

Introductie

Dit rapport is primair bedoeld voor verloskundigen werkzaam bent in de eerste lijn in de regio West-Friesland. Het rapport beoogt de onderzoeksresultaten onderling te bespreken, om aldus de uitkomsten te vertalen naar de praktijk en te gebruiken voor het verdere implementatietraject van integrale geboortezorg in de regio.

Het doel van dit rapport is om inzicht te bieden in de tevredenheid van zwangere en recent bevallen vrouwen (cliënten) met de zorgvernieuwing (integrale geboortezorg) van de eerstelijnsverloskundige praktijken in de regio West-Friesland. Dit kwam tot stand door cliënten hun ervaringen, behoeftes en verwachtingen met de geboortezorg te laten beschrijven in een focusgroep en interviews.

De aanleiding voor dit onderzoek kwam voort uit eerder onderzoek in 2016, naar de status van de feitelijke implementatie van de doelstellingen en de subjectieve ervaringen van zorgverleners met de geboortezorgvernieuwing in de regio West-Friesland. Zorgverleners gaven aan dat zij binnen het proces van de implementatie van de zorgvernieuwing de stem van de zwangere vrouwen (de cliënt) missen. Staan de doelen en vernieuwende initiatieven in de geboortezorg op één lijn met de behoeftes van de cliënten? Wat vindt zij er eigenlijk zelf van?

Het onderzoek uit 2016 en het huidige onderzoek zijn belangrijke instrumenten om helder te krijgen waar de knelpunten en successen liggen gedurende het implementatietraject. Dit onderzoek biedt belanghebbenden de mogelijkheid om het vervolg van de zorgvernieuwing aan te laten sluiten op de behoeftes van de cliënten zelf.

Het onderzoek liep van september 2017 tot en met maart 2018. Er is literatuuronderzoek verricht, een focusgroepbijeenkomst georganiseerd en er zijn 13 diepte-interviews gehouden met zwangere (minstens 20 weken) of recent bevallen vrouwen (minder dan 3 maanden), onder de zorg van eerstelijnspraktijken in de regio West-Friesland. Er moest voor dit onderzoek voldoende tijd worden ingebouwd voor het werven van deelnemende cliënten.

De aanvraag voor dit onderzoek naar de ervaringen van de zwangere vrouw: 'Integrale geboortezorg: de vrouw aan zet' is toegekend door het fonds VGZ - Versterking Eerste Lijn. Het onderzoek is uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeker Britt Myren MSc., medisch antropoloog (Oni Research), in samenwerking met verloskundige Susanne Zuidhof (verloskundige (np) en directeur Geboortehart), dr. Mirjam Franssen (assistent professor afdeling Sociale Geneeskunde UMC) en dr. Hajo Wildschut (gynaecoloog-perinatoloog (np)). Zij vervulden de rol als expert op het vlak van de geboortezorgvernieuwing in de regio West-Friesland, en op het vlak van wetenschappelijk onderzoek naar het meten van ervaringen.

De uitkomsten worden gedeeld met eerstelijnsverloskundigen uit de regio West-Friesland, om op basis van de onderzoeksresultaten te kijken hoe men dit in de praktijk kan implementeren. Vervolgens ontvangen alle zorgverleners binnen Geboortehart, bestuurders van de deelnemende organisaties, andere IGO's en het RIVM het rapport. Dit rapport dient ook voor vervolgonderzoek naar de ervaringen van cliënten, en een volgend evaluatiestudie naar de geboortezorgvernieuwing.

Er gaat een veel dank uit naar alle vrouwen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Zonder hun vertrouwen, openheid en tijd was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Daarnaast hebben alle projectleden door het tonen van geduld, het delen van expertise en kritische input het project tot een goed einde gebracht.

Leeswijzer

Dit document biedt een uitgebreid overzicht met alle resultaten van gevoerde gesprekken met cliënten van de eerstelijnsverloskundige praktijken in de regio West-Friesland. In de samenvatting wordt eerst kort en bondig het project toegelicht en de belangrijkste conclusies gepresenteerd.

Vervolgens worden de concepten en doelstellingen in de inleiding geïntroduceerd. In de methoden staat beschreven hoe we dit hebben aangepakt. Alle geanalyseerde resultaten staan per doelstelling beschreven met quotes van de deelnemers. In de discussie staat nog een aantal overwegingen die leiden tot het laatste hoofdstuk, de conclusie.

Samenvatting

Achtergrond en aanleiding

De regio West-Friesland is sinds 2011 bezig om de geboortezorgvernieuwing (integrale geboortezorg) vorm te geven. Deze vernieuwing moet leiden tot een betere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn met daarbij een goed geïnformeerde moeder (en kind) in de hoofdrol. De regio's huidige fase is de implementatiefase waarin alle doelstellingen worden uitgevoerd.

De aanleiding voor dit specifieke onderzoek kwam voort uit eerder onderzoek naar de status van de feitelijke implementatie van de doelstellingen en de subjectieve ervaringen van zorgverleners met de geboortezorgvernieuwing in de regio West-Friesland. Daar kwam uit dat de zorgverleners de stem van de cliënt, de zwangere vrouw, missen. Wat vindt zij eigenlijk van alle veranderingen in de geboortezorg? Liggen die in lijn met haar behoeftes en verwachtingen van de zorg?

Daarnaast is regelmatige evaluatie van belang tijdens een implementatietraject, om eventueel onderdelen van het traject aan te passen op de behoeftes en verwachtingen van de deelnemers en de doelgroep. De conclusies uit dit project kunnen bijdragen aan het bieden van zorg op maat die aansluit op de doelstellingen van de zorgvernieuwing in de dagelijkse praktijk van de verloskundigen uit de eerste lijn.

Doelstellingen project

1. Inzicht bieden in de tevredenheid van zwangere en recent bevallen vrouwen uit de eerstelijnsverloskundige praktijken in de regio West-Friesland met de zorgvernieuwing (integrale geboortezorg). Dit is gebaseerd op beschrijven van de ervaringen, behoeftes en verwachtingen met de geboortezorg geuit tijdens een focusgroepbijeenkomst en door middel van interviews.
2. Het delen van de rapportage met de eerstelijnsverloskundigen om de link naar de praktijk te leggen.
3. Nevendoelen: het horen van de stem van de zwangere vrouw, gelinkt aan de kern van de zorgvernieuwing die er vanuit gaat dat de zwangere vrouw centraal staat. De interventies die ontstaan uit deze rapportages moeten (uiteindelijk) leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Er wordt samengewerkt met de Moederraad en dit biedt hen een inhoudelijke bijdrage. Het sluit ook aan bij cliëntgericht werken in de regio West-Friesland.

Werven van deelnemers

De doelgroep voor dit onderzoek zijn cliënten die zorg ontvangen van de eerstelijnsverloskundige praktijken in de regio West-Friesland, minimaal 20 weken zwanger zijn, en maximaal 3 maanden geleden zijn bevallen. De werving van vrouwen uit de doelgroep is gedaan door: het verspreiden van informatiebrieven in de praktijken, verloskundigen te vragen om cliënten uit te nodigen met behulp van een informatiebrief, via de Moederraad (o.a. social media) en door de onderzoeker die actief cliënten heeft benaderd in de wachtkamer van de eerstelijnspraktijken.

Aanpak

Eerst zijn deelnemers geïnterviewd tijdens een focusgroepbijeenkomst. Deze is in samenwerking met de projectleden én de Moederraad (cliëntvertegenwoordiging) voorbereid. Alle relevante thema's die van tevoren ter sprake kwamen, samen met wat er bekend is uit andere onderzoeken, is gebruikt om met de participanten te bespreken. De conclusies uit dit groepsinterview hebben de persoonlijke interviews, die daarop volgden, verder gespecificeerd. Er is een aantal vragen van Nivel aangaande de keuzevrijheid van zwangere vrouwen meegenomen in de interviews. De deelnemers voor de persoonlijke interviews zijn thuis geïnterviewd. Het interview nam ongeveer een uur in beslag en is opgenomen. De interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd door middel van een thematische analyse met het programma MAXQDA.

Resultaten

In totaal hebben vier vrouwen deelgenomen aan de focusgroep, en zijn er 13 vrouwen geïnterviewd. Dit zijn cliënten van vijf van de zeven eerstelijnsverloskundige praktijken uit de regio. Het is een diverse groep die ervaring heeft met verschillende type zorgpaden en zorgbehoeftes. Vrijwel alle missiedoelstellingen zijn in lijn met de wensen en verwachtingen van de participanten, de focus op de samenwerking wordt als belangrijk ervaren, behalve de doelstelling die ingaat op de casemanager. Daar hadden de meeste deelnemers geen kennis van, of ervaring mee. De praktijk voorziet in een wenselijke coördinatie van de zorg. Als de zwangerschap medisch wordt, is een coördinerend zorgverlener, zoals een casemanager, wenselijk. De meerderheid heeft geen behoefte aan extra uitleg over hoe de zorgvernieuwing er uitziet. Alle participanten zijn tevreden over, en hebben vertrouwen in, de kennis en kunde van de verloskundigen.

Alle participanten hebben het idee dat ze keuzevrijheid hebben, maar de keuzemogelijkheden die specifiek voor de cliënt van toepassing zijn kunnen beter worden toegelicht. Met daarbij de boodschap dat zij een keuze hebben in de zorg die zij ontvangen. Het formulier waarin staat wanneer je iets moet regelen tijdens de zwangerschap wordt als bijzonder nuttig ervaren.

Op vier thema's zijn extra behoeftes zijn verwoord. Ten eerste, extra informatie over onderwerpen zoals ischias, het verzamelen van stamcellen en wat je te weten komt bij een zwangerschapscursus. Bij laatstgenoemde zijn zwangere vrouwen details te weten gekomen die ze niet hadden willen missen. Ten tweede, continuïteit van zorg werd gemist bij de overdracht naar het ziekenhuis tijdens de bevalling. Daar miste informatie en duidelijke uitleg over de vervolgstappen. Zo ook bij de nazorg in het ziekenhuis. Een vast aanspreekpunt bij de overdracht in het ziekenhuis wordt aangegeven als iets dat zou kunnen helpen. Daarnaast is er bij vrouwen met een afwijkende echo waar geen hartslag is geconstateerd (miskraam), knelpunten ervaren in de communicatie en het oppakken van de verdere zorg die nodig is van de gynaecoloog. Daarnaast is er behoefte aan een extra follow-up in de periode erna, bijvoorbeeld een extra telefoontje van de verloskundige. Ten derde, er zijn extra behoeftes uitgesproken voor de locatie het Centrum van Geboortezorg. Daar missen parkeerplekken en een veilige route naar buiten na een slecht-nieuwsgesprek bij de echoscopiste. Tot slot, uit de ervaring van één participant met het DUO-spreekuur (je ziet afwisselend de gynaecoloog en de tweedelijnsverloskundige) is beschreven dat de toegevoegde waarde van de tweedelijnsverloskundige onduidelijk was. De taken lijken te overlappen met die van haar eigen verloskundige, en zij zou graag de verloskundigen uit de eerste lijn blijven zien.

Discussie

Dit onderzoek laat het belang zien van een tussentijdse evaluatie om het implementatietraject goed aan te laten sluiten om de behoeftes van zwangere vrouwen. De thema's van de zorgvernieuwing lijken aan te sluiten op de behoeftes van de doelgroep, maar de casemanager en de zorg rondom de miskraam vraagt om meer aandacht. In de uitvoering van het project bleek het lastig om in een kort tijdsbestek voldoende deelnemers te vinden. In het vervolg zou er vanuit het project een kleine vergoeding kunnen staan om deelnemers te werven. Daarnaast is voldoende tijd inplannen voor de werving van belang. Bij toekomstige evaluaties zou er een vast format ontwikkeld kunnen worden, zodat er een snelle evaluatie kan plaatsvinden - met daarbij wel ruimte voor nieuwe thema's die zich voor kunnen doen. De cliënt zou standaard betrokken moeten worden bij de evaluatie, bij voorkeur bij de opzet en uitvoering.

Conclusie

In de regio West-Friesland lijken de doelstellingen van de geboortezorgvernieuwing aan te sluiten op de behoeftes van de cliënten van de eerstelijnsverloskundige praktijken. De zorg die geboden wordt door de eerstelijnsverloskundigen wordt als zeer positief ervaren en er is veel vertrouwen in de kennis en kunde van de verloskundigen. Alle taken die bij de verloskundigen kunnen blijven hoeven niet overgedragen te worden. Er is meer aandacht nodig voor het werk van de casemanager en wat deze zwangere vrouwen biedt of kan bieden. Daarnaast is er behoefte op het vlak van informatievoorziening over diverse onderwerpen en over de keuzemogelijkheden die beschikbaar

zijn. Er is behoefte aan continuïteit van zorg en -informatie bij de overdracht naar het ziekenhuis, en nadat een miskraam is geconstateerd bij de echoscopiste.

