



CENTERINGPREGNANCY®

Een betere vorm van zwangerschapszorg?

Nicole de Raaij
Vlissingen, 29 mei 2017

CENTERINGPREGNANCY®

Een betere vorm van zwangerschapszorg?

Student:	Nicole de Raaij
Studentennummer:	00060719
School:	HZ University of Applied Sciences
Studierichting:	Bachelor in de Verpleegkunde/ Vroedkunde
Studiejaar:	2016/2017
Cursus:	Praktijkgericht onderzoek 2 – CU09322
Eerste beoordelaar:	Marjan de Rijke
Tweede beoordelaar:	Leen Vanden Bergh
Inleverdatum:	29 mei 2017
Inleverplaats:	Vlissingen

“Niets uit deze scriptie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur”

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Verpleegkunde/Verloskunde aan de HZ University of Applied Sciences en de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen. Het onderzoek is in september 2016 van start gegaan en zal worden afgerond in juni 2017 door middel van een eindpresentatie.

Het afstudeeronderzoek, dat betrekking heeft op de ervaringen van CenteringPregnancy®, komt enigszins voort uit het schrijven van het afstudeeronderzoek voor mijn Bachelordiploma in de Vroedkunde. Bij dat afstudeeronderzoek werd een systematic review geschreven met de onderwerpen beweging en voeding in combinatie met zwangerschapsdiabetes. Tijdens dit onderzoek werd ik geconfronteerd met het belang van voorlichting. Hieruit voortvloeiend heb ik voor dit afstudeeronderzoek gezocht naar een onderwerp met betrekking tot prenatale voorlichting.

Het proces vanaf de voorbereiding tot de verwerking van het onderzoek werd begeleid door docente Marjan de Rijke, namens de HZ University of Applied Sciences en Leen Vanden Bergh namens de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen.

Ik wil allereerst de betrokken docenten bedanken voor de begeleiding en de gegeven feedback. Met name de begeleide lesuren gaven veel verheldering en motivatie. Daarnaast wil ik 'Vivre praktijk voor de Verloskunde' en 'Tara verloskundigen' bedanken voor hun deelname aan het onderzoek en de bereidwilligheid die zij toonden. Ook alle respondenten wil ik bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek. Ten slotte wil ik mijn peergroup, vrienden en familie bedanken voor de feedback en de motivatie om dit onderzoek te kunnen voltooien.

Nicole de Raaij

Vlissingen, 29 mei 2016

Samenvatting

Aanleiding In Nederland is de perinatale sterfte hoog in vergelijking met andere Europese landen. Zwangeren van met een lage sociaaleconomische status lopen meer risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Een mogelijke oplossing is CenteringPregnancy®. Hierbij wordt prenatale zorg voor een groot gedeelte in groepsvorm gegeven. CenteringPregnancy® heeft drie belangrijke basiselementen: Verhogen van het kennisniveau, stimuleren van zelfmanagement en ondersteuning bieden. Probleemstelling: Wat zijn de ervaringen van de deelnemers aan CenteringPregnancy® en in hoeverre zijn de doelen van CenteringPregnancy®: het verhogen van het kennisniveau, het stimuleren van zelfmanagement en het bieden van ondersteuning, gedurende de zwangerschapszorg bij 'Tara verloskundigen' en 'Vivre praktijk voor de verloskunde' behaald?

Methode Een kwantitatief surveyonderzoek is uitgevoerd door middel van een online en hard-copy enquête die bestond uit 48 vragen. De vragen bestonden voornamelijk uit stellingen. De enquête is verspreid onder 58 vrouwen die CenteringPregnancy® volgden bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' of 'Tara' en in het derde trimester van de zwangerschap waren tot zes weken postpartum. De resultaten zijn met behulp van het programma Excel en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) verwerkt en geanalyseerd.

Resultaten Er was een respons van 28 vrouwen (48%). Het merendeel van de respondenten is van Nederlandse afkomst (n=24) en hoogopgeleid (n=22). De respondenten geven gemiddeld een 8,6 aan de zwangerschapszorg. De respondenten zijn over het algemeen positief over de verworven kennis en beschikbare informatie. Ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen kwamen voor iets meer dan de helft van de vrouwen (n=16) onvoldoende aan bod. De respondenten vonden dat er voldoende ruimte was voor zelfmanagement. Iets meer dan de helft van de vrouwen (n=16) vond dat zij onvoldoende begeleiding kregen bij het maken van plannen voor de toekomst. Het merendeel van de respondenten (n=26) kreeg voldoende steun tijdens de zwangerschap.

Discussie Opvallend is dat de respondenten hoogopgeleid en van Nederlandse afkomst zijn, terwijl CenteringPregnancy® is ontwikkeld voor zwangeren met een lage sociaaleconomische status. Mogelijk zijn de respondenten geen goede afspiegeling van de totaalpopulatie. Daarnaast kan door middel van de stellingen over informatie niet gesteld worden dat daarmee ook het kennisniveau is verhoogd.

Conclusie Geconcludeerd kan worden dat de doelen van CenteringPregnancy® bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' en 'Tara' worden behaald. De voorlichting omtrent ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen en de hulp bij het maken van plannen voor de toekomst zijn onvoldoende. Bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' en 'Tara' maken met name hoogopgeleiden gebruik van CenteringPregnancy® en zijn de zwangeren tevreden over de geleverde zwangerschapszorg.

Aanbevelingen Aangeraden wordt dat Verloskundigenpraktijken 'Vivre' en 'Tara' de informatie die omtrent ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen gegeven wordt en de hulp bij het maken van plannen voor de toekomst, aanpassen zodat dit aansluit bij de behoefte van de zwangeren. Binnen de opleiding dienen studenten goed te leren wat het belang is van voorlichting en wat de verschillende voorlichtingstechnieken zijn, waaronder CenteringPregnancy®. Tot slot wordt aanbevolen om onderzoek uit te voeren: naar zwangeren met een lage sociaaleconomische status en hun ervaring met CenteringPregnancy®, naar de behoefte van hoogopgeleide zwangeren en naar de ervaringen van de partner met CenteringPregnancy®.

Abstract

Objective The Dutch perinatal mortality rates are high in comparison to other European countries. Disadvantaged pregnant women are at higher risk of adverse pregnancy outcomes. A possible solution is CenteringPregnancy®, a prenatal care model that provides care in group setting. CenteringPregnancy® has three basic elements: increasing knowledge, self-management and support. The purpose of this study is to understand what the experiences are of CenteringPregnancy® and if the goals of CenteringPregnancy®; Increasing knowledge, self-management and support are reached with the prenatal care at 'Tara Verloskundigen' and 'Vivre praktijk voor de verloskunde'?

