vele vragenlijsten waarbij de items gegenereerd zijn door zorgverleners of onderzoekers. Voor zover bekend is deze manier van onderzoeken in Nederland nog niet eerder uitgevoerd bij cliënten van de afdeling Verloskunde. Wel is deze manier van onderzoek uitgevoerd door Wessels et. al. (2010) bij oncologie patiënten. Haar onderzoek liet zien dat er naast de gebruikte items in standaard vragenlijsten, nieuwe punten naar voren komen die belangrijk worden gevonden, wanneer de cliënt deze zelf mag aangeven. Deze uitkomst werd ook in dit onderzoek gevonden. Tevens is er in dit onderzoek gekeken of er verschillen zijn in wensen en voorkeuren tussen cliënten in de eerste- en tweede lijn verloskundige zorg. Opmerkelijk hierbij was dat hoewel tijdens de groepsinterviews in de tweede lijn twee cliënten meer aanwezig waren, hebben juist de eerstelijns cliënten twee keer zoveel input geleverd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cliënten uit de

tweede lijn zich meer bezighouden met een goed verloop van een moeilijke zwangerschap en bevalling terwijl cliënten uit de eerste lijn zich meer richten op een prettig verloop van een relatief makkelijke zwangerschap en bevalling. Ook zou een mogelijke verklaring kunnen zijn dat cliënten uit de tweede lijn duidelijker en bondiger kunnen aangeven waar hun wensen en voorkeuren liggen.

Vele onderwerpen werden door cliënten aangegeven als zijnde belangrijk, waarvan ‘bejegening’ het meest genoemd werd. Net als onderzoek van het Nivel (2007) laat dit onderzoek zien dat cliënten het wenselijk vinden om persoonlijk benaderd te worden en een band op te bouwen met de betreffende zorgverleners. Zwangere vrouwen die in het ziekenhuis de zorg rondom de bevalling ontvangen zijn niet per definitie ziek en vinden het daarom belangrijk ook niet als een ziek persoon behandeld te worden. De enige cliënt die deze persoonlijke benadering niet belangrijk vond gaf aan het wenselijk te vinden de beste zorg te ontvangen en daar een persoonlijke band overbodig bij te vinden. Ook heldere communicatie tussen zorgverlener en cliënt werd aangegeven als zijnde wenselijk, zoals ook de NHS in Engeland (2007) liet zien werd het als prettig ervaren wanneer informatie wordt uitgelegd op het niveau van de cliënt. Opvallend in dit onderzoek was dat de wenselijkheid van het hebben van een persoonlijke band en heldere communicatie met name door eerstelijns cliënten werd aangegeven. Mogelijk is dit te verklaren doordat cliënten in de tweede lijn het belangrijker vinden dat de relatief complexe bevalling goed verloopt en zowel het kind als de moeder gezond zijn. Daarnaast waren alle aanwezigen het erover eens dat serieus genomen worden door de zorgverleners zeer wenselijk is. Zij voelen immers het beste wat er in hun omgaat en willen dat de zorgverleners inspelen op wat zij aangeven. Ook speelt de verloskundige een grote rol tijdens de bevalling. Meerdere vrouwen geven aan het zeer wenselijk te vinden gecoacht te worden tijdens de bevalling zodat ze precies weten wat ze wanneer moeten doen. Het serieus nemen van de cliënt en het daadwerkelijke coachen van de cliënt zijn twee aspecten die in de gevonden literatuur niet zijn terug te vinden. Mogelijk zijn dit twee aspecten die in vragenlijsten opgesteld door zorgverleners niet worden vermeld, terwijl de cliënt aangeeft dit wel belangrijk te vinden.