Hoofdstuk 1

INLEIDING

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek ligt ten grondslag aan de landelijke zorgvernieuwing, de integrale geboortezorg. Deze vernieuwing is gebaseerd op het rapport ‘Een goed begin’ (2009) van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Enkele boodschappen uit dat rapport is dat moeder en kind centraal moeten worden gesteld en zij goed geïnformeerd moet worden. Dit is verbonden aan continuïteit van zorg en een sterke samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals.

De verschillende regio's in Nederland zijn hiermee aan de slag gegaan om daar, elk op zijn eigen manier, juridisch en praktisch vorm aan te geven. De geboortezorgprofessionals in de regio West-Friesland zijn al sinds 2011 bezig om de samenwerking en de zorg op een nieuwe manier vorm te geven. In januari 2017 zijn zij gestart met fase twee, waarin de implementatie – het uitvoeren – van de zorgvernieuwing het belangrijkste onderdeel is.

Dit implementatietraject van de zorgvernieuwing is gevolgd door evaluatieonderzoek. Het eerste onderzoek in 2016 vond plaats tijdens de periode waar zorgverleners de concepten en doelen aan het vertalen waren naar de praktijk. Een aantal doelen was al in praktijk gebracht, en een aantal nog niet. Dit onderzoek keek naar de status van de feitelijke implementatie van de doelstellingen en de subjectieve ervaringen van zorgverleners met de geboortezorgvernieuwing in de regio West-Friesland. Uit dit onderzoek is gebleken dat de stem van de zwangere vrouw gemist wordt gedurende alle veranderingen in de geboortezorg. Niemand weet wat de zwangere vrouw zelf van de zorg vindt en wat ze zelf van de veranderingen vindt. Dit is een essentieel onderdeel om echt ‘de zwangere vrouw centraal’ te kunnen stellen. De eerstelijnsverloskundigen spelen hier een belangrijke rol in. De kern van het gezamenlijke zorgpad in de regio West-Friesland is ‘midwifery-led care’ (zie box 1). Dit houdt in dat de vrijgevestigde verloskundige het primaire aanspreekpunt is voor alle gezonde zwangere vrouwen, waar het ziekenhuis wordt geraadpleegd indien nodig. Het is bekend dat de eerstelijnsverloskundigen de autonomie bevorderen van vrouwen in de keuzes die zij moeten maken. De extra tijd die zij bieden tijdens de consulten dragen hieraan bij.¹ Hoe ervaart de zwangere vrouw dat? Sluit dit aan bij haar wensen en behoeften?

Dit onderzoek beoogt de stem van de doelgroep, de zwangere vrouw, te laten horen, en haar ervaringen met de zorg in kaart te brengen. De zwangere staat centraal, maar kloppen de achterliggende ideeën van de zorgvernieuwing met de wensen en behoeftes die de zwangere vrouw heeft? We weten tot nu toe niet hoe vrouwen/cliënten de veranderingen ingevoerd in het kader van geïntegreerde geboortezorg ervaren in de regio West-Friesland.

Recent onderzoek naar ervaringen van cliënten in het kader van zorgvernieuwing is dat van Carola Groenen et al uit Nijmegen heeft daar recent over gepubliceerd: Groenen CJM, Duijnhoven NTL van, Kremer JAM, Scheerhagen M, Vandenbussche FPHA, Faber MJ. Shared agenda making for quality improvement; towards more synergy in maternity care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Oct 7;219:15–9. 7.

1.2 Doelstellingen van de zorgvernieuwing in de regio West-Friesland

In de regio West-Friesland zijn er een aantal missiedoelstellingen ontwikkeld die leidend zijn in de zorgvernieuwing (zie box 1). Verschillende doelstellingen zijn behaald (doelstelling 1, 4, 5, 6, 9 en 10) en worden praktisch uitgevoerd. Doelstelling 2 (de zwangere vrouw centraal) wordt continu proces en doelstelling 8 (1 digitaal dossier) wordt nog aan gewerkt door de ICT.

De regio bestaat uit totaal zeven zelfstandige eerstelijnsverloskundige praktijken. ...

[BOX 1]

Doelstellingen van de geïntegreerde geboortezorg in de regio West-Friesland

1. Nieuwe locatie met integraal aanbod: Centrum voor Geboortezorg
2. De zwangere vrouw centraal
3. Midwifery-led care
4. De gezamenlijke intake: De verloskundige selecteert en bespreekt met de gynaecoloog.
5. Gezamenlijke afspraken: geboortezorgplan (gynaecoloog en verloskundige)
6. Gezamenlijke zorgpaden en protocollen
7. De casemanager. Primair aanspreekpunt en regelt coördinatie zorg
8. 1 digitaal dossier voor gynaecoloog en verloskundige
9. Echoscopische expertise gebundeld in het Centrum voor Geboortezorg in Hoorn
10. Standaard aanbieden van de 8-weken echo

1.3 Kwaliteit van zorg en behoeftes cliënten

In het evalueren van de zorg is het van belang om inzicht te krijgen in het perspectief van zwangere vrouwen op het proces van de ontvangen zorg, om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren vanuit het perspectief van de cliënt. De uitkomstmaat van dit onderzoek is of vrouwen tevreden zijn met de ontvangen zorg. De ervaring met de zorg als kwaliteitsmaat wordt steeds meer gebruikt. Een positieve ervaring met de ontvangen zorg is daarbij geassocieerd met het beter volgen van de behandeling, hogere patiëntveiligheid in het ziekenhuis, betere klinische uitkomsten en lager gebruik van de zorg.ⁱⁱ De ervaring van de cliënt/ patiënt kan tot nieuwe inzichten leiden en de zorg beter laten aansluiten op hun verwachtingen en behoeftes.ⁱⁱⁱ

Zorg op maat is een belangrijke behoefte van zwangere vrouwen. Zorg die past bij hun wensen, in balans met hun noden. De cliënt moet door protocollen en richtlijnen niet haar keuzevrijheid worden onthouden. Een individueel geboortezorgplan centraal zetten kan daaraan bijdragen.^{iv} Het betrekken van cliënten/ patiënten in hun zorg werkt het beste op het niveau waarin zij zelf betrokken willen worden. Dit verschilt per cliënt / patiënt en situatie.^v Als er gehoor wordt gegeven aan de behoefte om serieus genomen te worden en cliëntgericht te communiceren, zal de ervaring met de zorg ook positiever zijn.^{vi} Komen deze ook naar voren bij cliënten uit de regio West-Friesland? Wat zijn hun behoeftes in relatie tot de thema's uit de zorgvernieuwing?

1.4 Doelstellingen onderzoek

De hoofddoelstelling van dit onderzoek is om te inventariseren of cliënten van de eerstelijnsverloskundige praktijken uit de regio West-Friesland tevreden zijn met de doelstellingen en ondernomen interventies (box 1) en deze als relevant worden ervaren. Wordt er tegemoetgekomen aan hun wensen? En sluiten ze aan bij de verwachtingen van de cliënten?

De uitkomsten van het onderzoek worden voorgelegd aan de eerstelijnsverloskundigen uit de regio om zo de link met de praktijk te leggen. De mogelijke knelpunten en belemmeringen kunnen leiden tot interventies om tot zorg te komen die aansluit op de wensen en behoeftes en de doelgroep.

Nevendoelen:

- De stem van de zwangere vrouw wordt gehoord: 'de zwangere vrouw centraal' is de kern van de zorgvernieuwing.
- Er wordt een definitie geformuleerd van wat kwaliteitszorg is, verwoordt door de zwangere vrouw zelf.
- De interventies die voortkomen uit dit onderzoek, moeten (uiteindelijk) leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de vrouw.

- Het onderzoek levert een inhoudelijke bijdrage aan de voorgenomen oprichting van een “Moederraad” door de entiteit integrale geboortezorg i.o. in de regio West-Friesland.
- Dit onderzoek draagt bij aan patiënttevredenheidsonderzoeken en cliënt gericht werken in de regio West-Friesland.

Onderzoeksvragen

1. *Wat zijn de behoeftes, knelpunten en belemmeringen die vrouwen met een zwangerschap in de eerste lijn ervaren, in het kader van de zorgvernieuwing (integrale geboortezorg) in de regio West-Friesland?*
2. *En wat zijn de persoonlijke ervaringen van de gezonde zwangere vrouw met specifieke aspecten van de integrale geboortezorg, en sluiten haar verwachtingen aan bij de zorg die zij krijgt?*

Hoofdstuk 2

METHODEN van onderzoek

2.1 Design

Er is gekozen voor een vorm van informatie verzamelen (kwalitatief onderzoek) dat inzicht biedt in de percepties en ideeën van de cliënten rondom de geboortezorgvernieuwing. Het biedt de kans om door te vragen en te begrijpen *waarom* bepaalde aspecten uit de zorg leiden tot (on)tevredenheid. Er zijn steeds meer gevalideerde vragenlijsten om de ervaringen van cliënten te toetsen, maar er is gekozen voor een brede aanpak zonder deze kaders, om juist zoveel mogelijk diversiteit te vinden in ervaringen. De persoonlijke ervaringen van zwangere vrouwen zijn verzameld door middel van een groepsinterview (focusgroep) en diepte-interviews van een uur.

2.2 Doelgroep en werving

De doelgroep betreft vrouwen, ouder dan 21 jaar, met een beheersing van de Nederlandse en/of Engelse taal. Deze groep vrouwen is onder controle bij een van de eerstelijnspraktijken in de regio West-Friesland tijdens de periode van het onderzoek. Zij waren minstens 20 weken zwanger, of minder dan drie maanden geleden bevallen. De doelgroep is gedurende het hele onderzoek hetzelfde gebleven. Zwangere vrouwen waren minimaal 20 weken zwanger, omdat zij op deze manier voldoende aspecten hebben ervaren van de zorg bij de eerstelijnsverloskundige.

De participanten zijn geworven door de eerstelijnsverloskundige praktijken te mailen met een uitnodiging voor het onderzoek en hun te vragen of zij cliënten op de hoogte wilden brengen van het onderzoek. De verloskundigen hadden op eigen initiatief een aantal cliënten benaderd voor het onderzoek. De uitnodigingen zijn vervolgens ook in de wachtkamer bij de verschillende praktijken neergelegd. De onderzoeker (BM) is ook naar alle praktijken gegaan om actief in de wachtkamer cliënten uit te nodigen voor het onderzoek. Met name bij het Centrum voor Geboortezorg, omdat vrijwel alle zwangere vrouwen uit de regio hier een echo laten maken. Verder is zij in alle praktijken geweest, behalve één praktijk waar geen spreekuur is. De Moederraad heeft ook geholpen bij de werving van cliënten voor de focusgroep en het onderzoek, door in hun eigen netwerk een oproep te verspreiden via social media.

2.3 Focusgroep

Het doel van de focusgroep was om thema's (aandachtsgebieden ten aanzien van de integrale geboortezorg) te specificeren en te testen op relevantie en volledigheid. Deze focusgroep moest eerst plaatsvinden, omdat het de richting van de interviews bepaalde. In de focusgroep werden zoveel mogelijk diverse ervaringen verzameld. De thema's zijn bepaald door een raamwerk te maken, met daarin: literatuurstudies over ervaringen van vrouwen met de zorg, het model van de ReproQ studie (WHO responsiveness model)(Tabel 1), input van de verloskundige en gynaecoloog uit ons team met kennis uit de regio rondom relevante thema's, input van de Moederraad en de tien doelstellingen uit de regio West-Friesland. Het raamwerk is gemaakt door te kijken waar concepten en thema's overlappen. Elke ronde is er getest op relevantie en aangevuld waar nodig. Het WHO-model is relevant om de ervaringen uit te leggen.