Method Quantitative research was conducted using online and hardcopy surveys, that consisted of 48 questions. The questions mainly consisted of statements. The survey was distributed to 58 women who followed CenteringPregnancy® at midwifery practice 'Vivre' or 'Tara' and where in the third trimester of pregnancy to six weeks postpartum. The results were processed and analysed using Excel and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Results There was a response rate of 28 (48%) women. The majority of the respondents are of Dutch descents (n=24) and are highly educated (n=22). The respondents gave the prenatal care an average mark of 8,6. The women are generally positive about the knowledge and information provided during consultations. Breathing techniques and relaxations exercises were insufficiently discussed according to over half of the respondents (n=16). Respondents felt that there was plenty of room for self-management. More than half of the women felt they received inadequate guidance in making plans for the future (n=16). The majority of respondents (n=26) received adequate support during prenatal care.

Discussion The respondents are not disadvantaged pregnant women, which is striking, as CenteringPregnancy® was developed for this population. Possibly the respondents aren't a reflection of the actual population. In addition, based on the statements regarding information, it cannot be said an increase in knowledge actually took place.

Conclusion It can be concluded that the goals of CenteringPregnancy® are achieved at midwifery practice 'Vivre' and 'Tara'. Information on breathing techniques and relaxation exercises and help in making plans for the future are insufficient. At the midwifery practice 'Vivre' and 'Tara', CenteringPregnancy® is most commonly used by highly educated women. Women who followed CenteringPregnancy® at midwifery practice 'Vivre' or 'Tara', are highly satisfied with the given care.

Recommendations Midwifery practice 'Vivre' and 'Tara' should adjust their information that is given about breathing techniques and relaxation exercises and adjust the guidance given for making future plans, to match the needs of pregnant women. Students should be well informed about the importance of prenatal education and the different techniques to provide information, such as CenteringPregnancy®. Finally, it is recommended to conduct research; into the experiences of vulnerable groups regarding CenteringPregnancy®, into the needs of highly educated pregnant women and into the experiences of the partners regarding CenteringPregnancy®.

Inhoud

Inleiding.....	12
1. Theoretisch kader	16
1.1 Zoekstrategie	16
1.2 Nederlands verloskundesysteem	18
1.3 Prenatale zorg en voorlichting.....	18
1.4 Prenatale zorg en sociaaleconomische achtergronden	19
1.5 Perinatale gezondheidsprobleem in Nederland	20
1.6 Nederlandse prenatale zorg en verbetermogelijkheden.....	20
1.7 CenteringPregnancy®	21
1.8 Kennisniveau.....	22
1.9 Zelfmanagement.....	23
1.10 Steun	23
1.11 Effect CenteringPregnancy®	24
1.12 Beperkingen CenteringPregnancy®	24
1.13 Samenvatting	25
2. Onderzoeksmethode.....	26
2.1 Onderzoekstype en -ontwerp.....	26
2.2 Onderzoekspopulatie	26
2.3 Onderzoekperiode en -plaats.....	26
2.4 Dataverzameling	26
2.5 Dataregistratie, -verwerking en -analyse.....	29
2.6 Betrouwbaarheid en validiteit	29
2.7 Juridische aspecten.....	30
3. Resultaten	32
3.1 Participatie.....	32
3.2 Kenmerken respondenten	32
3.3 Informatievoorziening	33
3.4 Zelfmanagement.....	36
3.5 Steun.....	37
3.6 Tevredenheid.....	37
4. Discussie.....	38
4.1 Interpretatie resultaten	38
4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	40
5. Conclusie en aanbevelingen.....	42
5.1 Aanbevelingen	43
Bibliografie	44
Bijlage 1 – Enquête.....	46

Bijlage 2 – Codeboek	60
----------------------------	----

Inleiding

Prenatale zorg is een belangrijk aspect in de zwangerschap. Een goede opvolging kan ongunstige zwangerschapsuitkomsten voorkomen. Nederland heeft hoge perinatale sterftecijfers in vergelijking met andere landen in Europa. Vos, Bonsel en Steegers (2014) vergeleken de sterftecijfers van 2004 en 2010 van Nederland, België, Denemarken, Duitsland, Noorwegen en Finland. Uit deze cijfers blijkt Nederland de hoogste perinatale sterftecijfers te hebben. In 2004 was de perinatale sterfte 10,5 per duizend en in 2010 9,0 per duizend, volgens cijfers van het EURO-PERISTAT Onderzoek (2013). In 2015 was volgens cijfers van het Centraal Bureau Statistiek het perinatale sterftecijfer 7,8 per duizend. In 85% van de gevallen ging het optreden van vroeggeboorte, intra-uteriene groeivertraging, aangeboren afwijking of een suboptimale start (APGAR < 4) aan de perinatale sterfte vooraf. Deze ongunstige zwangerschapsuitkomsten komen sterker voor bij vrouwen met een lage sociaaleconomische positie, zoals vrouwen met een niet-westerse etniciteit. Vos et al. (2014) concludeert dat het belangrijk is om te blijven investeren in de verloskundige zorg. Het is belangrijk om te weten hoe vrouwen met een lage sociaaleconomische status in Nederland bereikt kunnen worden en welke interventies nodig zijn om ongunstige zwangerschapsuitkomsten te voorkomen (Vos et al. 2014).

De kans op perinatale sterfte wordt verhoogd door: lage sociaaleconomische status, niet-westerse etniciteit, de leeftijd van de moeder (tiernmoeder of oudere moeder (>35 jaar)), alleenstaand ouderschap, wonen in een achterstandswijk, overgewicht of obesitas, roken tijdens de zwangerschap, medische aandoeningen (infectieziektes, diabetes mellitus, hypertensie) en bijzonderheden in de verloskundige voorgeschiedenis (CBS, 2015). Zorg-op-maat in de prenatale zorg is belangrijk, met extra aandacht voor sociale factoren, de leefstijl, de aanpak van ziekten en een strakkere voorbereiding op de bevalling om risico's te beperken (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009).

Door goede verloskundige opvolging kunnen potentiële gezondheidsproblemen vroeg worden gesignaleerd en door adequaat handelen worden voorkomen. Voorlichting is de belangrijkste vorm van preventie. Het doel van voorlichting is om de gezondheid van de zwangere te verbeteren, daarmee de gezondheidsrisico's te beperken en betere zwangerschapsuitkomsten te verkrijgen (Tanner-Smith, Steinka-Fry en Lipsey, 2012). In het huidige verloskundesysteem is beperkte tijd beschikbaar voor de prenatale consultaties. De gemiddelde consultatie duurt vijftien minuten (Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskunde, 2016). Uit de deliver-studie van Spelten, Klomp en Manniën (2011) blijkt dat vrouwen graag meer tijd, meer continuïteit en een betere bereikbaarheid van de verloskundige willen. Binnen het huidige verloskundesysteem is er weinig tijd voor voorlichting en psychosociale begeleiding, zeker voor zwangeren die meer aandacht nodig hebben, bijvoorbeeld zwangeren met een lage sociaaleconomische status (Rijnders, Van der Pal en Aalhuizen, 2012).