Na ‘bejegening’ werden aspecten in de categorie ‘participatie en besluitvorming’ het vaakst genoemd als zijnde wenselijk. Cliënten zijn tegenwoordig mondig en weten goed wat ze wel en niet willen. Net als in het onderzoek van de NHS(2010) werd in dit onderzoek gevonden dat cliënten het wenselijk vinden om voor de bevalling de pijnmedicatie te bespreken. Ook kwam naar voren dat cliënten betrokken willen zijn bij de door hen ontvangen zorg net als in het onderzoek van de NHS(2010), echter liet dit onderzoek zien dat cliënten vooral inspraak willen hebben tijdens de bevalling. Met betrekking tot het hebben van keuzes gaf een aantal cliënten aan te weten dat ze op sommige momenten niet in staat zijn om een keuze te maken en vinden dat op dat moment de zorgverleners moeten beslissen. Lastig hieraan is dat cliënten niet goed aan kunnen geven waar de grens ligt dat de zorgverlener wél in moet grijpen. Belangrijk hierbij is wel dat de gezondheid van het kind voorop staat en de zorgverlener deskundig optreedt. Opvallend was dat ‘het van te voren bespreken van keuzes’ vele malen vaker genoemd werd door cliënten uit de eerste lijn en dat cliënten uit de tweede lijn vooral spraken over de voorkeur om ‘inspraak te hebben’ tijdens de bevalling. Mogelijkerwijs is dit te verklaren doordat eerstelijns bevallingen minder complex zijn waardoor er ook meerdere keuzes zullen zijn voor eerstelijns cliënten dan voor cliënten in de tweede lijn terwijl cliënten in de tweede lijn inspraak willen hebben tijdens de bevalling juist omdat deze complex is en er belangrijke beslissingen moeten worden genomen.

In de categorie ‘informatie’ gaven cliënten aan het wenselijk te vinden goed voorgelicht te worden net als gevonden werd in onderzoek van Novick(2008) en in onderzoek van Herschderfer et. al (2002). Cliënten willen van te voren weten waar ze aan toe zijn. Ook vinden zij het wenselijk praktische informatie te ontvangen, net als onderzoek van Emmanuel et. al(2001) laat zien, over onder andere pijnstilling en het moederschap. Een nieuw aspect dat uit dit onderzoek naar voren kwam was dat vrouwen het zeer wenselijk vinden praktische informatie te ontvangen over borstvoeding. Dit is opmerkelijk te noemen aangezien in de gevonden literatuur geen aandacht besteed is aan het belang van informatie over borstvoeding. Mogelijk ligt de oorzaak van dit verschil in het kwalitatieve karakter van dit onderzoek waarbij cliënten specifiek in kunnen gaan op wat zij verstaan onder praktische informatie. Naast het belang van informatie over borstvoeding werd door cliënten uit de tweede lijn vaak gesproken over het belang van ‘zwangere zaterdag’. Dit is mogelijk te verklaren doordat cliënten in de tweede lijn een moeilijker bevalling tegemoet gaan dan cliënten uit de eerste lijn. Zij willen weten wat ze te wachten staat en hoe een verloskamer er van binnen uit ziet. Opvallend is dat de categorie ‘informatie’ pas op de derde plaats komt in de ranglijst van wenselijkheid, terwijl Novick (2008), MacKinley (1994); Proctor(1998) aangeven dat het verstrekken van informatie als meest belangrijk werd aangeduid. Mogelijk hebben cliënten andere prioriteiten wanneer zij zelf onderwerpen mogen aandragen dan wanneer zij een vragenlijst invullen. Echter zorgt het kwalitatieve karakter van dit onderzoek er voor dat er uit de ontstane ranglijst geen conclusies kunnen worden getrokken aangezien het niet mogelijk is vast te stellen welke prioriteiten cliënten hebben. Om dit wel te bereiken zal een kwantitatief vervolgonderzoek meer inzicht kunnen bieden.