Respect	Rekening houden met privacy, respectvol behandeld, persoonlijke aandacht, vriendelijk behandeld, wensen geboortezorg, vertrouwen
Autonomie	Meebeslissen behandeling, weigeren behandeling, testen syndroom van down, meebeslissen pijnbehandeling, invloed geboorteplan
Privacy	Bespreken medische informatie, meeluisteren derden, omgang medisch dossier

Communicatie	Beantwoorden vragen, krijgen zelfde adviezen, begrijpen uitleg, inlichten behandeling
Tijd tot geboden hulp	Geholpen dringend, geholpen niet dringend, wachttijd bij hulpvraag, wachttijd bij afspraak, aanwezigheid kraamzorg, bereikbaarheid zorgverlener, tel. Bereikbaarheid zorgverlener
Sociale ondersteuning	Betrekken familie, rekening houden gezin, gesteund voelen
Faciliteiten	Comfort, hygiëne, toegankelijkheid
Keuze en continuïteit	Wisselen van zorgverlener, verwijzing, gewenst soort zorgverlener, leiding over zorg

Tabel 1. Domeinen ReproQ studie (gebaseerd op het WHO responsiveness model)
'Het discriminerend vermogen van de ReproQuestionnaire, 18 december 2014.
Rapport Erasmus MC, Rotterdam

De focusgroep had drie rondes. In de eerste ronde is er gevraagd of zij een cijfer kunnen geven aan de zorg die zij hebben ontvangen van de eerstelijnsverloskundige. De thema's die hierbij zijn genoemd zijn direct centraal opgeschreven en verder uitgevraagd, zodat alle deelnemers een bijdrage konden leveren. In de tweede ronde zijn alle doelstellingen uit de regio West-Friesland besproken en doorggevraagd naar de verwachtingen, behoeftes en ervaringen van de participanten. In de derde ronde is het raamwerk gebruikt om te kijken of er nog thema's misten die nog niet zijn besproken. Daarna is gevraagd of zij de doelstellingen wilden rangschikken van belangrijk naar minder belangrijk. De focusgroep is, nadat de geluidsopnames zijn uitgewerkt, in een tussenrapportage besproken en met het team. Op basis van deze kernconclusies zijn keuzes gemaakt voor de focus in de interviews.

2.4 Diepte-interviews

Het doel van de interviews was om dieper op bepaalde situaties in te gaan en de persoonlijk beleving uit te vragen. Wat verwachten vrouwen van de zorg en wat is daarbij belangrijk? Welke behoeftes heeft de cliënt? En sluit deze aan bij de doelstellingen van de integrale geboortezorg in de regio West-Friesland? Het interview duurde ongeveer één uur en werd gehouden bij de participant thuis. Nadat de onderzoeker contactgegevens had verzameld in de wachtkamer, werd er via de e-mail een afspraak gemaakt voor het interview.

De opzet van het interview was deels gelijk aan die van de focusgroep. In de interviews werd daarentegen minder breed doorggevraagd op andere thema's. De focusgroep is daarin al bepalend geweest voor de selectie van de thema's die buiten de doelstellingen (zie box 1) van de regio West-Friesland vallen. Deze extra thema's waren: keuzevrijheid, het bevalplan, het informeren over de verzekering, overdrachtsmomenten en de communicatie en relatie met de zorgverlener. De subonderdelen die uit de doelstellingen naar voren kwamen zijn bevraagd door middel van de WHO-domeinen, aangepast door de ReproQ studie (tabel 1).

Nadat er binnen een afgebakende periode is geïnterviewd, is er met het onderzoeksteam gekeken of er genoeg spreiding van participanten is tussen de verschillende verloskundige praktijken.

2.5 Vragen Nivel

Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft specifieke onderzoeksvragen voorgelegd aan het Geboortehart die gaan over het thema keuzevrijheid binnen de integrale geboortezorg. Deze vragen zijn meegenomen in de diepte-interviews en beantwoord door de participanten.

2.6 Analyse

De interviews zijn woord voor woord uitgetypt (getranscribeerd) en gecodeerd met het programma Atlas.ti. Er is een thematische analyse gedaan, met als kernthema's: de 10 doelstellingen, keuzevrijheid, verzekering, verwachtingen, behoeftes, facilitator, barrière, de reden van het hoge of

lage cijfer dat is gegeven en een categorie 'extra'. Daar zijn tijdens het coderen andere categorieën bijgekomen die van belang bleken te zijn, zoals informatie, miskraam en communicatie (inductief). De ervaringen rondom de 10 doelstellingen, zijn vervolgens gecategoriseerd binnen de WHO-domeinen om dit op een overzichtelijke manier te beschrijven (deductief). Deze domeinen zijn in het originele onderzoek van ReproQ gebruikt om te zien welk onderdeel het meest belangrijk is voor de zwangere vrouw of kraamvrouw (Tabel 1). In dit onderzoek is een beperkt aantal zwangere vrouwen/kraamvrouwen geïnterviewd, dus deze categorieën bieden alleen inzicht in hoe de ervaringen zijn geweest per thema. Een selectie van de gecodeerde interviews zijn bekeken door dr. Mirjam Fransen, ter controle op volledigheid en juiste codering.

2.7 Ethiek

Alle participanten hebben vóór aanvang van de focusgroep en het interview mondeling of schriftelijk(?) toestemming gegeven voor het opnemen en gebruiken van de gegevens.

Hoofdstuk 3

RESULTATEN

1.4 Focusgroep

In totaal namen er vier vrouwen deel aan de focusgroep-interviews, waarvan twee vrouwen uit de Moederraad. Tijdens de focusgroep deelde één vrouw uit de Moederraad ook haar ervaringen van haar recente bevalling. De deelnemers hebben bij twee verschillende verloskundige praktijken zorg ontvangen, waarvan één participant nog zwanger, en de andere recent bevallen. In een informele sfeer is er geëvalueerd op de ontvangen zorg en zijn alle doelstellingen uit de regio West-Friesland besproken.

De belangrijkste conclusies rondom doelstellingen:

Doelstelling ‘de zwangere vrouw centraal’

De participanten vragen zich af hoe de verloskundigen dit praktisch vorm geven. Zij verwachten dat er zoveel mogelijk naar de wensen van de zwangere vrouw wordt geluisterd door de verloskundigen. Er is vertrouwen in de kennis en expertise van de verloskundige. Specifiek bij de overdracht naar de tweedelijnszorg is er behoefte aan deze doelstelling. Het bevalplan zou onderdeel van de overdracht moeten zijn.

Binnen deze doelstelling is de keuzevrijheid van de zwangere vrouw besproken. Eén participant wist niet dat de optie bestaat om te wisselen van verloskundige praktijk als de zwangere vrouw hier behoefte aan heeft. Dit moet, indien de situatie daarom vraagt, duidelijk gecommuniceerd worden door de verloskundige met de zwangere vrouw.

‘Ik dacht altijd dat je de zorg moest nemen die in jouw woonplaats was, dus ik dacht dat ik naar X moest. Totdat ik X sprak die zei, dat hoeft niet, je kan ook gewoon naar Y iets verderop. Dus nu ben ik gewoon weer overgestapt, naar daar waar het goed beviel. ...Het is niet omdat ik hen niet aardig, of leuk vind, zeg maar, ik heb gewoon een prettiger gevoel bij hen [de verloskundigepraktijk waar ze bij de eerste bevalling zorg ontving]. En ze wisten het nog. Dat geeft me dan toch een prettiger gevoel. (Participant 2 focusgroep)

Doelstelling ‘gezamenlijke zorgpaden en protocollen’:

Er is behoefte aan een duidelijke uitleg over risico's door de verloskundige. Met de opmerking dat het belangrijk is dat elke zorgverlener hetzelfde vertelt. Daarnaast hebben de participanten behoefte aan voldoende ruimte voor persoonlijke aandacht en zorg op maat als de verloskundige zich aan protocollen moet houden. In dit voorbeeld geeft de deelnemer aan hoe zij de dingen die zij hoort interpreteert, maar uiteindelijk anders blijken te zijn en effect heeft op haar kansen dat de baring spontaan op gang komt.

‘Ik wilde heel graag gewoon hier thuis omdat dat gewoon zo fijn was. Nou dat kon niet. Dat had echt tijd nodig om dat te laten landen. Dan ga je in gesprek met de verloskundige en nou ja tussen de 38 en 40 weken moeten we het toch wel gaan halen. Ik hoor dan tot de 40 weken. En dan komt de verloskundige en die zegt nee 38 weken dan gaan we het meteen halen. En dan hoop ik gewoon dat ik toch nog altijd spontaan kan, en niet met inleiding.’ (Participant 1 focusgroep)

Doelstelling ‘de casemanager’:

De doelstelling is voor alle participanten onbekend, omdat zij geen directe ervaring hebben met een casemanager. Zij geven wel aan dat een vast aanspreekpunt voor de zwangere vrouw fijn is. Eén participant legt uit dat ze hier behoefte aan had vanaf het moment dat ze wist dat ze zwangerschapsdiabetes had.

De belangrijkste conclusies rondom het thema communicatie:

De communicatie tussen gynaecoloog en verloskundige

Het is onduidelijk hoe die samenwerking er uitziet en wat er onderling wordt besproken. De samenwerking vinden zij positief en het feit dat ze er niks van merken. Het is wel fijn om te weten dat iemand meekijkt.

De communicatie met de echoscopiste

De echoscopiste vertelt alleen wat ze ziet, niet wat dat inhoudt of betekent. Eén participant bleef met vragen blijft zitten, dit is als lastig ervaren. De participant verwacht dat de echoscopiste meer zou vertellen dan alleen een observatie van wat zij ziet. Het is dus belangrijk dat de echoscopiste goed uitlegt wat haar taken en bevoegdheden zijn.

De overdracht naar het ziekenhuis:

Op het moment dat de zwangere vrouw een medische indicatie krijgt, worden de grootste problemen ervaren rondom de communicatie over de behandelingen, de vervolgstappen in het zorgpad en de overdracht tussen collega's in het ziekenhuis. Er is niet benoemd welke zorgverleners dit zijn, maar wel dat dit speelde na de overdracht naar een nieuw team. In het ziekenhuis voelt het alsof je een nummer bent. Daarentegen, zijn de positieve kanten van het ziekenhuis ook benoemd; alles is aanwezig, er is een focus op het gezin, de partner kan blijven slapen en de bezoektijden zijn flexibel.

De algehele zorg na de overdracht naar het ziekenhuis is negatiever beoordeeld dan de algehele zorg van de verloskundige praktijk. Dit ligt aan de nazorg in het ziekenhuis. Er is ook ervaren dat in de overgang naar huis de verloskundige te weinig voorziet in de behoefte van de recent bevallen vrouw, aan ondersteuning en inhoudelijk kennis op medisch gebied. In het ziekenhuis werden allerlei testen gedaan die van belang leken, maar thuis vallen deze ineens weg.

'Ik zeg bij mij waren alle waardes net effetjes te hoog [in het ziekenhuis], het was allemaal net op het randje, dus ik heb wel even de angst gehad dat het mis ging, of dat er echt iets aan de hand was. Dus ik had ook wel gewoon het vertrouwen dat het allemaal wel goed zou komen. Maar ja, toch waarom eerst zoveel controles erop en daarna [als je thuis bent] denk je hmm.. Dat maakt je wel wat onzeker.' (Participant 1 focusgroep)

De overdracht van verloskundige naar gynaecoloog ging bij de ene praktijk wel goed, maar bij de andere praktijk miste er informatie.

3.2 Diepte-interviews

In totaal zijn 13 zwangere of recent bevallen vrouwen geïnterviewd. De meeste vrouwen zijn twee keer zwanger geweest, anderen één keer. De participanten waren tussen de 27 en 39 weken zwanger, de baby's van de vier recent bevallen vrouwen waren respectievelijk vier, vijf, zes weken en drie maanden oud. Van de zeven verschillende verloskundige praktijken uit de regio, zijn er participanten van vijf verschillende praktijken geïnterviewd. Alle vrouwen hebben een Nederlandse achtergrond, behalve één vrouw die afkomstig is uit een niet-Westers land. Twee zwangere vrouwen hebben deelgenomen uit een praktijk die niet verbonden was aan de IGO.