Sinds enkele jaren is er een nieuw model beschikbaar: CenteringPregnancy®. Dit model is ontwikkeld voor de doelgroep zwangeren met een lage sociaaleconomische status. CenteringPregnancy® is een model dat in 1998 in Amerika is ontwikkeld door Sharon Schindler Rising en is eigendom van het Centering Healthcare Institute. Bij CenteringPregnancy® wordt het standaardmodel van zwangerschapsopvolging vervangen door zwangerschapsopvolging in zowel groepsverband als gedeeltelijk individueel. Hierbij worden acht tot twaalf vrouwen met ongeveer dezelfde zwangerschapsduur in één groep geplaatst. De zwangerschapscontroles duren gemiddeld 120 minuten, beginnend met een individueel gesprek waarin lichamelijke controles worden uitgevoerd

en privévragen gesteld kunnen worden. Vervolgens gaat het consult verder in groepsverband. Het consult wordt geleid door twee professionals, zoals een verloskundige en een (huis)arts of kraamverzorgende (Rijders, et al., 2012). CenteringPregnancy® heeft drie hoofddoelen: het verhogen van het kennisniveau van de zwangere, de stimulatie tot zelfmanagement van de zwangere en het ervaren van steun door de zwangere (Rijders, Detmar en Herschderfer, 2016).

Sinds 2012 is CenteringPregnancy® TNO Child Health naar Nederland gehaald door. TNO heeft een formele overeenkomst met het Centering Healthcare Institute om CenteringPregnancy® in Nederland te implementeren. Dit gaat in samenwerking met de Koninklijk Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV). Op dit moment (april 2017) bieden 54 praktijken in Nederland CenteringPregnancy® aan en zijn verbonden met Centering Healthcare in Nederland (Centering Healthcare Nederland, 2017). Steeds meer vrouwen volgen inmiddels de zwangerschapsconsulten in groepsverband. Er is nog weinig bekend over hoe vrouwen in Nederland CenteringPregnancy® ervaren en of de doelen van CenteringPregnancy® behaald worden. Naar aanleiding hiervan is een doelstelling, en een probleemstelling geformuleerd en zijn deelvragen opgesteld.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van de deelnemers aan CenteringPregnancy® in Nederland. De deelnemers zijn bevraagd vanaf het derde trimester van de zwangerschap tot en met zes weken postpartum. De deelnemers hebben CenteringPregnancy® gevolgd bij 'Vivre praktijk voor verloskunde' in Alphen aan den Rijn of bij 'Tara Verloskundigen' in de Den Haag.

Probleemstelling

Wat zijn de ervaringen van de deelnemers van CenteringPregnancy® en in hoeverre zijn de doelen van CenteringPregnancy®; verhogen van het kennisniveau, stimuleren van zelfmanagement en ondersteuning bieden, behaald gedurende de zwangerschapszorg bij 'Tara verloskundigen' en 'Vivre praktijk voor de verloskunde'?

Deelvragen

- In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® een verhoging van hun kennisniveau tijdens de zwangerschapszorg?
- In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® stimulatie voor zelfmanagement tijdens de zwangerschapszorg?
- In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® ondersteuning tijdens de zwangerschap?

Relevantie voor de praktijk

Dit afstudeeronderzoek is een onderdeel van de opleiding Hbo-Verpleegkunde en staat in relatie tot de opleiding Vroedkunde. Voorlichting is en blijft een belangrijk onderdeel van de zorg, zowel in de verpleegkunde als in de vroedkunde of verloskunde. Zo komt voorlichting ook terug in de vijf beroepsrollen van de bachelor verpleegkunde: zorgverlener, regisseur, coach, beroepsbeoefenaar en ontwerper (Pool, 2007). Volgens het Beroepsprofiel van de verloskundige (KNOV, 2014) vervult de verloskundige de rollen van medisch professional, coach en begeleider, voorlichter en counselor, casemanager, innovator en praktijkmanager. Een belangrijke taak van de verpleegkundige of verloskundige is om risico's voor de gezondheid te verminderen. De hbo-verpleegkundige past primaire, secundaire en tertiaire preventie toe en geeft voorlichting, informatie en advies aan individuen en groepen. Ook zorgt de verpleegkundige dat doelen van preventieprogramma's worden

gerealiseerd zodat een programma zo efficiënt mogelijk is. Een verpleegkundige werkt mee aan het ontwikkelen en vaststellen van nieuwe zorgprogramma's zodat de zorg doelmatiger en effectiever kan worden uitgevoerd. De verpleegkundige zorgt dat zorgprogramma's kwaliteitszorg waarborgen en aansluiten bij de maatschappelijke ontwikkelingen (Pool, 2007). Een verloskundige draagt bij aan voorlichtingscampagnes voor een gezonde leefstijl. De zorg die een verloskundige verleent levert een bijdrage aan de gezondheid van de samenleving (KNOV, 2014). De voorlichting die de verloskundige of verpleegkundige geeft draagt bij aan de gezondheid van de zorgvrager. Het is belangrijk dat zij op de hoogte blijven van de nieuwste ontwikkelingen, waaronder CenteringPregnancy®.

Leeswijzer

Het verslag is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk één is het theoretisch kader weergegeven. Het volgende hoofdstuk bevat de onderzoeksmethode. In dit hoofdstuk is het onderzoekstype beschreven en worden de gegevensverzameling, de gegevensverwerking en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek weergegeven. In hoofdstuk drie worden de resultaten van het praktijkonderzoek weergegeven. Vervolgens worden de resultaten in hoofdstuk vier bediscussieerd en worden de sterke en de zwakke punten van het onderzoek beargumenteerd. In hoofdstuk vijf wordt een conclusie getrokken. Ter afsluiting zijn de bibliografie en bijlagen bijgevoegd.

1. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat het theoretisch kader. Het theoretisch kader betreft relevante achtergrondinformatie. Allereerst wordt de zoekstrategie voor de theorie weergegeven. Vervolgens wordt het verloskundesysteem van Nederlanden uitgelegd, wordt het belang van prenatale zorg en voorlichting weergegeven, worden de prenatale zorg en verschillende sociaaleconomische achtergronden toegelicht en worden perinatale gezondheidsproblemen inclusief de verbetermogelijkheden in de Nederlandse prenatale zorg beschreven. Vervolgens gaat het hoofdstuk verder over CenteringPregnancy® en de belangrijkste elementen daarvan, nl. het verhogen van het kennisniveau, het stimuleren van zelfmanagement en het bieden van steun. Ook het effect en de beperking van CenteringPregnancy worden toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

1.1 Zoekstrategie

Voorafgaande aan het starten van het onderzoek is een oriënterende literatuurstudie gedaan. Er werd verdiept in het onderwerp en gezocht naar onderbouwende literatuur. Om de relevante literatuur te vinden werden een aantal zoekvragen opgesteld. Naar aanleiding van de probleemstelling werden de volgende zoekvragen geformuleerd:

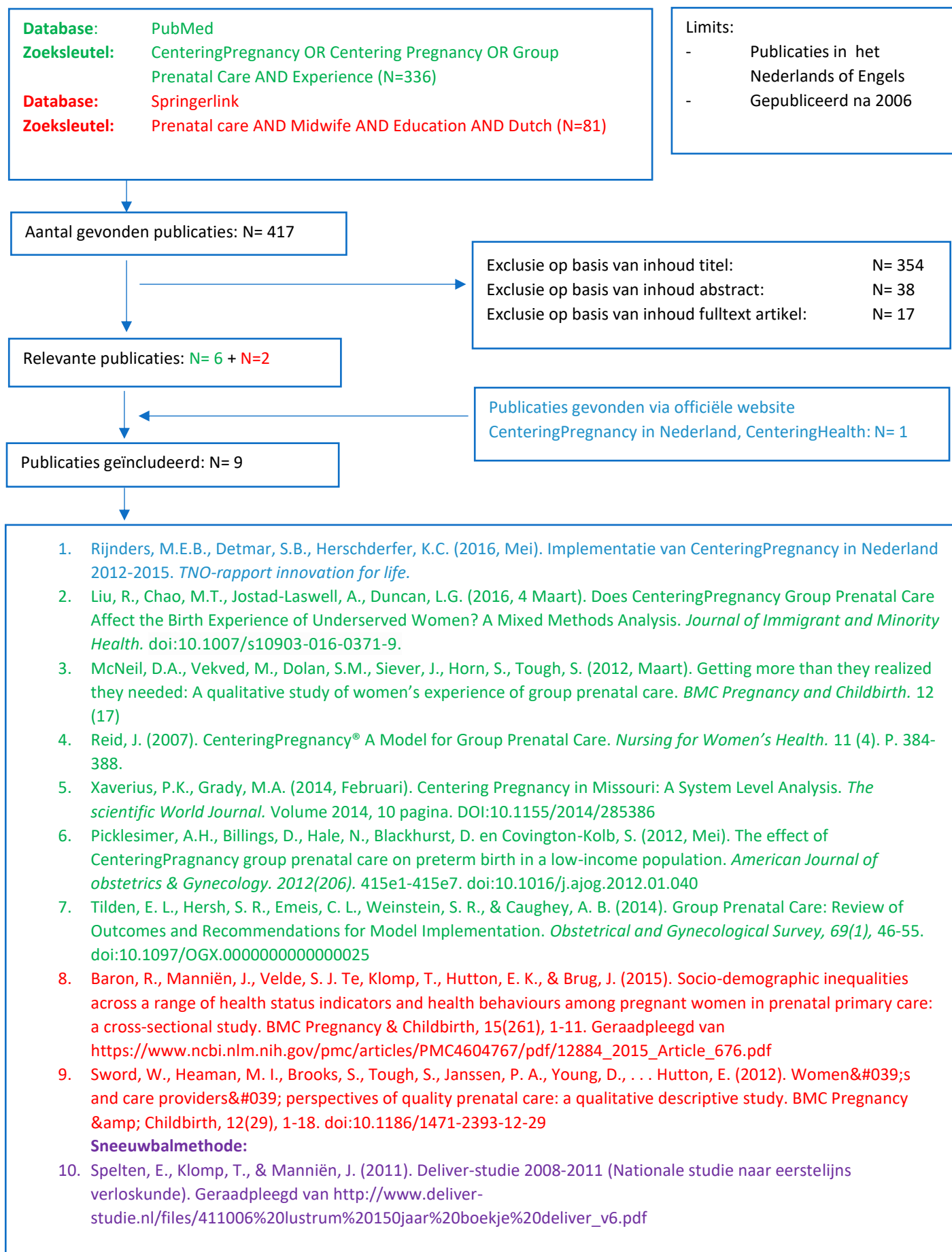
- Hoe wordt de voorlichting ervaren door zwangeren in het huidige verloskundesysteem?
- Wat is de meerwaarde van CenteringPregnancy®?
- Wat is het effect van CenteringPregnancy® op de zwangeren?
- Door wie en waar wordt CenteringPregnancy® toegepast?
- Voor wie is CenteringPregnancy® geschikt?

Voor het theoretisch kader is gebruik gemaakt van twee databanken: PubMed en Springerlink. Door middel van de zoekwoorden 'AND' en 'OR' werden de volgende zoekleutels opgesteld:

CenteringPregnancy OR Centering Pregnancy OR Group Prenatal Care AND Experience en Prenatal care AND Midwife AND Education AND Dutch. Daarnaast werden verschillende inclusiecriteria gehanteerd zodat de meest betrouwbare en best aansluitende publicaties geïncludeerd konden worden in het onderzoek. De publicaties moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- Publicaties moesten gepubliceerd zijn na 2006.
- Publicaties zijn gefocust op CenteringPregnancy® of zwangerschapsopvolging in groepsverband.
- Publicaties moesten in het Nederlands of Engels verkrijgbaar zijn.

Met de gebruikte zoekstrategie werden negen relevante artikelen gevonden. Door middel van de sneeuwbalmethode werd nog een artikel gevonden. Uiteindelijk werden tien publicaties geïncludeerd. De gehele zoekstrategie is in figuur 1 weergegeven in de vorm van een zoekboom.



FIGUUR 1 - ZOEKBOOM

1.2 Nederlands verloskundesysteem

Het verloskundig systeem in Nederland is uniek. Het uitgangspunt is dat zwangerschap en bevalling een fysiologisch proces zijn. Een zwanger koppel wordt in Nederland opgevolgd door een verloskundige. Slechts wanneer de verloskundige pathologie vermoedt of heeft gediagnosticeerd, wordt de zwangerschap medisch. In dit geval wordt de vrouw doorverwezen naar de tweede lijn. In Nederland is het verloskundig systeem onderverdeeld in drie delen: de eerstelijns, tweedelijns en derdelijns verloskunde. Eerstelijns zorg is voor eenieder toegankelijk zonder verwijzing. Wanneer een vrouw denkt zwanger te zijn, kan zij contact opnemen met een verloskundige naar eigen keuze. De eerstelijns verloskundige werkt zelfstandig of in een praktijk. De verloskundige begeleidt de zwangere en haar partner gedurende de hele zwangerschap, bij de bevalling en het kraambed. Binnen de eerste lijn heeft de zwangere de keuze thuis te bevallen. Bij complicaties zal de verloskundige de ernst van de complicaties inschatten en de vrouw indien nodig doorverwijzen naar de tweede lijn. In de tweede lijn werken klinisch verloskundigen. Dit zijn verloskundigen die werkzaam zijn in het ziekenhuis en vrouwen met een verhoogd risico opvolgen. Zij werken zelfstandig of samen met de gynaecoloog. In de verloskunde bestaat ook de derdelijns zorg. Derdelijns zorg is zeer gespecialiseerde zorg. Deze zorg wordt aangeboden in academische ziekenhuizen. Zwangeren worden naar de derde lijn verwezen indien er sprake is van ernstige complicaties. In de derde lijn wordt de vrouw opgevolgd door de gynaecoloog (KNOV, 2016).