In de categorie ‘organisatie in het ziekenhuis’ werd gevonden dat cliënten het vooral belangrijk vinden dat het ziekenhuis altijd bereikbaar is voor vragen en onzekerheden, net als onderzoek van NHS (2006) liet zien. Opvallend was dat eerstelijns cliënten de wenselijkheid van het hebben van een eenpersoonskamer vele malen vaker noemden dan de cliënten uit de tweede lijn. Mogelijkerwijs zijn cliënten uit de tweede lijn sneller tevreden en blij dat de moeilijke bevalling achter de rug is waardoor zij het minder belangrijk vinden met meerderen op een kamer te liggen. Een aspect dat enkel genoemd werd door een cliënt uit de tweede lijn was het ‘installeren van een camera’ bij het kindje, ongeacht op welke afdeling deze ligt. Dat het plaatsen van camera’s enkel door tweedelijns cliënten genoemd wordt als zijnde wenselijk is te verklaren doordat eerstelijns cliënten hier niet mee in aanraking zijn geweest. Dit aspect is dan ook uit ervaring genoemd. Bij dit onderzoek is niet uit te sluiten dat cliënten bij het aangeven van hun wensen en voorkeuren beïnvloed zijn door hun ervaringen aangezien alle participanten van dit onderzoek reeds bevallen zijn in het UMC Utrecht. Mogelijkerwijs zal het interessant zijn dit onderzoek te herhalen bij cliënten die nog geen ervaring hebben met de zorg rondom bevalling, vanuit het UMC Utrecht maar vanuit een ander ziekenhuis of verloskundigenpraktijk. Op deze manier wordt het hebben van ervaring met het UMC Utrecht uitgesloten, echter wordt de ervaring met zorg rondom de bevalling elders, niet uitgesloten. Wanneer gekozen zou worden voor vrouwen die nog helemaal geen ervaring hebben met zwangerschap en/of bevallen bestaat er een kans dat zij niet goed kunnen aangeven wat hun wensen en voorkeuren zijn omdat ze niet weten wat het precies inhoudt om zwanger te zijn en te bevallen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om naast deze groepsinterviews ook groepsinterviews te houden onder cliënten die zwanger zijn van hun eerste kind om zo te vergelijken of de wensen en voorkeuren van elkaar verschillen.

De volgende categorie besproken door cliënten was ‘continuïteit’. Cliënten geven aan het wenselijk te vinden wanneer er niet teveel verschillende zorgverleners tijdens het zorgtraject aanwezig zijn, waarbij het ideaal zou

zijn wanneer er één vast aanspreekpunt is. Deze persoon helpt de cliënt door het hele traject, helpt met het maken van beslissingen, informeert de cliënt over alles wat zij wil weten en is oprecht betrokken. Een nadeel hiervan, aangegeven door een aantal cliënten, is dat zij begrijpen dat een verloskundige niet dagenlang achter elkaar kan werken en er daarom voorkeur aan geven dat de verloskundige fit is. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn wanneer er een paar vaste zorgverleners per zwangerschap zouden worden toegewezen. Opvallend was dat cliënten in dit onderzoek ook spraken over het belang van continuïteit van locatie, terwijl in de literatuur hierover niet werd gesproken. Mogelijkerwijs komt het in het UMC Utrecht vaker voor dat cliënten naar een andere locatie moeten verplaatsen voor of na de bevalling, dan andere ziekenhuizen. Nog een mogelijkheid is dat cliënten door het kwalitatieve karakter van dit onderzoek beter kunnen aangeven wat zij onder continuïteit verstaan en bestaat dit volgens hen ook uit continuïteit van locatie.

Opvallend in dit onderzoek was de categorie ‘rol van de partner’, aangezien hierover in de literatuur niet werd gesproken. Cliënten geven aan het zeer wenselijk te vinden dat de partner bestrokkend wordt bij de zwangerschap en bevalling en dat er een mogelijkheid is voor de partner om te blijven slapen na de geboorte van het kind. Binnen het UMC Utrecht is er over het algemeen geen ruimte voor de partner om te blijven slapen, wat door de cliënten als een gemis wordt ervaren. Ook wordt het wenselijk gevonden dat mannen anders benaderd worden dan vrouwen. Aangegeven werd dat daar waar een vrouw het leuk vindt om over alles wat met zwangerschap te maken heeft te praten met de verloskundige, mannen daar vaak geen behoefte aan hebben. Opvallend was dat het anders benaderen van de partner alleen genoemd werd door eerstelijns cliënten. Dit is mogelijk te verklaren doordat tweedelijns cliënten meer met zichzelf, de zwangerschap en de bevalling bezig zijn aangezien deze gecompliceerder is dan in de eerste lijn.