# interview	# weken zwanger	# zwangerschappen	Bij dezelfde praktijk gebleven?	# miskraam	Cijfer zorg
1	36w 5d	2	ja		9
2	27w	1			9
3	39w 1d	2	ja		8

4	30w	2	ja		
5	38w 5d	2	ja	1	8 of 9
6	31w 6d	2	ja (tweede kans gegeven)	1	5/7,5
7	3 maanden	2	ja		7 zkh/ 9 vk
8	30w	2	ja		8
9	6 weken oud	2	ja		8
10	5 weken oud	1			8 of 9
11	31w 1d	2	ja	1	9
12	36w 5d	1			8.5
13	4 weken oud	1			8 of 9

Tabel 2. Participanten diepte-interviews

Het valt op dat drie participanten op verschillende manieren een negatieve ervaring hadden met de zorg, maar het niet hebben verteld aan de zorgverleners. Dit gaat om een ervaring met de echo en twee ervaringen met de nazorg en overdracht na een afwijkende echo (miskraam) (zie paragraaf 3.2.3). De reden dat de vrouwen niks zeiden over de kritiekpunten op de zorg, was enerzijds omdat ze het pas later beseften en anderzijds omdat zij terug wilden bij dezelfde verloskundige praktijk. Er speelde ook de angst dat de zorg zou veranderen als je kritiek geeft op een eerste ervaring. *'Je wilt natuurlijk dat je het beste krijgt met je tweede zwangerschap.'* (Interview 6)

3.2.1 Relevantie en volledigheid doelstellingen

De meeste vrouwen hebben geen weet van de term integrale geboortezorg en waar die voor staat. De twee participanten die er wel van op de hoogte zijn, hebben zich verdiept in de geboortezorg of kennen een zorgverlener persoonlijk. De term is in geen gevallen door de zorgverlener besproken en hier is ook geen behoefte aan.

Eén participant merkte duidelijk dat de huisarts geen onderdeel is van de integrale geboortezorg. De huisarts nam geen contact op met het stel tijdens de zwangerschap of na de bevalling, terwijl het een medisch traject is geworden. Dit had zij wel verwacht. Als tip geven enkele participanten dat het goed zou zijn als het consultatiebureau en/of de GGZ bij de integrale geboortezorg komt in de toekomst.

Alle doelstellingen zijn gerangschikt door de participanten, nadat deze uitvoerig zijn besproken. De gezamenlijke afspraken tussen de verloskundige en de gynaecoloog, de samenwerking, is het belangrijkste voor de participanten. De waarde van de gezamenlijke protocollen en zorgpaden wordt erkend, maar de participanten zien dit als iets dat buiten hen om gaat. Het feit dat je eerst de verloskundige ziet heeft een meerwaarde, er is geen behoefte om eerst de gynaecoloog te zien. De doelstelling om een casemanager aan te stellen wordt als minst belangrijk ervaren.

1	Gezamenlijke afspraken verloskundige en gynaecoloog: zowel na de intake en over het geboortezorgplan
2	8-weken echo
3	1 digitaal dossier Midwifery-led care: je ziet eerst de verloskundige
4	Gezamenlijke protocollen en zorgpaden
5	Casemanager

Tabel 3. Doelstellingen van belangrijk naar minder belangrijk voor de participanten.

De doelstellingen de zwangere vrouw centraal, het Centrum voor Geboortezorg en het bundelen van de echoscopische kennis zien de participanten als doelstellingen die al behaald zijn:

- Zwangere vrouw centraal
- Centrum voor Geboortezorg

- Echoscopische expertise gebundeld

Deze zijn door de meeste vrouwen niet specifiek benoemd als meer of minder belangrijk. Daarnaast verwachten de meeste participanten ook dat de zwangere vrouw centraal wordt gezet. De ervaring van eigen regie houden is daarin belangrijk. De participanten vinden de doelstellingen volledig, hoewel uit de gedeelde ervaringen bleek dat er meer aandacht moet zijn voor de nazorg na een afwijkende echo waar de hartslag niet klopt (miskraam).

3.2.2 Ervaringen met de doelstellingen

Doelstelling 1: ‘Het Centrum voor Geboortezorg’

In het algemeen wordt het Centrum voor Geboortezorg als ‘prima’ en positief ervaren. Het geeft een fijne, zachte en ‘minder ziekenhuis’ gevoel. Een enkeling noemt dit centrum ook Eva van Hoorn, of verwacht dat het alleen een echocentrum is. Er is behoefte aan uitleg over wie en wat er in het gebouw zitten, met name als je binnenkomt dan is het de eerste keer even zoeken. De participant die dit wel weet maakt er ook gebruik van door naar de kraamzorg te lopen en een afspraak te maken. Dat er gebrek is aan kennis wordt niet als negatief ervaren, de meeste vrouwen komen alleen voor de echo.

‘Tot nu toe zijn onze ervaringen ook alleen maar super. Ja! Dit centrum werd aangeraden door echt al mijn vriendinnen die zwanger zijn geweest.’ (Interview 1)

Het gebrek aan parkeermogelijkheden dichtbij het Centrum voor Geboortezorg is meerdere malen genoemd:

‘Nee, ik vind het alleen dat je als zwangere vrouw niet in de buurt kan parkeren van het geboortecentrum, want je moet best een stukje lopen. En voor vrouwen die misschien, ik loop wat moeilijker nu aan het eind, maar dan denk ik misschien moeten ze daar wel wat met parkeren, dat zwangere vrouwen wel wat dichterbij kunnen parkeren. Dat is misschien wel een puntje.’ (Interview 12)

Het feit dat je na het horen van slecht nieuws bij de echo nog langs de wachtkamer moet lopen, is als erg negatief ervaren:

‘Wat ik wel heel vervelend vond dat we na slecht nieuws opnieuw weer langs die wachtkamer moesten met al die mensen die ons aankeken, ja. Dat was echt, dat vond ik verschrikkelijk. [...] Al die mensen zaten daar blij te wachten op een echo en wij gingen er vandaan en het was meer dan duidelijk, want er was... de kamer in en uit, door iedereen die even mee moest kijken en ik kwam natuurlijk met een betrand gezicht die kamer uit en allebei helemaal aangeslagen. Ja dat moment dat vergeet ik niet zo snel meer. (Interview 11)

Respect	Zorgverleners nemen de tijd
Privacy	Je hoort niks van de kamer ernaast Anderen zien in de wachtkamer als je slecht nieuws hebt gekregen bij de echoscopiste
Communicatie	Assistentes geven duidelijk aan waar je moet zijn Onduidelijk wie er allemaal in het gebouw zitten
Tijd tot geboden hulp	Voelt als onderdeel van het ziekenhuis: je wordt snel doorverwezen Prima ervaring, meld je aan en je wordt netjes geholpen Naar Hoorn rijden is geen probleem
Faciliteiten	Dit gebouw prettiger, frisser dan oude gebouw Eva van Hoorn Overzichtelijk, netjes, verzorgd Geen parkeergelegenheid, lastig locatie te vinden Na slecht nieuws bij de echo, loop je langs de wachtruimte

Keuze en continuïteit	Fijn om afspraken te bundelen (ook met afspraken in het ziekenhuis) Verwacht: Meer samenwerking, omdat de drempel is verlaagd Er is overleg tijdens de afspraak, snel doorverwezen Centrum of ziekenhuis maakt voor afspraak met gynaecoloog niet uit De aanwezigheid van de gynaecoloog in het centrum heeft voor sommigen een toegevoegde waarde, voor anderen niet
-----------------------	---

Doelstelling 2: ‘De zwangere vrouw centraal’

De meeste participanten ervaren deze doelstelling als behaald en ook haalbaar. Dit ligt wel aan de vrouw zelf en hoe je zelf vindt dat het gaat.

Er zijn verschillende manieren waarop participanten zich centraal gezet voelen: de verloskundige geeft mij het gevoel dat het om mij persoonlijk gaat als ik er ben, de verloskundigen letten goed op mijn gezondheid en op die van de baby, de verloskundige gaat mee naar het ziekenhuis tijdens de baring, de verloskundige laat bij het ziekenhuis de auto van de cliënt parkeren door een bewaker, in het WFG heb je een eigen ruimte en je kan visite ontvangen buiten bezoeken, bij twijfel wordt er meteen een echo gemaakt, ze denken mee met kleine details, ze komen langs als er wat is en er is een spreekuur op verschillende locaties (bij enkele praktijken). De persoonlijke band met de verloskundige is voor de meesten belangrijk, die zorgt voor minder schaamte en het idee dat ze alles ‘kwijt’ kunnen. Aan de andere kant wil de zwangere vrouw dat het kind gezond is, en dit weegt zwaarder dan een vriendschapsband. Een participant geeft het belang aan van de aandacht voor de thuissituatie:

‘Ja, zo voelt het wel. Ik heb niet het idee dat de baby voorop staat of iets anders. Ik heb wel echt het gevoel dat het om mij en de baby gaat en dat is even belangrijk. En daarin vind ik ook goed dat ik niet alleen centraal sta maar ook mijn man en ook de thuissituatie. Dus ja ik vind dat een redelijke doelstelling en ik denk dat dat ook wel de doelstelling moet zijn uiteindelijk.’ (Interview 2)

Een andere participant noemt juist dat de zwangere vrouw nog meer centraal zou kunnen worden gezet door de kraamzorg duidelijk te betrekken als onderdeel van de zorg. Daarnaast ook door te focussen op de privé situatie, het werk en andere persoonlijke zorgen. In het algemeen houden zaken uit het privéleven van de zwangere vrouw haar bezig tijdens de zwangerschap, zoals een verhuizing en hoe het is om een tweede kind te hebben. Maar ook de grootte van de baby, een eerdere miskraam en wanneer er kan en mag worden gestript. Ongeveer de helft van de participanten zeiden dat hen niks gek bezighield, *‘ik heb zoiets: we zien het wel’*.

De ervaringen met het bevalplan wisselen per participant. Dit is erg persoonlijk. Een opvallende opmerking gaat niet over het bevalplan op zich, maar over het gesprek dat daaruit voortvloeit en hoe je de zwangere vrouw dan centraal zet:

‘...als je het op papier hebt staan en je hebt er met elkaar over nagedacht, het is geen keurslijf, het hoeft niet precies zo te gaan, maar ik denk dat het zowel voor de verloskundige als voor ons een goed gesprek heeft opgeleverd over wat we willen en dat is denk ik het belangrijkste.’ (Interview 11)

Respect	Vragen altijd hoe het met je gaat Ervaring dat er wordt geluisterd en wensen worden meegenomen Verloskundige vraagt wat de reden is van de wens Nemen de tijd om iemand te begrijpen (reactie migrant)
---------	---

Autonomie	De verloskundige denkt mee met persoonlijke leefwereld cliënt Bevalplan is (in de meeste gevallen) aangemoedigd, maar ik kan ook mijn wensen aangeven bij de verloskundige: er ligt geen druk op Cliënt ervaart dat ze haar 'eigen ding' kan doen In ziekenhuis goed rekening gehouden met bevalplan
Privacy	Houden rekening met het type werk: staat niet voor op het dossier Dossier omgang was goed, duidelijk, gelet op privacy (gedeelde zorg met de echoscopie-afdeling van het Amsterdam UMC, locatie VU)
Communicatie	Vragen altijd of je tevreden bent Vragenlijst bij intake werd als (te) lang ervaren Zeer positief over formulier waarop staat wanneer je wat moet regelen ('dit zou elke praktijk moeten hebben') Het helpt als je geen tegenstrijdige informatie krijgt, er komt veel op je af Informatiefolders worden veel gebruikt Positief: laat 'live' zien waar en wat er op de website staat Er is geen rekening gehouden met tweede zwangerschap: kreeg alle info nogmaals, ook bij de kraamzorg Enkelen missen uitleg over: <ul style="list-style-type: none"> - Tweelingzwangerschap; behoefte aan uitleg wie de zorgverleners zijn - Medische aspecten als je overgedragen wordt tijdens de bevalling - Ischias - Mogelijkheid om stamcellen uit navelstreng te halen voor het kind
Tijd tot geboden hulp	Krijgt snel aandacht als je die nodig hebt Je belt en ze nemen je serieus ook door langs te komen Mogelijkheid om afspraak te verzetten op eigen keus Telefonisch (vrijwel) altijd bereikbaar, telefonisch spreekuur en email werken goed
Sociale ondersteuning	Vragen naar hoe je omgaat met je werk, gezin en sociale omgeving Partner mag mee tijdens consult Behoeft aan meer steun rondom ischias tijdens de zwangerschap
Faciliteiten	Alles op 1 plek voor de zwangere vrouw (Centrum voor Geboortezorg) Verloskundige brengt extra bezoek als er iets is Verwacht wordt dat de steile trap in een aantal praktijken lastig kan zijn
Keuze en continuïteit	De uitslag van de arts is goed teruggekoppeld naar de verloskundige Verloskundige bleef tot het eind in het ziekenhuis: goede samenwerking Prettig als je tijdens het spreekuur alle verloskundigen kunt ontmoeten (een zwangere moest dat zelf aangeven) Verschillende verloskundigen is prettig, je krijgt diverse adviezen

Keuzevrijheid

Alle participanten hebben het idee dat ze keuzevrijheid hebben, maar het is niet altijd duidelijk wat wel en niet een keuze-optie is. Alleen bij de NIPT is dat echt duidelijk. De participanten omschrijven dat de omgeving invloed heeft op wat wel of niet normaal is om te doen zodat je de juiste zorg krijgt. Daarom zijn er ook elementen in de zorg waarvan sommige vrouwen zich niet realiseren dat ze een keuze hebben. Er wordt verwacht dat als er meer complicaties zijn, je minder autonomie hebt om een keuze te maken.