1.3 Prenatale zorg en voorlichting

Een belangrijk aspect van verloskunde is prenatale zorg en voorlichting. Tijdens prenatale consultaties wordt de zwangerschap geobserveerd en worden mogelijke risicofactoren of pathologie opgespoord. Dit gebeurt onder andere door bloedonderzoek, urineonderzoek, de combinatietest en echo's. Ook wordt de zwangerschap geobserveerd door bloeddruk, gewicht en andere parameters bij te houden. Daarnaast wordt er voorlichting gegeven, afhankelijk van de duur van de zwangerschap. Belangrijk is dat de zwangere zich op haar gemak voelt bij haar verloskundige. De zwangere moet de verloskundige vertrouwen, zich gehoord en begrepen voelen. Goede prenatale zorg kan ongunstige zwangerschapsuitkomsten voorkomen (Xaverius en Grady, 2014 en Sword et al., 2012). Tijdens de zwangerschap gaat een zwangere ongeveer tien tot veertien keer op consultatie. Een consultatie duurt gemiddeld vijftien minuten (KNOV, 2016).

Gezondheidsvoorlichting is een van de belangrijkste vormen van preventie. Het is belangrijk dat de verloskundige tijdens de consultaties rekening houdt met de behoefte van de zwangere. Er is een grote diversiteit in zwangeren en zij hebben zorg op maat nodig (Xaverius et al., 2014, Sword et al., 2012 en Spelten et al., 2011). Uit onderzoek van Sword et al. (2012) blijkt dat begrip van de normen en waarden van de zwangere belangrijk is. Ook begrijpen wat de wensen en verwachtingen zijn van de zwangere richting de zorg(verlener), kan zorgen voor een sterkere relatie tussen verloskundige en zwangere. Zwangeren vinden het belangrijk dat zij met respect behandeld worden en de verloskundige empathie toont. Wanneer de zwangere zich bij de verloskundige op haar gemak voelt is de kans groter dat de zwangere informatie zal delen. Hierdoor kunnen risicofactoren, leefstijlproblemen of sociaaleconomische problemen vroegtijdig gesignaleerd worden. Ook blijkt uit onderzoek dat door een goede relatie met de verloskundige, gezondheidsadviezen vaker werden aangenomen en toegepast (Sword et al., 2012).

Zwangeren verlangen naar informatie over het verloop van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed (Sword et al., 2012). Uit de deliver-studie (Spelten et al., 2011) blijkt dat vrouwen veel angst hebben voor de bevalling en de pijn die daarbij gepaard gaat. Allochtonen, nullipara en lager

opgeleiden hadden significant meer angst voor pijn bij de bevalling. Autochtonen, nullipara en hoger opgeleiden hadden met name angst voor een ziekelijk of zwak kind. Door middel van voorlichting en eerlijke informatie op maat kan de zwangere voorbereid worden op de bevalling. Belangrijk is dat de zwangere een reëel beeld krijgt van de bevalling. Spelten et al. concludeert dat aandacht voor angstgevoelen over de bevalling de tevredenheid verhoogt (2011). Sword et al. (2012) concludeert dat voorlichting over een gezonde leefstijl en psychosociale begeleiding bij zwangeren een positief effect heeft op risicofactoren zoals een laag geboortegewicht en het gebruik van genotsmiddelen. Bij voorlichting over leefstijl wordt het effect van bepaalde levenskeuzes, zoals roken, alcohol, genotsmiddelen, beweging, gedrag tot voorkomen van infectieziekten en voeding op de zwangerschap besproken. Uit de deliver-studie blijkt dat 17% van de zwangere vrouwen denkt dat zij met hun gedrag hun gezondheid nauwelijks of niet kunnen beïnvloeden. De studie toonde ook aan dat veel zwangeren roken, alcohol drinken en ongezond eten tijdens de zwangerschap. Een gezonde leefstijl komt in het intakegesprek vrijwel altijd ter sprake, maar uitgebreide voorlichting, vervolgspraken en controles op de naleving van gezond gedrag vinden veel minder plaats, terwijl een deel van de vrouwen daar bewust een risico in neemt (Spelten et al., 2011). Tot slot is voorlichting omtrent prenatale onderzoeken tijdens de zwangerschap ook van belang. Uit meerdere studies blijkt dat vrouwen graag informatie krijgen over onderzoeken en de keuzes die hierin gemaakt kunnen worden (Spelten et al. 2011 en Sword et al., 2012). Uit de deliver-studie (Spelten et al., 2011) blijkt dat verloskundigen het geven van voorlichting en de zwangere voorzien van informatie, zien als hun taak. Een groot deel van de verloskundigen geeft aan de voorlichting en informatie ook te geven.

1.4 Prenatale zorg en sociaaleconomische achtergronden

Bij het zorgen voor een zwangere heeft de zorgverlener te maken met een grote diversiteit aan vrouwen. Van laagopgeleide tot hoogopgeleide zwangeren, en van autochtoon tot allochtoon.

Vrouwen met een lagere sociaaleconomische status, bijvoorbeeld vrouwen met een lage opleiding en een immigratie-achtergrond, lopen meer risico op suboptimale gezondheidscondities. Uit een onderzoek in Nederland van Baron et al. (2015) blijkt dat laagopgeleide vrouwen vaker roken tijdens de zwangerschap en vaker obesitas of ondergewicht hebben. Dit is mogelijk te verklaren door slechte leefstijlgewoontes zoals maaltijden overslaan of gebrek aan lichaamsbeweging (Baron et al. 2015). Ook blijkt dat laagopgeleide vrouwen en vrouwen met een niet-westerse etniciteit vaker denken hun gezondheid niet te kunnen beïnvloeden door middel van leefstijlkeuzes. Deze vrouwen hebben vaker last van depressie en stress, nemen vaker geen foliumzuur, hebben vaker een ongeplande zwangerschap en zoeken minder vaak (extra) hulp of zorg in vergelijking met hoogopgeleide vrouwen of vrouwen met een Nederlandse of westerse etniciteit (Baron et al. 2015). Deze gezondheidsrisico's geven meer kans op ongunstige zwangerschapsuitkomsten (Vos et al., 2014). Uit onderzoek van Foekema, Plantinga, Van Wensveen en Wichers (2011) blijkt dat vrouwen met een lage sociaaleconomische status een kleinere informatiebehoefte hebben dan vrouwen met een hoge sociaaleconomische status. Deze vrouwen hebben minder behoefte aan informatie over bijvoorbeeld screeningen, bereikbaarheid en het geboorteplan.