Ook opvallend aan dit onderzoek was dat de categorie ‘deskundigheid’ pas als één na laatste categorie naar voren kwam terwijl verwacht wordt dat alle cliënten het belangrijk vinden dat zorgverleners deskundig zijn. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat cliënten wanneer ze kiezen voor een bevalling in het ziekenhuis, er automatisch vanuit gaan dat de zorgverleners deskundig zijn. Wel geven cliënten aan dat een verloskundige of gynaecoloog zijn/haar vak goed moet verstaan, op alle vragen antwoorden moet kunnen geven, professioneel is en zekerheid overbrengt. Ook moeten de zorgverleners van te voren informatie geven over wat zij gaan doen, wat de consequenties daarvan kunnen zijn. Opvallend was dat cliënten uit de eerste lijn twee keer zo vaak spraken over het belang van deskundigheid dan cliënten uit de tweede lijn, die over het algemeen een meer gecompliceerde bevalling hebben gehad. Mogelijkerwijs is ook dit te verklaren doordat cliënten uit de tweede lijn er vanuit gaan dat de zorgverleners deskundig zijn, aangezien ze in het ziekenhuis werken.

Tot slot werd de wenselijkheid van ‘nazorg’ aangegeven. Net als in onderzoek van de NHS(2006) kwam ook in dit onderzoek naar voren dat vrouwen het wenselijk vinden dat na de bevalling direct wordt afgerond en dat de vrouw wordt gehecht. Opvallend hierbij was dat cliënten uit de eerste lijn veel vaker spraken over het belang van direct hechten dan de cliënten uit de tweede lijn. Mogelijkerwijs zijn cliënten uit de tweede lijn minder bezig met de afronding van de bevalling aangezien ze blij zijn dat het geslaagd en achter de rug is.

Concluderend kan gezegd worden dat zowel vrouwen uit de eerste- als tweede lijn op het gebied van wensen en voorkeuren niet heel veel van elkaar verschillen, daar waar bijna alle categorieën in beide lijnen genoemd zijn. Echter hebben cliënten uit de eerste lijn wel specifiekere oplossingen om de bevalling prettiger te laten verlopen

terwijl de tweedelijns cliënten meer bezig zijn met een goed en veilig verloop van de bevalling. Te allen tijde dient er wel rekening gehouden te worden dat ondanks dat alle vrouwen hetzelfde meemaken door zwanger te zijn, iedere vrouw en iedere zwangerschap, uniek is. Zoals gezien bij de resultaten zijn niet alle vrouwen unaniem over hoe zij de zorg zouden inrichten wanneer zij het voor het zeggen hadden. Alle mensen verschillen van elkaar op zowel biologisch, cultureel als psychologisch gebied en verschillende situaties behoeven verschillende benaderingen. Dat zorgt er voor dat verschillende mensen, verschillende wensen hebben met betrekking tot zorg. Om deze redenen moeten zorgverleners inzicht krijgen in specifieke wensen en voorkeuren van cliënten en de geboden zorg aanpassen aan de wensen van elke individuele cliënt. Er moet een ideale combinatie gevormd worden tussen psychologische vaardigheden van de zorgverleners, waarbij deze zich inleeft in de cliënt en hun deskundigheid op het gebied van verloskunde. Deze beide factoren zullen er voor zorgen dat de bevalling veilig en prettig verloopt. Ondanks dat cliënten en hun wensen van elkaar verschillen, kan er wel gesproken worden van een benadering van de algemene voorkeuren en behoeften van cliënten.

Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat de steekproefgrootte vrij klein is, waardoor de resultaten niet automatisch generaliseerbaar zijn. Wanneer een kwalitatief vervolgonderzoek bij meerdere ziekenhuizen zou worden opgezet zullen mogelijk andere of meerdere onderwerpen worden aangegeven als zijnde wenselijk. Bovendien heeft mogelijk selectiviteit plaatsgevonden doordat alle deelnemers zijn bevallen in het UMC Utrecht. Er is een mogelijkheid dat de zorg die cliënten ontvangen in het UMC Utrecht afwijkt van de zorg in andere ziekenhuizen waardoor wensen en voorkeuren ook zullen veranderen wanneer hetzelfde onderzoek in een ander, of meerdere, ziekenhuizen uitgevoerd zou worden. Ook dient bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek rekening gehouden te worden met het feit dat de onderzoeker de indeling van de categorieën heeft samengesteld naar haar interpretatie en de citaten hieraan heeft toegewezen. Ondanks dat er overleg heeft plaatsgevonden met andere onderzoekers, valt over de invulling van deze categorieën altijd te discussiëren. Daarnaast is in dit onderzoek mogelijk sprake van non respons. Aangezien cliënten hebben aangegeven dat zij over het algemeen zeer tevreden zijn over de verkregen zorg kan het zijn dat zij bepaalde onderwerpen niet noemen als zijnde belangrijk omdat deze als normaal worden beschouwd. Om ervoor te zorgen dat ook deze factoren worden meegenomen is het aan te raden om cliënten in het onderzoek te betrekken die niet tevreden waren over hun ontvangen zorg. Binnen deze studie kwam de onderzoekster twee cliënten tegen bij de telefonische werving van deelnemers, die aangaven niet tevreden te zijn over de verkregen verloskundige zorg van het UMC Utrecht. Getracht werd deze cliënten te betrekken in het onderzoek maar hiertoe waren zij niet bereid.