Daarnaast heeft het karakter van de zwangere vrouw invloed op ideeën over keuzevrijheid. Zo kan en wil de zwangere vrouw aangeven wat ze wel en niet wilt, terwijl er ook participanten zijn die de adviezen van de verloskundige altijd opvolgen. Er is in het algemeen vertrouwen in de medische kennis van de verloskundige bij het maken van een keuze.

Vragen van NIVEL

1. Heeft u voldoende **informatie** gekregen over de keuzemogelijkheden als het gaat om:

- **uw voornaamste zorgverlener**

Ja,

..de gynaecoloog geeft aan dat de zwangere vrouw een praktijk uit kan kiezen die zij wilt.

..het is duidelijk dat je niet weet welke verloskundige bij de bevalling aanwezig kan zijn.

..de verloskundige vraagt of een student bij de bevalling aanwezig mag zijn.

..de gynaecoloog stelt zelf voor om haar vaste gynaecoloog te worden vanwege alle verschillende zorgverleners om de cliënt heen.

Nee,

..er is niet duidelijk aangegeven door de verloskundige dat er van praktijk kan worden gewisseld.

..er is te weinig informatie gegeven over met welke zorgverleners je te maken hebt en naar welke locaties je moet, als je onverwacht in de tweede lijn terecht komt tijdens de zwangerschap.

- **de plaats van bevallen**

Ja,

..tijdens de consulten wordt aangegeven door de verloskundige dat de plaats van bevallen de eigen keus is.

..voorlichtingsavonden in het ziekenhuis worden aangemoedigd door de verloskundige, hoewel nog niet altijd goed genoeg. Deze avonden zijn belangrijk voor de cliënt: als je niet gaat heb je informatie gemist die je niet bij de verloskundige krijgt.

- **de zorg die u ontvangen heeft**

Ja,

..tevreden dat er 5 opties voor kraamzorgorganisaties zijn.

..de verloskundige geeft aan dat er keuzemogelijkheden zijn met goede begeleiding.

..voor de NIPT is er veel goede informatie, zowel van de verloskundige, als op het internet.

..bij specifieke vragen wordt er, ook tegen het advies van de verloskundige in, wel een optie gegeven.

..na slechte ervaring bij de eerste echo, bood de verloskundige de optie om de tweede echo op locatie bij de verloskundige te doen.

Nee,

..het verschilt per gynaecoloog of er duidelijk wordt aangegeven dat je keuzemogelijkheden hebt.

..het is niet altijd duidelijk uitgelegd dat de cliënt een keuze heeft bij de (meeste) stappen in de zorg.

..het is onduidelijk dat de 20w echo een optie is.

..de verloskundige heeft niet uitgelegd hoe de regels in het ziekenhuis zijn over wie er wel en niet bij mag zijn.

..de verloskundigen noemen soms wel, en soms niet, dat het goed is om de verzekering te controleren.

..Dit wordt niet gezien als de verantwoordelijkheid van de verloskundige, maar ze mag het wel benoemen zodat dit niet wordt vergeten.

2. Is met u besproken **of er beperkingen zijn** in de keuze als het gaat om:

- **uw voornaamste zorgverlener**

In een specifiek voorbeeld zijn de beperkingen niet genoemd, maar de opties wel gecreëerd door de zorgverleners. Bij de zwangerschap van een tweeling, heeft de zwangere vrouw zelf aangegeven dat ze naast de gynaecoloog de eerstelijnsverloskundige wilt zien. Dit is mogelijk, maar omdat het de eerste keer is zijn de beperkingen toen besproken of ervaren.

Een beperking die deze cliënt heeft ervaren, gaat om de zorg van de tweedelijnsverloskundige bij het DUO-spreekuur (de zwangere vrouw ziet bij het spreekuur in de tweede lijn afwisselend de gynaecoloog en de tweedelijnsverloskundige). Er is geen mogelijkheid geboden om de

tweedelijnsverloskundige *niet* te zien, terwijl deze zorgverlener in haar ogen geen taken uitvoerde die haar eerstelijnsverloskundige ook had kunnen uitvoeren.

- **de plaats van bevallen**

Ja,

..tijdens de baring is het verplaatst naar het ziekenhuis in overleg gegaan met duidelijke uitleg over de risico's.

Nee,

..het is onduidelijk of de mogelijkheid bestaat om naar een ander ziekenhuis dan het WFG te gaan.

- **de zorg die u ontvangen heeft**

Ja,

..de verloskundige geeft aan dat ze niet op de hoogte is van bepaalde technieken en bespreekt zo de beperkingen.

..de verloskundige geeft aan dat zij strippen bij 41 weken, terwijl de zwangere vrouw wil strippen bij 40 weken.

Nee, maar..

..de verloskundige legde geen beperkingen op bij de keuze voor kraamzorg (legde geen voorkeur op).

3. Heeft u zich **beperkt gevoeld** bij het maken van een keuze als het gaat om:

- **uw voornaamste zorgverlener**

Ja,

..één participant wist niet van de optie om van praktijk te wisselen en had daar behoefte aan.

Nee,

..de cliënt kiest zelf voor een praktijk, door online te zoeken, omdat het in de buurt zit, of mond- op mond reclame.

..bij de afspraak kan er worden aangegeven welke echoscopiste de cliënten willen zien.

..de cliënt geeft zelf aan dat ze van kraamzorg wisselt als ze er niet blij mee is.

..de cliënt kan kiezen welke verloskundige ze heeft bij het nacontrole.

..de cliënt kan aangeven dat ze een andere gynaecoloog wilt voor de consulten.

- **de plaats van bevallen**

Nee,

..de cliënten hebben geen beperkingen ervaren voor de plaats van bevallen

- **de zorg die u ontvangen heeft**

Nee,

..strippen is in overleg gegaan, de participant had het gevoel dat ze een keuze had.

Ja,

..één participant heeft zich beperkt gevoelt door de gynaecoloog: hij had een ander idee en droeg dat aan. De zwangere vrouw had graag meer informatie gewild, en dat de gynaecoloog daar open over is.

..door een zorgverlener (niet haar eigen zorgverlener) uit het ziekenhuis is de mening sterk verkondigd over de persoonlijke keuze van de cliënt om haar oudere kind wel/niet bij zich gehouden.

De zwangere vrouw ervaart dan alsof de regels in het ziekenhuis zwaarder wegen dan de eigen specifieke wensen en voorkeuren.

Doelstelling 3: ‘Midwifery-led care’ – je ziet eerst de verloskundige

De algehele ervaring van de participanten is positief over de verloskundige zorg. Alle participanten die een eerste kind hebben gekregen bij de verloskundige praktijk, zijn allemaal bij dezelfde praktijk gebleven. Het wordt ervaren als leuk om erheen te gaan en zij zien dat de verloskundige plezier heeft in haar vak. De participanten verwachten dit ook en zien het als de meest logische optie. Er is vertrouwen in haar kennis en professionaliteit.

‘...dat de verloskundige professioneel genoeg is om mij daarin goed te begeleiden en dat zij als zij inschatten dat er iets aan de hand is. Een complicatie. Dat ze dan wel extra hulp inschakelen zeg maar. Dus dat is mijn verwachting en daar vertrouw ik ook op. Dat dat gebeurt.’ (Interview 1)

Het vertrouwen in de professionaliteit van de verloskundige komt door een eerdere positieve ervaring van de participant, het feit dat de verloskundigen bijscholing hebben en dat de verloskundige overlegt met andere zorgverleners. Er zijn twee situaties omschreven waarbij de huisarts een deel van de zorg op zich heeft genomen, waarvan de participant had verwacht dat dit de taak van de verloskundige was.

Het is belangrijk dat verloskundigen vertrouwen uitstralen en weten waar ze over praten. Een stevige handdruk en een open houding zijn daar voorbeelden van. Eén participant draagt het idee aan dat verloskundigen elkaar feedback zouden kunnen geven in hoe ze overkomen.

Respect	De verloskundigen zijn alert: de cliënt hoeft niet overal zelf op te letten Er is vertrouwen in de professionaliteit van de verloskundige
Autonomie	De cliënt kan alle vragen stellen die ze willen <i>‘Er is één kapitein, maar de beslissing ligt bij mij’</i>
Privacy	Delen alleen persoonlijke ervaringen, nooit van anderen Goed mee om gegaan: ze weten dat cliënten elkaar onderling kennen
Communicatie	Humor (positief) Krijgen de juiste informatie en begrijpen de uitleg Duidelijk wie wat overneemt en hoe dat gebeurt Overdracht vanaf fertilitetskliniek naar verloskundige: beleid was duidelijk
Tijd tot geboden hulp	Via telefoon en email altijd goed bereikbaar Bij twijfel gaan ze over op actie – ervaring leert dat dit vrij snel is Op het einde komen ze bij je thuis langs
Sociale ondersteuning	Ze kennen je, onthouden wie je bent wat een gevoel van ondersteuning geeft
Faciliteiten	Veel parkeerplekken bij praktijk
Keuze en continuïteit	Geen behoefte aan de gynaecoloog, niet het idee dat extra zorg nodig is

Doelstelling 4: ‘De gezamenlijke intake.’

De verloskundige selecteert en bespreekt dit met de gynaecoloog

De participanten zijn niet op de hoogte van deze doelstelling. Enkelen noemen het ‘verrassend’. Een deel vindt dit ook niet zo belangrijk, omdat er vertrouwen is in de verloskundige en haar keuzes rondom de zorg voor de zwangere vrouw. Men is positief over de doelstelling en verwacht ook dat er interdisciplinair overleg is en dat de gynaecoloog op de hoogte wordt gesteld als er iets aan de hand is. Met de uitzondering van één participant die denkt dat het overleg alleen intern wordt gehouden bij verloskundigen. Een andere participant geeft aan dat voor haar het verschil tussen de expertise van de gynaecoloog en de verloskundige onduidelijk is.

De samenwerking wordt als positief gezien, het geeft een prettig gevoel als nog een professional meekijkt of meebeslist over belangrijke zaken. Er is geen behoefte om deze andere professional, de gynaecoloog, te zien. Deze hoort om je heen te staan voor het moment dat je dat nodig hebt.

‘Op zich, kan het geen kwaad om het te weten, want het geeft op zich ook wel een prettig gevoel dat er nog een professional meekijkt of meebeslist.’ (Interview 1)

Respect	Verloskundige en gynaecoloog zijn beiden goed in de omgang, netjes
Autonomie	De gezamenlijke intake is goed, maar eerst overleggen met de zwangere als de gynaecoloog betrokken wordt
Privacy	Verwacht/ vindt het prettig, dat de communicatie tussen de verloskundige en de gynaecoloog alleen over belangrijk zaken gaat
Communicatie	Suggestie: informatie rondom de doelstelling bundelen in folders en mondeling benoemen (een aantal heeft hier behoefte aan)
Tijd tot geboden hulp	Samenwerking is positief: de verloskundige en gynaecoloog belden elkaar tijdens de controle en het is meteen opgelost Positief verrast door het regelmatige overleg met een extern ziekenhuis, tijdens de zorg in de zwangerschap
Sociale ondersteuning	Lastig om een persoonlijke band op te bouwen met de gynaecoloog, die zie je te weinig (als er gezamenlijke zorg wordt gegeven)
Faciliteiten	Fijn dat de zorg verdeeld is tussen de praktijk en het Centrum voor Geboortezorg
Keuze en continuïteit	Positief gezamenlijke zorg eerstelijnsverloskundige en gynaecoloog (tweeling zwangerschap) Overdracht: alsof het gesprek bij het externe ziekenhuis werd voortgezet in de verloskundige praktijk (en andersom) Gynaecoloog niet nodig gehad, maar hij/zij hoort wel om haar heen en dit moet je kunnen aangeven Ondanks zorgen, heeft het geen meerwaarde als de gynaecoloog wordt ingelicht tijdens de zwangerschap Vertrouwen in professionaliteit verloskundigen: zij schakelen iemand indien nodig in Door overleg leert de gynaecoloog je casus kennen: participant verwacht dat dit een voordeel is bij de bevalling

Doelstelling 5: ‘Gezamenlijke afspraken gynaecoloog en verloskundige: het geboortezorgplan’

Het geboortezorgplan is het zorgpad dat de verloskundige in het tweede deel van het eerste trimester van de zwangerschap in overleg met de cliënt vastlegt in het dossier. Hierbij kan worden overlegd met de gynaecoloog over, bijvoorbeeld, de locatie van de bevalling.