Uit onderzoek van Baron et al. (2015) blijkt dat hoger opgeleide vrouwen vaker dan lager opgeleide vrouwen stopten met roken, op het moment dat zij beseften zwanger te zijn. Zowel Baron et al. (2015) als Lanting, Van Dommelen, Van der Pal-de Bruin, Bennebroek Gravenhorst en Van Wouwe (2015) concludeerden echter in recent onderzoek dat hoger opgeleide zwangeren en oudere zwangeren vaker alcohol drinken tijdens de zwangerschap. Multipara zijn minder geneigd alcohol te

drinken tijdens de zwangerschap. Alcoholconsumptie tijdens de zwangerschap heeft ongunstige zwangerschapsuitkomsten tot gevolg. Het meest voorkomende risico is het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS). FAS wordt gekenmerkt door een groeiachterstand, hersenbeschadiging en specifieke gelaatskenmerken. Uit cijfers van het CBS blijkt dat hoger opgeleide vrouwen zwangerschap vaak uitstellen tot latere leeftijd. Uitstel van de kindervens kan leiden tot vruchtbaarheidsproblemen en het uitblijven van de vervulling van de kindervens. Hoogopgeleide vrouwen gaven aan eerst voor de carrière te kiezen en de combinatie van werk en ouderschap lastig te vinden (Wobma en van Huis, 2012). Vrouwen ouder dan 35 jaar hebben een verhoogd risico op hypertensie en diabetes tijdens de zwangerschap en complicaties tijdens de bevalling (Merck Manual, 2003).

1.5 Perinatale gezondheidsprobleem in Nederland

Ondanks goede gezondheidsvoorzieningen kan de prenatale zorg in Nederland nog verbeterd worden. Sinds lange tijd kampt Nederland met een slechte positie op de lijst van perinatale sterftcijfers. De Nederlandse gezondheidszorg heeft al meerdere stappen ondernomen en onderzoeken uitgevoerd om de positie op deze lijst te verbeteren en het perinatale sterftcijfer omlaag te brengen.

In het vaststellen van perinatale sterftcijfers wordt rekening gehouden met de definitie van de World Health Organisation (WHO):

- Foetale sterfte: Doodgeboorte tijdens zwangerschap en bevalling bij een minimale zwangerschapsduur van > 22 weken en > 500 gram.
- Neonatale sterfte: Sterfte van levendgeborenen die optreedt binnen 28 dagen na de geboorte.
 - Vroege neonatale sterfte: Sterfte binnen 7 dagen na de bevalling.
 - Late neonatale sterfte: Sterfte tussen 7 en 28 dagen na de bevalling.
- Perinatale sterfte: Combinatie van foetale en neonatale sterfte (Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2013).

De perinatale sterfte in Nederland, evenals in de rest van de wereld, is aan het dalen. Volgens het EURO-PERISTAT-onderzoek in Europa en het CBS, is Nederland in perinatale sterfte gedaald van 10,5 per duizend in 2004, naar 9,0 per duizend in 2010 en 7,8 per duizend in 2015. In 85% van de gevallen is perinatale sterfte het gevolg van vroeggeboorte, intra-uteriene groeivertraging, aangeboren afwijkingen, een suboptimale start (een lage apgarscore) (Vos et al., 2014). Perinatale sterfte komt vaker voor bij vrouwen met een niet-westerse etniciteit en bij vrouwen met een lage sociaaleconomische status. Perinatale sterfte bij kinderen van niet-westerse allochtonen, ligt volgens het CBS bijna 30% hoger dan het landelijk gemiddelde (2012).

1.6 Nederlandse prenatale zorg en verbetermogelijkheden

Als onderdeel van de deliver-studie werd de tevredenheid van de zwangeren onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen vaak tevreden zijn over de zwangerschapszorg. Het gemiddelde rapportcijfer dat gegeven wordt is 8,4. Achtentachtig procent geeft een 8 of hoger. Vrouwen die een 7 of lager geven, zijn vaker allochtoon, woonachtig in een achterstandsgebied, hoger opgeleid en lagere pariteit. Minder dan 1% geeft een onvoldoende.

De belangrijkste verbeterpunten die uit de deliver-studie naar voren zijn gekomen:

- Tijdsplanning: minder lange wachttijden en meer tijd per persoon inplannen;
- Continuïteit van zorg: zwangeren vonden dat zij te vaak verschillende verloskundigen hadden;
- Bereikbaarheid: telefonische bereikbaarheid en de mogelijkheid van een avondspreekuur (Spelten et al., 2011).

Ook Sword et al. (2012) concludeert dat zorgverleners te weinig tijd hadden voor zwangeren, wat de tevredenheid negatief beïnvloedt. Ook zouden vrouwen uit risicogroepen, zoals een lage sociaaleconomische status, te weinig mogelijkheden ervaren tot het stellen van vragen (Rijnders et al., 2016).

Sinds enkele jaren is er een nieuw prenataal model ontwikkeld: CenteringPregnancy®. Hierbij krijgen vrouwen gedeeltelijk, prenatale zorg in groepsverband. Met CenteringPregnancy® hebben vrouwen meer tijd met de zorgverlener (Rijnders et al., 2016).

1.7 CenteringPregnancy®

Het CenteringPregnancy® model werd in 1998 in Amerika ontwikkeld door verloskundige Sharon Schindler Rising. Bij CenteringPregnancy® worden acht tot twaalf zwangere vrouwen samen in plaats van individueel opgevolgd. De vrouwen worden samen in een groep geplaatst, afhankelijk van de zwangerschapsduur. Het liefst wordt de groep samengesteld tussen de twaalf en zestien weken zwangerschap. CenteringPregnancy® bestaat uit tien groeps sessies van 90 tot 120 minuten. Van deze tien sessies vinden er negen in de zwangerschapsperiode plaats en één sessie zes weken postpartum. Naast deze groeps sessies is het eerste onderzoek individueel en vanaf 36 weken zwangerschap worden de consultaties verder individueel opgevolgd. De sessies staan onder leiding van een verloskundige en een assistent, dit kan een tweede verloskundige, een huisarts, een kraamhulp, etc. zijn (Reid, 2007). Sinds 2012 is ook in Nederland CenteringPregnancy® beschikbaar.

CenteringPregnancy® is in Nederland in 2012 binnen drie praktijken gestart. Op dit moment wordt CenteringPregnancy® door 54 verloskundigen praktijken en ziekenhuizen aangeboden (Rijnders, et al., 2016).