Ondanks de hierboven genoemde beperkingen van dit onderzoek is aan te raden verder te gaan met deze manier van kwalitatief onderzoek, aangezien het heeft laten zien dat er nieuwe aspecten naar boven zijn gekomen die eerder niet naar boven kwamen. Ook zorgen de georganiseerde focusgroepen ervoor dat de cliënt zich betrokken voelt bij het zorgproces en de inrichting van zorg. Cliënten hebben hun mening kunnen geven omtrent de zorg en verbeterpunten aan kunnen dragen. Deze psychologische betrokkenheid zal er voor zorgen dat komende bevallingen mogelijk prettiger zullen verlopen aangezien betrokken cliënten beter luisteren naar de adviezen van zorgverleners (Crawford, et.al, 2002). De uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek bieden een basis voor het opstellen van een vragenlijst waarmee kwantitatief onderzocht kan worden welke prioriteiten cliënten belangrijk stellen binnen het scala aan zorgaspecten die door henzelf benoemd zijn als zijnde belangrijk. Dit in tegenstelling

tot vragenlijsten die zijn opgesteld om de mening van cliënten over vooropgestelde onderwerpen te meten. Bij dit soort vragenlijsten is er voor de cliënt geen mogelijkheid om aan te geven wat zij belangrijk achten, daar waar zij reeds gestuurd worden door de vastgestelde onderwerpen. Ook wordt er bij dat soort onderzoek niet gekeken naar wensen en voorkeuren maar naar ervaringen. Verder kunnen de uitkomsten van dit onderzoek ook gebruikt worden als basis voor een vragenlijst waarmee ervaringen kunnen worden gemeten, specifiek op die onderwerpen die door cliënten zelf belangrijk worden gevonden. Aanbevolen voor vervolgonderzoek is dus om een belangvragenlijst te ontwikkelen om prioritering van zorgaspecten vast te stellen. Een eventuele volgende stap is het opstellen van een ervaringenvragenlijst (op basis van dezelfde items) om ervaring te meten op die aspecten van zorg die door cliënten belangrijk worden gevonden.

Praktische aanbevelingen

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek wordt aanbevolen meer continuïteit in zorgverleners te creëren. Cliënten hebben tijdens de zwangerschap en bevalling graag één á twee vaste aanspreekpunten waarmee zij een band kunnen opbouwen en welke het gehele traject met hen meemaken. Daarnaast wordt aanbevolen de cliënt actief te betrekken bij het zorgproces. Zij willen voor de bevalling alle mogelijkheden bespreken en inspraak hebben over de gang van zaken. Cliënten begrijpen dat sommige beslissingen ad hoc genomen moeten worden en niet altijd voldaan kan worden aan hun wensen en voorkeuren. Hierbij is van belang dat de veiligheid van moeder en kind altijd voorop staat. Ook is aanbevolen cliënten van praktische informatie te voorzien over de zwangerschap, bevalling en de periode daarna. Ook tijdens de bevalling willen cliënten graag op de hoogte worden gehouden van wat er gebeurt en waarom. Op deze manier worden veel twijfels weggenomen die tot ongerustheid of irritaties kunnen leiden. Ook is aan te bevelen te kijken naar de mogelijkheden om na de bevalling een één- persoonskamer te krijgen zodat cliënten niet met vreemden op een kamer hoeven te liggen en er mogelijkheid voor de partner is om te blijven slapen. Ook tijdens de gehele zwangerschap zou de partner meer betrokken moeten worden, ook deze krijgt hoogstwaarschijnlijk een actieve rol in het leven van het kind. Tot slot zal er meer aandacht besteedt kunnen worden aan de zorg ná de bevalling. Cliënten willen graag dat het afronden van de bevalling, met name hechten, snel gebeurt. Ook moet er meer aandacht besteed worden aan het bieden van geestelijke nazorg voor diegenen die hier behoefte aan hebben.