Het geboortezorgplan is onbekend, het is onduidelijk wat de verloskundige precies noteert. Wel weten de participanten dat hun wensen worden opgeschreven door de verloskundigen. Bij het bespreken van deze doelstelling is ook aangehaald dat er vertrouwen is in hun eigen zorgverlener en in de andere zorgverlener (hier: de gynaecoloog). Enkelen willen wel graag van tevoren weten dat iemand eventueel meekijkt. Dit geeft een extra gevoel van veiligheid. De meerderheid van de participanten is in het ziekenhuis bevallen.

In deze samenwerking is het belangrijk dat alle opties goed worden uitgelegd. Per toeval is een cliënt op de hoogte gesteld van informatie die ze anders niet had geweten, maar wel van invloed is geweest op haar keuze tijdens de bevalling. Dit gebeurde toen ze eerder krampen had en al naar het ziekenhuis

moest voor een controle. Deze participant ontving tijdens de zwangerschap zorg bij zowel de verloskundige praktijk, als bij de gynaecoloog.

*‘Ze [haar omgeving] vroegen aan mij dus ook de tweede is met een keizersnee geboren? Ik zeg nee, eigenlijk niet. Maar hoe dan? Ja, ik wist ook niet dat het kon, maar ik was wel heel blij dat ik toen al de uitleg had gehad, twee weken eerder, want toen kon het even inwerken. Ja, ik wist uiteindelijk de keuzes die ik kreeg, die wist ik al twee weken eerder. Nu bedenk ik mij eigenlijk dat er in die tussentijd nooit meer over gesproken is, door de gynaecoloog of...
Nee. Nooit uitgelegd nee. [...] Ja, anders was ik ervan uitgegaan dat ze alle twee met een keizersnee werden geboren.’ (Interview 7)*

Een participant die zorg in het ziekenhuis heeft ontvangen tijdens de bevalling geeft als tip om te zorgen dat de barendende vrouw in het ziekenhuis een nieuw vertrouwenspersoon krijgt die tijdens de bevalling begeleiding geeft. Dit zorgt voor duidelijke communicatie en een band, in plaats van iemand die alleen ‘even het kindje komt halen’.

Respect	De cliënt informeren dat iemand meekijkt
Autonomie	De afspraak bij de gynaecoloog is in overleg ingepland (overtijd)
Privacy	Onduidelijk of er overleg is geweest tussen gynaecoloog en verloskundige
Communicatie	Zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling zijn de opties in het zorgplan elke keer duidelijk voorgelegd of aangegeven. Na de bevalling niks meer gehoord van het ziekenhuis (tweeling), de praktijk vroeg of ze een nacontrole wilde (prettige ervaring) Discrepantie over het verloop van de bevalling op papier en wat er verteld was door verloskundige
Tijd tot geboden hulp	In ziekenhuis: iedereen stond klaar
Sociale ondersteuning	Geeft gevoel van veiligheid als iemand extra meekijkt
Faciliteiten	Positieve ervaringen met thuisbevalling, verloskundige had alles bij zich In het ziekenhuis: genoeg ruimte, baby blijft bij je, je kan op 1 afdeling blijven Nazorg in het ziekenhuis was minder
Keuze en continuïteit	Overdracht informatie tijdens baring naar gynaecoloog ging goed Gynaecoloog met meeste klik kwam na bevalling praten hoe het was gegaan (prettig)

Doelstelling 6: ‘Gezamenlijke zorgpaden en protocollen’

De participanten zijn onbekend met deze doelstelling en de meesten hoeven het ook niet te weten. Dit is iets waar de zorgverlener zich mee bezig moet houden. Er wordt wel verwacht dat de zorgverleners dezelfde adviezen geven, maar zien ook de waarde van variatie in persoonlijke ervaring. Het zou niet uit moeten maken welke verloskundige je kiest, zij moeten aan bepaalde eisen voldoen. Ze verwachten dat alle verloskundigen op de hoogte blijven van nieuwe technieken en kennis.

Autonomie	Advies moet een advies blijven, niet ‘dit is het en verder kun je niets doen’ Een protocol moet niet iets zijn dat belemmert in het krijgen van de gewenste zorg Goede doelstelling, maar je moet er vanaf kunnen wijken Participant ziet voordeel voor patiënt als de lijntjes kort zijn
-----------	--

Communicatie	De meerderheid heeft geen tegenstrijdige adviezen gehad en kreeg Dezelfde boodschap De ene gynaecoloog legt meer uit over risico's dan de ander Ervaring dat de verloskundige andere dingen vraagt bij een controle: <ul style="list-style-type: none"> - positief: zo komt uiteindelijk alles aan bod. - twijfel: je weet niet wat goed is. - Lastig: de cliënt heeft nog niet met twee verschillende zorgverleners hetzelfde besproken
Keuze en continuïteit	Vertrouwen dat professionals de juiste keuze maken Zien samenwerking eerste en tweede lijn als iets positiefs Met goede samenwerking krijg je het juiste resultaat voor de zwangerschap Verwacht: elke zorgverlener geeft dezelfde adviezen, heeft dezelfde type kennis

Doelstelling 7: 'De casemanager'. Primair aanspreekpunt en regelt coördinatie zorg

De casemanager was onbekend voor 12 van de 13 participanten. Ze weten niet wat het inhoudt, wie dit persoon zou zijn geweest, of ze gaan ervan uit dat dit niet van toepassing is geweest voor hen. Men verwacht dit ook niet en één participant kijkt er zelfs van op. Om die reden zijn er geen ervaringen omschreven door vrouwen die een casemanager hebben gehad. De ene participant die dit concept wel kende en ook een casemanager heeft gehad, kreeg geen nieuwe casemanager toen de oude verdween. Wel kan een aantal participanten zich voorstellen dat het een goed idee is. Voor de vrouw met een tweelingzwangerschap leek het alsof ze zelf de casemanager was, omdat ze rondom de zorg zelf veel moest regelen. Anderen zien de voordelen bij complicaties als er meer zorgverleners nodig zijn, of om meer gevoel van controle over de informatie te hebben:

'Uhm, ik denk wel dat dat nog meer... nog een stukje meer duidelijkheid had kunnen geven. Ja, stel dat er één iemand mijn aanspreekpunt was geweest van de verloskundigen praktijk bijvoorbeeld, daar denk ik dan aan, en die zou steeds op de hoogte blijven en daar kan ik ook naar vragen als ik een vraag had, dan zou ik het eerder met diegene bespreken. En dan heb je nog meer, ja ik denk wel nog meer gevoel van controle over de informatie.' (Interview 3)

De meerderheid van de participanten ziet de voordelen van een casemanager niet, omdat men tevreden is. Ervaring leert dat iedereen in de praktijk op de hoogte is van de situatie met de zwangere vrouw, en er is één telefoonnummer en één emailadres waar snel op wordt gereageerd. Daarnaast hebben zij ook niet het gevoel dat zij zelf verantwoordelijkheid hadden over de informatie en de zorg.

'Ja, en ik weet niet hoe groot andere praktijken zijn, kijk dit runnen ze met z'n vieren, ik vind de communicatie... ze hebben één gezamenlijke mail, er is één nummer, er is één systeem waar alles in wordt gezet, dus de volgende die komt die kan ook precies alles zien en die uitdraai krijg ik ook. Dus nee ik heb het niet gemist.' (Interview 10)

Nadelen die men opnoemde waren: de casemanager kan wegvallen, de casemanager kan niet bij de bevalling aanwezig zijn dus 'het levert zo niks extra's op', je moet wachten op antwoord van de casemanager met daarbij twijfels over de haalbaarheid. Indien er wel een casemanager is, dan zal diegene op de achtergrond moeten blijven en zorgen dat je alleen de informatie krijgt die je nodig hebt.

Autonomie	Verwacht dat keuzevrijheid op het spel staat als casemanager er is. Het is veel als casemanager erbij komt, dat is iemand die de regie neemt, maar de zwangere heeft de regie. Verwacht: dat casemanager beslissingen maakt over zorgproces
-----------	---

Communicatie	Eén mail, één systeem, één nummer: heel toegankelijk en geeft het idee van eenheid
Keuze en continuïteit	Elke verloskundige is op de hoogte van de situatie van de zwangere.

Doelstelling 8: ‘Eén digitaal dossier voor gynaecoloog en verloskundige’

Participanten zien dit als een goede doelstelling, waarbij een onnodig obstakel wegvalt, het gemak wordt vergroot en de cliënt niet haar hele voorgeschiedenis hoeft te vertellen bij een andere zorgverlener. Eén participant heeft bij het Centrum voor geboortezorg uitgelegd gekregen dat men met deze doelstelling bezig zijn. Een aantal verwacht dat er al één systeem zou zijn, ‘*die indruk hebben ze mij gegeven*’. De meeste vrouwen hebben niet gemerkt dat men in verschillende systemen werkt. Het zou de privacy ook niet schaden, er is genoeg vertrouwen in de zorgverleners:

‘Natuurlijk kan je het hebben over privacy schending maar ik ervaar het alleen maar als prettig dat als ik bij een arts kom dat ik dan niet mijn hele voorgeschiedenis hoeft te vertellen, maar dat als ik bijvoorbeeld naar een gynaecoloog zou moeten - omdat het wel medisch wordt - dat er dan gewoon al heel veel bekend is. Dat er al persoonlijk contact is geweest tussen de persoon die mij verzorgd heeft, en de persoon die mij gaat verzorgen. Dat de zorg overgedragen wordt en niet dat je in iemand schoot geworpen wordt met doe het hier maar mee.’ (Interview 2)

Als er in één dossier wordt gewerkt, wordt het idee geopperd om het als aanvulling te combineren met de GGZ.

Privacy	Positieve ervaring: kreeg dossier mee uit het ziekenhuis na IUI, maar verder niet op de hoogte of er nog contact was Dossier overdracht naar VU goed gegaan, geen dubbele vragen of antwoorden. Moest wel zelf haar dossier uitprinten en meenemen.
Communicatie	Op twee plekken zorg ontvangen van de gynaecoloog en de verloskundige: moest zelf goed uitleggen en scherp zijn als iets onduidelijk was.
Faciliteiten	Lastig dat niet alles digitaal is, toen de kaart was vergeten, werd er onnodig moeilijk gedaan
Keuze en continuïteit	Brief mee van echo voor verloskundige, dat ging goed Ervaren dat alle verloskundigen in hetzelfde dossier schrijven Lastige ervaring: de gynaecoloog meet de bloeddruk, maar had niet gezien wat verloskundige de eerste keer had gemeten (wel snel opgelost)

Doelstelling 9: ‘Echoscopische expertise gebundeld in het Centrum voor Geboortezorg in Hoorn’

Participanten zijn bekend met het feit dat de expertise daar zit, en geloven ook in specialiseren zodat er op tijd kan worden waargenomen als iets niet klopt. De kennis van het vak hebben de participanten daar ervaren, de echoscopisten doen dit vaker en daardoor zien zij meer. Hoewel één participant verwachtte dat de verloskundige alle echo's zou doen, heeft men het vertrouwen in de kennis van hun eigen verloskundige. De communicatie van de echoscopisten rondom risico's en het bespreken van de echo, is over het algemeen positief ervaren:

‘Ik denk ook dat dat wel een goede volgorde is. Want het heeft wat mij betreft niet zo heel veel zin om van tevoren echt heel erg ongerust gemaakt te hoeven worden en dat het misschien wel helemaal niet nodig is.’ (Interview 1)

Eén participant had een negatieve ervaring, omdat de echo bij haar eerste zwangerschap te snel ging:

‘Toen ging het ongelooflijk snel, toen was het scherm al uit voordat ik goed en wel door had wat er gebeurde, zeg maar. Dus toen stond ik buiten dat ik dacht nou, ik heb gehoord dat het hartje klopt, maar ik heb het niet daadwerkelijk zelf kunnen zien en dat vond ik toen wel heel erg jammer. En dat is eigenlijk ook het negatieve, of negatief, wat minder positieve ervaring.’ (Interview 11)

Respect	Persoonlijke aandacht, grapjes Vertrouwen in kennis echoscopiste
Autonomie	Blij met optie om zelf extra pret echo's te laten maken
Privacy	Brief van echoscopiste nemen ze mee naar de verloskundige
Communicatie	Ligt aan de echoscopiste, de één legt meer uit dan de ander Alles wordt in delen uitgelegd, prettige ervaring Goede uitleg die herhaald werd in 'Jip en Janneke taal' Goede voorbereiding op risico's, fijn dat van tevoren niemand ongerust is gemaakt Niet teveel informatie
Tijd tot geboden hulp	Genoeg tijd tijdens consult Zelfs bij spoedgeval tussendoor: echoscopiste nam de tijd Eén participant mistte persoonlijk onthaal, te snel bij eerste echo, gevoel van nummertje
Sociale ondersteuning	Speciale aandacht voor hazenlip in de familie.
Faciliteiten	Sommige verloskundigen doen ook echo's, daardoor voelt het niet als de enige plek van expertise Goede apparaten Hoorn is centraal, goede locatie. Mooie ruimte, met scherm en aparte ruimte waar bed is
Keuze en continuïteit	Een andere zorgverlener is niet erg, omdat het op een andere locatie is Dezelfde echoscopiste als bij de miskraam: lastig en spannend Genoeg echo's: maar de meesten willen een extra echo omdat het leuk is Anderen: kregen extra echo in praktijk, of hoeven het niet als het geen nut heeft

Doelstelling 10: 'De 8-weeken echo'

Deze is ervaren als een belangrijke doelstelling, vooral bij de eerste zwangerschap wil je snel weten dat je zwanger bent. Het is belangrijk om te weten of het goed gaat en of er aandachtspunten zijn. Alleen een zwangerschapstest is te weinig. Als je het hartje ziet kloppen dan wordt het realistisch, dat zorgt voor geruststelling. Wachten tot 12 weken zwangerschap voelt lang, met name als je misselijk en ziek bent.