CenteringPregnancy® bevat drie basiselementen: het vergroten van het kennisniveau, het stimuleren van zelfmanagement en het krijgen van ondersteuning. Het empoweren van de deelnemende vrouwen is een belangrijk onderdeel. Zwangere vrouwen worden binnen CenteringPregnancy® nauw betrokken bij hun eigen zorg. Er worden technieken aangeleerd zoals het meten van de bloeddruk, het bijhouden van het gewicht, de zwangerschapsduur berekenen en de rapportage bijhouden (Reid, 2007). Met het CenteringPregnancy®-model is er meer ruimte voor gezondheid bevorderende adviezen en het verhogen van het kennisniveau van de zwangere (Rijnders, et al., 2016). De informatie die besproken wordt varieert van het verloop van de zwangerschap tot aan het zorgen voor een kind (Liu, Chao, Jostad-Laswell en Duncan, 2016). Zeker ook de extra steun die het CenteringPregnancy®-model oplevert is belangrijk. Zwangere vrouwen kunnen zich onzeker, verwijderd van familie, alleen en niet begrepen voelen. CenteringPregnancy® brengt vrouwen bij elkaar die in dezelfde situatie verkeren en met wie zij kunnen socialiseren (Reid, 2007).

CenteringPregnancy® is ontwikkeld voor zwangeren met een lage sociaaleconomische status zoals laagopgeleiden of vrouwen met een niet-westerse etniciteit, omdat hier de meeste gezondheidswinst te halen is. Er is weinig onderzoek beschikbaar over het effect van CenteringPregnancy® op vrouwen met een hoge sociaaleconomische status of hoogopgeleiden.

Tilden, Hersh, Emeis, Weinstein en Caughey (2014) benoemen in een review dat sommige aspecten van CenteringPregnancy® niet aansluiten bij hoogopgeleide, blanke en goed verzekerde vrouwen. Welke aspecten dit zijn en waarom dit niet aansluit is onduidelijk. Bij andere onderzoeken ligt de focus op vrouwen met een lage sociaaleconomische status. Bij het onderzoek van Rijnders et al (2016) waren de vrouwen die deelnamen aan CenteringPregnancy® vaker nullipara, verder waren er geen verschillen in kenmerken tussen vrouwen die deelnamen aan CenteringPregnancy® of de 'standaard' prenatale zorg. Ook uit onderzoek van Picklesimer, Billing, Hale, Blackhurst & Covington-Kolb (2012) en McNeil et al. (2012) blijkt dat nullipara vaker deelnemen aan CenteringPregnancy®.

1.8 Kennisniveau

Een belangrijke component van CenteringPregnancy® is informatieverstrekking en het verhogen van het kennisniveau. Tijdens de groepsconsulten van CenteringPregnancy®, is er meer tijd om aandacht te besteden aan het verstrekken van informatie. Belangrijk is dat de informatie gegeven wordt in de 'taal' van de zwangere, zodat de informatie goed begrepen wordt en daarmee haar kennisniveau en zelfredzaamheid verhoogt (Rijnders, et al., 2012).

Zwangeren uit kwetsbare groepen hebben vaker een gebrek aan basiskennis over zwangerschap, geboorte en het zorgen voor een pasgeborene. Ook blijkt uit onderzoek van Foekema et al. (2011) dat vrouwen met een lage sociaaleconomische status een kleinere behoefte hebben aan informatie. Een gebrek aan kennis leidt tot gezondheidsrisico's door een verkeerde leefstijl of te laat hulp zoeken (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Uit het onderzoek van Liu, et al. (2016) blijkt dat de kennis die de deelnemers van CenteringPregnancy® hebben verworven een directe invloed had op het begrijpen van het bevallingsproces en de keuzes die zij daardoor maakten. Uit onderzoek van Picklesimer et al. (2012) blijkt dat zwangeren die CenteringPregnancy® volgen een kleinere kans hebben op vroeggeboorte dan zwangeren die de standaard prenatale zorg krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is het verhoogde kennisniveau van de deelnemers aan CenteringPregnancy® (Picklesimer et al., 2012).

De informatie die verstrekt wordt gedurende de bijeenkomsten hangt af van de wensen van de deelnemers zelf. Hier komen twee elementen samen, namelijk het verhogen van het kennisniveau en het stimuleren van zelfmanagement. Van de deelnemers wordt verwacht dat zij zelf nadenken over de zwangerschap. De zwangeren kunnen zelf met vragen of onderwerpen komen die tijdens de bijeenkomst besproken moeten worden. Door de verloskundige zullen ook enkele onderwerpen aangekaart worden zodat de belangrijkste onderwerpen aan bod komen en om discussies op gang te helpen (Reid, 2007). De onderwerpen die aan bod komen variëren van het begin van de zwangerschap tot het zorgen voor een pasgeborene. Onderwerpen die aan bod komen gaan over de gezondheid van de zwangere, de voeding, de voorbereiding op de bevalling, het verlagen van stress, rollen en relaties en het ouderschap (Picklesimer et al., 2012).

Uit een onderzoek van Rijnders et al. (2016) blijkt dat de deelnemers aan CenteringPregnancy® vaker tevreden zijn over de voorlichting met betrekking tot beweging, voeding en medicatie, in vergelijking met de vrouwen die de 'standaard' prenatale zorg volgen. Daarnaast tonen meerdere onderzoeken aan dat deelnemers aan CenteringPregnancy® vaker met borstvoeding starten en ook langer doorgaan met het geven van borstvoeding (Tilden et al., 2014, Xaverius en Grady, 2014 en Rijnders et al., 2016).

1.9 Zelfmanagement

Elke sessie begint met medische controles (bloeddruk, gewicht, zwangerschapsduur). Deze controles voert de zwangere zelf uit onder begeleiding van de verloskundige. De zwangere houdt zelf haar gegevens bij (naast de zorgverlener). De zwangere heeft zelf invloed op de onderwerpen die worden besproken tijdens de sessies. Er wordt van tevoren een zelf-assessmentformulier ingevuld. Hierop worden onderwerpen genoteerd die besproken moeten worden. Ook stelt de zwangere gezondheidsdoelen op en houdt bij in hoeverre deze doelen bereikt zijn (Rijnders et al., 2016).

Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van CenteringPregnancy®. Het idee is om vrouwen te empoweren door ze actief te betrekken bij hun eigen zorgproces. Liu et al. (2016) concludeert na onderzoek dat zelfmanagement of het 'empoweren' van zwangere er voor zorgt dat zij meer gevoel van controle hebben tijdens de bevalling. Ook kunnen de vrouwen door kennis en een gevoel van controle beter omgaan met de pijn van de bevalling. Over het algemeen is de tevredenheid van de het bevallingsproces bij vrouwen die CenteringPregnancy® volgen, hoger in vergelijking met de 'standaard' zorg (Liu et al., 2016). Door vrouwen nauw bij hun zorg te betrekken en actief deel te laten nemen, denken vrouwen meer na over hun eigen gezondheid en beseffen de eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid (Reid, 2007).

Uit onderzoek van Rijnders et al. (2016) blijkt dat vrouwen die CenteringPregnancy® volgen vaker actief deelnemen aan de zorg en vaker hun mening kunnen geven over de geleverde zwangerschapszorg. Daarnaast werden de deelnemsters vaker begeleid bij het maken van plannen voor de toekomst.