5. Conclusie

Op basis van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat wanneer gevraagd wordt naar de wensen en voorkeuren van bevallen vrouwen, ten aanzien van de ontvangen zorg rondom zwangerschap en bevalling, zij nieuwe aspecten aandragen die volgens hen meer aandacht behoeven dan voorheen. Naast de reeds bekende aspecten uit de literatuur gaven cliënten aan het wenselijk te vinden wanneer zorgverleners meer aandacht besteden aan aspecten als: ‘de rol van de partner’, ‘informatie over borstvoeding’, ‘coaching tijdens de bevalling’ en ‘het serieus nemen van de cliënt’.

Ook werd er verschil in wensen en voorkeuren tussen eerste- en tweedelijs cliënten gevonden. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat cliënten uit de eerste lijn meer bezig zijn met een prettig verloop van de zwangerschap terwijl tweedelijs cliënten meer aandacht besteden aan aspecten die ervoor zorgen dat de zwangerschap en bevalling goed en veilig verlopen.

Daarnaast bieden de resultaten van dit kwalitatieve onderzoek de basis voor de ontwikkeling van een vragenlijst om grootschaliger, kwantitatief vervolgonderzoek te doen zodat de betrouwbaarheid van de bevindingen van dit onderzoek, geverifieerd kunnen worden.

Referenties

- Anderson, G. D., Nelson- Becker, C., Hannigan, E. D., Berenson, A. B., & Hankins, G. D. V. (2005). A Patient-Centered Health Care Delivery System by a University Obstetrics and Gynecology Department [elektronische versie], *Obstetrics and gynecology (by the American College of obstetricians and Gynecologists)*, 105(1), 205-210.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Balint, E., (1969) *The possibilities of patient- centered medicine*. *Journal of General Practice*, 17, 269-276.
- Biro, M. A., Waldenström, U., Brown, S. & Pannifex, J. H. (2003) *Satisfaction with team midwifery care for low-ans high- risk women: A randomized controlled trial*. *Birth*, 30, 1-10
- Blackwell, D. A. (2002). Prenatal care services in the public and private arena. *Journal of American Academic Nurse Practitioners*, 14, 562-567
- Blumenthal D. Quality of care - What is it? *N England Journal Medicine* 1996; 335: 891-894.
- Brown, S. J., Davey, M. A. & Bruinsma, F. J. (2005) Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 21, 109- 126.
- Campbell, S. M., Roland, M. O. & Buetow, S.A. (2000). Defining Quality of care. *Social Science and Medicine*, 51, 1611-1625.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2011) Driekwart van bevallingen in ziekenhuis. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3383-wm.htm>
geraadpleegd op 25 mei 2011
- Crawford MJ, Rutter D, Manley C, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal* 2002; 325: 1263-1265.
- Declerq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S. & Risher, P. (2002) Listening to mothers: Report of the First National U. S. *Survey of Women's Childbearing Experiences*. [elektronische versie] Maternity Center Association.
- De Koninck, M., Blais, R., Joubert, P. & Gagnon, C. (2001). L 'équipe d' évaluation des projets-pilotes sage-femmes. Comparing women's assesment of midwifery and medical care in Quebec, Cananda. *Journal of Midwifery Womens Health*, 46, 60-67

Emmanuel, E., Creedy, D. & Fraser, J. (2001) What mothers want: a postnatal survey. *Journal of midwifery*, 14(4): 16-20

Handler, A., Rosenberg, D., Raube, K. & Lyons, S. (2003) Prenatal care characteristics and African- American women's satisfaction with care in a managed care organization. *Womens Health Issues*, 13, 93-103

Harteloh, P.P.M & A.F. Casparie (2004). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Herschderfer, K. C., Sneeuw, K. C. A. & Buitendijk, S. E. (2002) *Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek*. Leiden, TNO- PG.