‘Ja toch wel, ook al is er nog heel weinig op te zien, het is toch een soort geruststelling van er zit wat, je kan het zien, ook al kan je het je nog niet echt voorstellen, je denkt okee, dat wordt straks... dat gaat groeien en wordt straks groter. Ja zeker wel, ja. Ja daar ben ik wel erg blij om dat ze die wel hebben.’ (Interview 10)

Er wordt verwacht dat deze echo erbij hoort. Het is genoemd als een termijnecho en dus standaard. Men ziet dit als het startpunt, niemand zou deze echo willen missen. Een aantal merken op dat het zou landelijk moeten worden ingevoerd. Daarnaast vinden participanten dat er genoeg echo's zijn, hoewel een aantal een extra (meestal 3d) echo hebben laten maken.

Autonomie	Het is niet aangeboden als optie, maar elke participant wil deze echo
Communicatie	Goed voorbereid dat er geen kloppend hartje te zien is
Tijd tot geboden hulp	Het is vaak samen met de eerste afspraak bij de verloskundige

3.2.3 Afwijkende (8- en 12 weken) echo's

Drie participanten hebben een specifieke ervaring omschreven met het onderdeel afwijkende (8 en 12- weken) echo's, daarom wordt dit apart beschreven. Deze ervaringen gaan over de nazorg bij de eerstelijnsverloskundige en de overdracht naar de gynaecoloog. Dit zijn zowel positieve, als negatieve ervaringen.

Communicatie en aandacht

De positieve ervaring is te danken aan de aandacht en duidelijke communicatie bij een succesvolle overdracht naar de tweede lijn na een afwijkende echo waar het hartje nog klopte. De verloskundigen hebben goed contact gehouden met de participant en direct vervolgstappen gezet voor extra onderzoek. Er is ook contact geweest op het moment dat de baby was overleden.

'Ze hebben echt om de drie dagen wel even gebeld, denk ik, ook om te vragen hoe het ging. En ook op het moment dat het kindje dan echt overleden was zeg maar, hebben ze ook daarna nog meerdere keren gebeld. En ja, ik kan dat eigenlijk niet eens omschrijven wat dat met je doet. Ja dat is zo'n klein dingetje, ik denk dat het een gesprek geweest is van 4, 5 minuten, want het hoeft helemaal niet heel uitgebreid te zijn, zij weten wat er gebeurd is, want ze hebben het dossier gekregen en ik weet het ook. Ze willen gewoon even laten weten dat ze aan ons denken en dat maakt zoveel verschil, en dat gun ik mensen met inderdaad een miskraam eigenlijk ook die zorg.' (Interview 11)

Twee andere participanten die een minder positieve ervaring hebben gehad rondom de overdracht na een afwijkende echo, hebben daarentegen een positieve ervaring gehad met de zorg bij de zwangerschap die daarop volgde. De participanten leggen uit dat de relatie met de verloskundige beter is geworden doordat zij veel persoonlijke aandacht geven aan de situatie. Met daarbij de mogelijkheid om vaker langs te komen als daar behoefte aan is. Er is bijvoorbeeld begrip voor de angst van de zwangere vrouw toen er bloedverlies was, de participant omschrijft dat de verloskundige thuis langs is gekomen om naar het hartje van de baby te luisteren.

Continuïteit van zorg en behoeftes participanten

De negatieve ervaringen die zijn omschreven gaan over de begeleiding, communicatie en informatie die de participanten kregen van de verloskundige en de gynaecoloog toen zij hoorden dat er geen hartslag meer was. Zij voelden zich aan hun lot overgelaten: je weet niet wat je te wachten staat.

Er was in een aantal gevallen geen continuïteit van zorg vanaf dat de participant het nieuws kreeg van de echoscopiste, totdat zij een afspraak bij de gynaecoloog hadden. Hier zou de gynaecoloog contact met hen opnemen voor een afspraak, maar dit gebeurde niet. Bij een participant heeft de verloskundige dat opgelost, en een andere participant heeft zelf contact opgenomen met de gynaecoloog. Waar dit mis ging in de communicatie is onduidelijk voor de participanten. De dagen waarin zij hebben gewacht op een telefoontje voor een afspraak met de gynaecoloog werden als erg lang ervaren.

'...toen waren we inderdaad hier bij [de praktijk] geweest en toen werd er ook gezegd dat de gynaecoloog mij zou bellen. En daar hoorden we dan niks van en het was wel dat wij zoiets hadden van: het is allemaal al zoveel wat op je afkomt en dan hoor je ook nog eens niks en het is voor jezelf onbekend en hoe gaat het verder en wat gaat er gebeuren. Dus toen hebben we uiteindelijk wel weer

hier de verloskundige gebeld van: we horen niks, hoe zit dat. Toen zijn ze er achteraangegaan. En toen hebben we uiteindelijk een brief van de gynaecoloog gehad, van: dan en dan kan je bij ons langskomen. Daar hadden we wel zoiets mee van: nou ja, die communicatie kan wel een stuk beter.' (Interview 5)

Een participant die eerder zorg heeft ontvangen bij de gynaecoloog merkte wel dat de gynaecoloog er alles aan heeft gedaan om goede zorg te verlenen met aandacht. De extra aandacht die van de verloskundige werd gemist op dat moment. Los van het feit dat je voldoende informatie krijgt bij de verloskundige, ga je alsnog met veel vragen naar huis. Daarentegen miste een participant informatie over de pijn en de weeën die je mogelijk kan voelen bij het nemen van de medicatie die je van de gynaecoloog krijgt. Deze participant heeft de weeën alleen ondergaan.

Het is belangrijk voor de participant dat de verloskundige na het slechte nieuws contact houdt. Op verzoek van de een participant heeft de verloskundige nog twee keer extra gebeld. Zo ook direct na de uitslag werd er verwacht dat de verloskundige direct tijd zou hebben. De behoefte van de zwangere vrouw op dat moment: *'ze had naar de wachtkamer kunnen komen, al is het maar een paar minuten.'*

3.3 Behoeften

In het algemeen geven alle participanten een hoog cijfer aan de ontvangen eerstelijnsverloskundige zorg. Gemiddeld een 8.5. Het hoge cijfer is te danken aan: open en duidelijk contact, men neemt de tijd, de goede bereikbaarheid (bv. als je belt wordt je snel geholpen), doorvragen, duidelijkheid in afspraken, vertrouwensband met de verloskundige en persoonlijke betrokkenheid. De leeftijd van de verloskundige is ook aangehaald en op verschillende manieren gewaardeerd. De jonge verloskundigen zijn beschreven als laagdrempelig en gemakkelijk om mee te praten, terwijl de oudere verloskundigen werden gewaardeerd door hun langdurige ervaring. In beiden heeft men evenveel vertrouwen.

'Zoals het nu loopt, loopt het wat mij betreft goed, niks wat ik anders zou willen'. (Interview 2)

Door twee participanten werd naast het hoge cijfer, ook een lager cijfer lager gegeven. Dit gaat om de ervaring met de zorg in het ziekenhuis en om een negatieve ervaring tijdens een miskraam bij de eerste zwangerschap.

Verzekering

De verloskundigen hebben bij de meerderheid van de participanten niet nagevraagd hoe zij verzekerd zijn. De participanten geven aan dat hier ook geen behoefte aan is, op een enkeling na die het wel prettig zou vinden als zij er aan herinnerd zou worden. Participanten bellen over het algemeen zelf naar de verzekeraar om dit te regelen.

Hoofdstuk 4

DISCUSSIE

De hoofdthema's van de zorgvernieuwing komen grotendeels overeen met de behoeftes van de participanten. Cliënten uit de doelgroep zien de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners als belangrijkste onderdeel binnen de doelstellingen.

Keuzevrijheid is een belangrijk thema in de discussies rondom de integrale geboortezorg. Keuzes van cliënten, bijvoorbeeld rondom de bevalling, zijn persoonlijk en context gebonden, en niet alleen gebaseerd op feiten.^{vii} Uit dit onderzoek blijkt dat de participanten ervaren dat ze keuzevrijheid hebben en dit ook belangrijk vinden, maar zich niet altijd bewust zijn van het feit dat ze een keuzeoptie hebben in bepaalde onderdelen van de zorg. Een goede band met de eerstelijnsverloskundige is belangrijk voor de participanten en draagt bij aan het vertrouwen dat ze hebben in de verloskundige. Dit sluit aan op onderzoek dat aantoont dat het begrip van vrouwen rondom een geïnformeerde keuze is gestoeld in de kwaliteit van de relatie die vrouwen met de zorgverlener hebben^{viii}. Het vraagt om diepgaande discussies met een zorgverlener die zij kennen en is daardoor relationeel gebonden. De band die vrouwen opbouwen met de zorgverlener is van belang voor het maken van een keuze waar zij zich goed bij voelen. Het opbouwen van een *partnership* is ook een van de belangrijkste elementen van een cliënt (patiënt) gerichte aanpak.^{ix}

Het is opvallend dat alle participanten die een miskraam hadden, geen positieve ervaring met de continuïteit van zorg hebben gehad. Het is bekend dat vrouwen zich na een miskraam angstig kunnen voelen^{x,xii} en het van belang is dat er, in die kwetsbare periode die daarop volgt, extra zorg en aandacht is voor hen^{xii,xiii}. Het is juist belangrijk dat deze zorg goed opgevolgd wordt door de gynaecoloog, of nog een extra contactmoment met de eerstelijnsverloskundige, zodat vrouwen op die kwetsbare momenten zich gesteund voelen door haar zorgverlener^{xiv}.

Dit onderzoek laat niet zien of de casemanager wel of niet naar tevredenheid werkt voor de participanten, omdat deze groep cliënten er te weinig ervaring mee heeft gehad. Enkel verwachten dat de casemanager de regie over zou nemen, of een keuze maakt over het zorgproces, terwijl deze bij de zwangere vrouw ligt. Het lijkt erop dat de verwachtingen van de rol van de casemanager niet in lijn staan met de daadwerkelijke taken. Deze uitspraken staan tegenover positieve ervaringen met de coördinatie van de zorg door de eerstelijnsverloskundige. De participant die een casemanager prettig had gevonden, doorliep een medisch traject tijdens de zwangerschap. Onderzoek in de regio Nijmegen laat zien dat de eerstelijnsverloskundigen de spin in het web zijn en in contact staan met alle andere groepen professionals.^{xv} Zij zijn een belangrijke schakel, dus het lijkt logisch dat zij als casemanager optreden in de coördinatie van de zorg. De vraag is of dit voor elke zwangere vrouw een doelstelling moet zijn, en in welke vorm dat het beste past. Er zijn ook voorbeelden waar de casemanagers opgeleid wordt als expert om zo bepaalde processen beter begeleiden.^{xvi}

Sterke en zwakke punten

De sterke kanten van dit project liggen bij hoe het inhoudelijk is opgebouwd. De thematiek die van belang is, is in samenwerking met thematische en regionale experts, én de Moederraad uit de regio, uitgewerkt door een onafhankelijk onderzoeker. Zonder deze input, had het project niet context specifiek uitgerold kunnen worden.