Humberts, L., & Roberts, T. L. (2009) . The Value of a Learner's Stance: Lessons Learned from Pregnant and Parenting Women [elektronische versie], *Maternal and Child Health Journal*, 13: 588-596.

Kateman, H., & Herschderfer, K. (2005) . Multidisciplinaire Collaborative Primary Maternity Care Report: Current practice in Europe and Australia, a descriptive study. International Confederation of Midwives. Geraadpleegd op 20 oktober: <http://www.mcp2.ca/english/documents/IntlReptFinal9Jul05.pdf>

KNOV, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.
http://www.knov.nl/docs/uploads/Kwaliteit_Richtlijnen_PrenataleVKBegeleiding.pdf
geraadpleegd op 12 juni 2011

Kuunders M.M.A.P. (2008) (RIVM). Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Sectoroverstijgend\Verloskundige zorg, 24 juni 2008. Geraadpleegd op 28 mei 2011

Lerman, S. F., Shahar, G., Czarkowski, A., Kurshan, N., Magriples, U., Mayes, L. C., & Epperson, C. N. (2007) Predictors of Satisfaction with Obstetric Care in High- risk Pregnancy: The Importance of Patient- Provider relationship [elektronische versie]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2007(14), 330-334

Maslow, A.H (1954). *Motivation and personality*. London: Methuen.

Murray, I., & Wilcock, A. (1996) . Obstetrical patient satisfaction [elektronische versie]. *Journal of Health Care Marketing*, 16(3), 54-62

National Institute for Clinical Excellence(2003, Oktober). Antenatal Care: Routine care for the Healthy Pregnant Women. Verkregen op 20 oktober, 2011, via http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG6_ANC_NICEguideline.pdf

Nederlandse Normalisatie Instituut (NNI). *Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem, deel 2: richtlijnen voor diensten*. Nederlandse Norm. NEN- ISO 9004.2 Delft: Nederlands Normalisatie Instituut, 1992.

Novick, G (2009). Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. [elektronische versie]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(3), 226-237

Pandit, M. J., & Mackenzie, I. Z. (1994) . Patiënt satisfaction in gynaecological outpatient clinic attendances [elektronische versie]. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*,19(5),511-518.

Patton, M. Q. (2002) . *Qualitative research and evaluation methods*. California: Sage Publications,inc.

Proctor, S., (1998). *What determines quality in maternity care? Comparing the perception of childbearing women and midwives*. *Birth*, 25, 85-93

Raine, R., Cartwright, M., Richens, Y., Mahamed, Z., & Smith, D. (2009). A Qualitative Study of Women's Experiences of Communication in Antenatal Care: Identifying Areas for Action [elektronische versie], *Maternal and Child Health Journal*, 14: 590-599.

Richards T.(1999) Patients' priorities. *British Medical Journal*, 318: 277.

Rosén, P., Anders, A.,& Hjortsberg, C. (2000) . Patients views on choice and participation in primary health care [elektronische versie]. *Health Policy Elsevier*, 55(2001), 121-128.

Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, et al. *Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument*. *Health Expect* 1998; 1: 82-95.

Van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). *Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best."* *Birth*, 30, 75-82

Wessels, H., Graeff, De, A., Wynia, K., Sixma, H.J., Heus, De, M., Schipper (2009). *Medical oncology patients' preferences with regard to health care: development of a patiënt-driven questionnaire*. *Annals of Oncology*, 20 (10). 1708-1713.

Wiegers, T. A.(2006) Adjusting to motherhood Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12. 163- 171.

Wiegers, T. A. (2007). *Kwaliteit van de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed volgens cliënten*. Utrecht, Nivel.

Wiegers, T. A. & Janssen, B. M. (2006) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Eindrapport. Utrecht, Nivel.

WHO. World Health Organisation (2011) <http://www.who.int/research/en/>
geraadpleegd op woensdag 25 mei 2011.

www.pickerinstitute.org/about/picker-principles
geraadpleegd op 26 Juni 2011