Daarnaast is er een goede spreiding van participanten uit vijf van de zeven verloskundige praktijken met een duidelijk verschil in zorgvraag, -behoefte en -pad. Alle participanten hebben de tijd genomen om hun ervaring goed toe te lichten.

Een zwak onderdeel van het project ligt in het kleine aantal deelnemers in de focusgroep. Door de uitdaging om genoeg cliënten te werven voor de focusgroep is er één focusgroepbijeenkomst gehouden, in plaats van twee.

Het werven en bereiken van cliënten was erg lastig, zowel voor de focusgroep als voor de interviews. Voor beide onderdelen is dezelfde manier van werven gebruikt. Het promoten van het onderzoek door flyers van het onderzoek in de wachtkamer te leggen, zorgde niet voor genoeg aanmeldingen van participanten. In dit geval moest de cliënt zelf actie ondernemen. Om deze reden is de eerste focusgroep niet doorgegaan en verplaatst naar een ander moment.

Voor de tweede focusgroep waren genoeg aanmeldingen, doordat de onderzoeker participanten is gaan werven door een dag (deel) in de wachtkamer van de eerstelijnsverloskundige praktijken te zitten. Deze manier van werven is ook succesvol gebleken voor het werven van cliënten voor de interviews. Daarnaast waren er ook weinig aanmeldingen voor de focusgroep doordat de cliënten al verschillende activiteiten in de avond hadden gepland van de focusgroep. Bijvoorbeeld zwangerschapszwemles of een andere cursus. Er is na aanmelding altijd gemaild ter bevestiging en reminders gestuurd.

Een algemene drempel binnen het onderzoek was het gebrek aan tijd van de zorgverleners voor het actief verwerven van participanten. Zij hadden het te druk met hun reguliere werkzaamheden en de taken die gepaard gaan met de zorgvernieuwing. Daarentegen was de beperkte tijd die de verloskundigen wel konden steken in het werven van cliënten erg nuttig. Het hielp als de cliënt zag dat de verloskundige zelf enthousiast was over het onderzoek. Dit deed de verloskundige door zelf iemand specifiek te informeren en uit te nodigen voor het onderzoek. De verloskundige hielp ook door de onderzoeker voor te stellen als zij in de wachtkamer cliënten wierf. De cliënt zag zo dat de verloskundige de onderzoeker vertrouwde. Het zien van het gezicht van de onderzoeker in de wachtkamer hielp om de drempel te verlagen tot deelname.

Er zijn ook andere manieren gezocht om de cliënten te enthousiasmeren voor het onderzoek, bijvoorbeeld door de focusgroep na een voorlichtingsavond te plannen. Dit bleek echter voor de meeste zwangere vrouwen te veel te zijn op één avond. Het aanbieden van een beloning na deelname aan het onderzoek, of het werven van cliënten tijdens een kraammarkt, zijn suggesties die in de toekomst kunnen worden gebruikt.

Implicaties voor onderzoek en praktijk

De resultaten van dit onderzoek pleiten voor vervolgonderzoek naar de rol van de eerste- en tweedelijnsverloskundigen in het aanbieden van gedeelde gezamenlijke zorg met de gynaecoloog tijdens het DUO-spreekuur.

Een tussentijdse evaluatie is van belang om het implementatietraject aan te laten sluiten op de huidige behoeftes van de doelgroep. In toekomstig onderzoek is het belangrijk om de cliënt te blijven betrekken bij verbetertrajecten om de kwaliteit van zorg op peil te houden. De Moederraad als cliëntvertegenwoordiger kan hier ook een rol in spelen. Daarbij is het belangrijk om scherp te zijn op waarom cliënten bepaalde voorkeuren hebben, als zij worden betrokken bij innovaties in de zorg. Als de cliënt de voorkeur geeft aan wat bekend is, dan zal het alleen de huidige vorm van het zorgaanbod versterken.^{xvii}

Bij toekomstige evaluaties in de regio kan een vast format ontwikkeld worden, zodat er een snelle evaluatie kan plaatsvinden. Deze evaluatie moet cyclisch van aard zijn, voor zowel de zorgverleners als de cliënten. In een evaluatie met een vast format, moet er wel ruimte blijven voor het uitvragen van ervaringen om nieuwe thema's of knelpunten te onderscheiden. In huidig, en eerder onderzoek uit 2016, zijn de missiedoelstellingen gebruikt als kader om de voortgang te toetsen. Een aantal van deze doelstellingen zijn behaald, deze zouden bij een vervolgonderzoek aangepast kunnen worden in samenwerking met lokale experts en resultaten uit eerder onderzoek. Om de ervaringen van cliënten met de zorg te toetsen, kan er naast het format op maat voor de regio ook gekozen worden voor gevalideerde vragenlijsten. Bijvoorbeeld de 'PCQ, Pregnancy & Childbirth Questionnaire' die recentelijk is gebruikt en getoetst in onderzoek.

De conclusies uit dit onderzoek zijn met name van belang binnen de regio West-Friesland en zullen niet allemaal in andere contexten of regio's een rol spelen.

Hoofdstuk 5

CONCLUSIE

Over het algemeen zijn de missiedoelstellingen die zijn ontworpen in het kader van de geboortezorgvernieuwing in lijn met de verwachtingen en behoeftes van de participanten uit de regio West-Friesland. De participanten verwachten dat zij centraal staan, dat de eerstelijnsverloskundige samenwerkt en overleg heeft met de gynaecoloog, en dat er gezamenlijke zorgpaden en protocollen zijn, waarbij de zorgverleners dezelfde kennis hebben. De samenwerking tussen de eerstelijnsverloskundige en de gynaecoloog wordt als belangrijkste doelstelling gezien. Het werken in één digitaal dossier is daar onderdeel van. De participanten hebben geen negatieve ervaringen met de informatieoverdracht en zien vooral de voordelen van het werken in één dossier voor de zorgverlener en henzelf. De 8-weken echo is een belangrijk onderdeel van de zorg die de participanten niet willen missen. Dit onderzoek biedt participanten geruststelling. De doelstellingen ‘de zwangere vrouw centraal’, het ‘Centrum voor Geboortezorg’ en ‘het bundelen van de echoscopische expertise’ worden ervaren als behaald. De participanten voelen zich centraal staan in de zorg, doordat er op korte termijn hulp wordt aangeboden, er goede bereikbaarheid is via email en telefoon, en respect en autonomie wordt ervaren doordat de verloskundigen goed luisteren naar de wensen en vragen die de participanten hebben. De doelstelling ‘midwifery-led care’ sluit aan bij de verwachtingen: er is veel vertrouwen in de kennis en kunde van de eerstelijnsverloskundige. Zo ook in dat van andere zorgverleners. De participanten zien de voordelen van het betrekken van de gynaecoloog na de intake, indien nodig, mits de zwangere vrouw hierover wordt geïnformeerd. Er is geen behoefte aan uitgebreide uitleg over de doelstellingen, wel mag het genoemd worden en als informatie meegegeven worden (bijvoorbeeld een folder).

Participanten hebben het idee dat ze keuzevrijheid hebben in de zorg, maar die kan per casus verschillen in ervaring als het gaat om informatie rondom de keuzemogelijkheden. De verloskundige zou de keuzemogelijkheden van de onderdelen in de zorg duidelijker mogen toelichten, zodat de participanten weten wat opties en keuzes zijn. De ervaren barrières tot het krijgen van de juiste informatie om een keuze te maken kunnen worden opgelost door dit aan te passen aan de behoeftes van de cliënt. Bij de eerste zwangerschap is een formulier waarop staat wanneer je wat moet regelen als zeer positief ervaren, omdat je dan veel informatie krijgt over het beloop van de zwangerschap. Er zijn specifieke behoeftes voor extra informatie over wat de participanten kunnen leren bij een zwangerschapscursus (zoals Zwangerfit), ischias en de optie om stamcellen te bewaren na de bevalling. In geen gevallen heeft men zich beperkt gevoeld in de keuze voor de locatie om te bevallen. Tijdens de zorg voor een tweelingzwangerschap is de optie om de eerstelijnsverloskundige te blijven zien goed bevallen. De DUO-sprekuren door de tweedelijnsverloskundige werden daarentegen door de participant als overbodig ervaren, omdat de taken van de eerste- en tweedelijnsverloskundige grotendeels overlappen. De tweedelijnsverloskundige kent de zwangere vrouw niet zo goed en de kennis die de eerstelijnsverloskundige heeft over de zwangere en haar (persoonlijke) situatie wordt gemist.

De doelstelling die niet in lijn ligt met de verwachtingen en behoeftes van de zwangere vrouw is ‘de casemanager’. De meeste participanten hebben er geen kennis over of ervaring mee, en hebben er geen behoefte aan omdat de verloskundige praktijk in deze behoefte voorziet. Alle verloskundigen zijn voldoende op de hoogte van het beloop van de zwangerschap en kunnen voorzien in de wens om persoonlijke aandacht en zorg te ontvangen. Er wordt aangedragen dat er behoefte is aan één aanspreekpunt in het ziekenhuis na de overdracht van de eerste- naar de tweede lijn tijdens de baring. Bijvoorbeeld door een verpleegkundige aan te stellen als centraal figuur die beschikbaar is voor vragen en informatie geeft.

De barrières of knelpunten zaten voornamelijk in de doelstelling en thema: het ‘Centrum voor Geboortezorg’ en de continuïteit van zorg. Zo is er behoefte aan meer parkeerplekken met een korte loopafstand bij het Centrum voor Geboortezorg en een veilige route naar buiten na het horen van

slecht nieuws bij de echo. Participanten geven aan dat de communicatie (na overdracht tijdens de baring) en de nazorg (na de baring) in het ziekenhuis niet optimaal is.

Tot slot, is er behoefte aan meer aandacht voor de continuïteit van zorg voor vrouwen die een afwijkende echo hebben gehad waar geen hartslag is geconstateerd (miskraam). De gynaecoloog zou op de hoogte moeten zijn en contact opnemen voor een afspraak als dat zo is afgesproken. De participanten geven aan dat het prettig is als de verloskundige een extra keer telefonisch contact opneemt om te vragen hoe het gaat.

ⁱ Vedam, S. et al. (2017) 'The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care' *PLOS one* 12(2): d0171804. doi:10.1371/journal.pone.0171804

ⁱⁱ Price, R.A. et al. (2014) 'Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality' *Med Care Res Rev.* 71-5: 522-554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>

ⁱⁱⁱ Belanger, L. et al. (2015) 'Usefulness of a patient experience study to adjust psychosocial oncology and spiritual care services according to patients' needs' *Patient Experience Journal* 2-1: 11-117. Available at: <http://pxjournal.org/journal/vol2/iss1/16>

^{iv} Hollander, M.H. & J. van Dillen (2017) 'Zorg op maat in de verloskunde, verklaard vanuit de geschiedenis' *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie* volume 130.

^v Harkness, J. 'The Future of Healthcare is patient-centered' in: '2050 A Health Odyssey - thought-provoking ideas for policymaking' Health First Europe.

^{vi} Janssen, S.M. & A.L.M. Lagro-Janssen (2012) 'Physicians's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review' *Patient Education and Counseling* 89 221-226.

^{vii} Nieuwenhuijze, M. & L.K. Low (2013) 'Facilitating Women's Choice in Maternity Care' *The Journal of Clinical Ethics* 24-3: 276-82.

^{viii} O'Brien, D., M.M. Butler & M. Casey (2017) 'A Participatory Action Research Study Exploring Women's Understandings of the concept of Informed Choice During Pregnancy and Childbirth in Ireland' *Midwifery* 46: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002>

^{ix} Lionis, C. et al. (2017) 'Informing Primary Care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)' *BMC Health Services Research* 17:255.

^x <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217515317780>

^{xi} <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0730-7659.2004.00292.x>

^{xii} <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.2161-0029.2015.00032.x>

^{xiii} <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468887/>

^{xiv} <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12781>

^{xv} <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816303308>

^{xvi} <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720863/>

^{xvii} Hundley, V. & M. Ryan (2004) 'Are Women's Expectations and Preferences for Intrapartum Care Affected by the Model of Care on Offer?' *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 111: 550-560. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00152.x