1.10 Steun

Ondersteuning is een ook een belangrijk element van CenteringPregnancy®. Doordat CenteringPregnancy® in groepsvorm plaats vindt, ervaren vrouwen steun aan elkaar, naast de steun van hun familie en vrienden. Tijdens de zwangerschap kunnen vrouwen zich vaak alleen voelen. De deelnemsters van CenteringPregnancy® bevinden zich allemaal in hetzelfde 'schuitje'. Alle vrouwen bij CenteringPregnancy® hebben een inbreng en kunnen elkaar aanvoelen. De deelnemsters van CenteringPregnancy® voelen zich vaker gehoord en begrepen (McNeil et al., 2012).

Zwangeren met een lage sociaaleconomische status hebben zelf niet altijd steun van familie of vrienden en hebben niet altijd een sociaal vangnet. Uit meerdere onderzoeken (McNeil et al., 2012 en Rijnders et al., 2016) blijkt dat de deelnemsters van CenteringPregnancy® op meerdere vlakken steun voelden van zowel de andere vrouwen als de zorgverleners.

Bij CenteringPregnancy® wordt de partner, een familielid of een goede kennis uitgenodigd om de vrouwen bij te staan tijdens de zwangerschapszorg. In weinig onderzoeken wordt het effect van de partner of een andere betrokkene op de groep weergegeven. Wel blijkt uit een kwalitatief onderzoek van McNeil et al. (2012) dat vrouwen door de aanwezigheid van hun partner meer steun ervaren van de partner. Ook werd de kennis van de partner vergroot. Rijnders et al. (2016) geeft aan dat partners welkom zijn bij CenteringPregnancy® maar dat de invulling van de les dient te worden besloten door de zwangeren zelf. Rijnders et al. (2016) geeft ook aan dat soms het beleid rond de aanwezigheid van de partner wordt aangepast vanwege de grootte van de groep of de beschikbare ruimte.

1.11 Effect CenteringPregnancy®

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat CenteringPregnancy een positief effect heeft op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Zo blijkt uit een systematic review van Tilden et al. (2014) dat bij vrouwen die prenatale zorg in groepsvorm volgen, significant minder vroeggeboorte voorkomt, vrouwen vaker starten met borstvoeding en langer doorgaan met voeden, meer kennis en tevredenheid hebben over de zwangerschapszorg, en niet-significant minder sectio's hebben en kinderen met een laag geboortegewicht krijgen.

Liu et al. (2016) deden onderzoek naar de ervaringen van de bevalling van vrouwen die in een achterstandspositie verkeerden en CenteringPregnancy® volgden. Dit onderzoek toont aan dat de kennis, verworven bij CenteringPregnancy® de ervaring van de bevalling positief beïnvloed heeft. Er waren onder de respondenten hoge tevredenheidswaarden over de bevallingservaringen (Liu et al., 2016). Ook McNeil et al. (2012) concluderen een grote tevredenheid onder vrouwen van verschillende culturen die CenteringPregnancy® volgen. Bij dit onderzoek tonen de resultaten aan dat vrouwen meer tijd hebben met de zorgverlener en er voldoende tijd is voor het stellen van vragen. Daarnaast voelen vrouwen zich extra gesteund door CenteringPregnancy®. Ze voelen zich niet alleen en beter gehoord. Vrouwen voelen een ware band met elkaar en met de zorgverleners. Hierdoor wordt de drempel voor het stellen van vragen aanzienlijk verlaagd. De kennis die de vrouwen verwerven tijdens de groepssessies wordt door de vrouwen als behulpzaam, gericht, gedetailleerd, up-to-date en van toepassing op hun situatie beoordeeld (McNeil et al., 2012).

Uit onderzoek van Rijnders et al. (2016) blijkt dat er in Nederland geen significant verschil is in de tevredenheid van de vrouwen over de prenatale zorg individueel of in groepsvorm. Wel ervaren vrouwen die CenteringPregnancy® volgen significant meer steun en nemen zij significant vaker actief deel aan de zorg. Ook geven vrouwen die CenteringPregnancy® volgen vaker hun mening over de ontvangen zorg. Daarnaast worden wensen met betrekking tot beweging, voeding en medicatie beter besproken (Rijnders et al., 2016).

Hoewel meerdere studies aantonen dat CenteringPregnancy® een positief effect heeft op de zwangerschap, is onduidelijk wat precies zorgt voor het verminderen van ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Tilden et al. (2014) stelt dat dit mogelijk te verklaren is door de combinatie van verschillende aspecten. Zo kan, door goede voorlichting, zelfmanagement en het ervaren van steun, de stress van de zwangere verminderd worden. Hierdoor kan vroeggeboorte voorkomen worden (Tilden et al., 2014).

1.12 Beperkingen CenteringPregnancy®

Naast de positieve kanten van CenteringPregnancy®, zijn er ook enkele beperkingen. Zo concludeert Tilden et al. (2014) dat het plannen van de groepssessies moeilijk is vanwege de werklast van de zorgverleners en de verschillende schema's van de zwangeren. Rijnders et al. (2016) geeft aan dat het voor de praktijken in Nederland moeilijk is om zwangeren te werven voor CenteringPregnancy®. Xaverius et al. (2014) concludeert dat de barrières voor het volgen van prenatale zorg bij zowel de 'standaard' zorg als bij CenteringPregnancy® hetzelfde zijn. De barrières die vrouwen het meest ervaren zijn het vinden van een oppas voor andere kinderen, vervoer en taalbarrières. Rijnders et al. (2016) concludeert ook dat oppas voor andere kinderen en werk voor vrouwen een barrière zijn om deel te nemen aan CenteringPregnancy®. Tilden et al. (2014) concludeert dat bij het vorderen van de zwangerschap de groep kleiner wordt doordat sommige zwangeren eerder bevallen. Door een kleinere groep wordt de gespreksstof minder. Zowel Tilden et al (2014) als Rijnders et al. (2016) concluderen dat CenteringPregnancy® veel tijd en aandacht van de zorgverlener vraagt. Met name

de beginfase van het implementeren van CenteringPregnancy® is intensief en het voorbereiden van bijeenkomsten vergt veel tijd. Zo moet er een geschikte ruimte gevonden worden, een goed tijdstip, medewerkers moeten geschoold worden en bereid zijn bijeenkomsten bij te wonen. Daarnaast moeten zorgverleners flexibel zijn doordat de bijeenkomsten semigestructureerd zijn en niet altijd zeker is wat aan bod komt tijdens een bijeenkomst (Tilden et al., 2014 en Rijnders et al., 2016).

1.13 Samenvatting

Nederland heeft een uniek verloskunde systeem waarbij de verloskundige het eerste aanspreekpunt is en waarbij veel zorg plaats vindt in de eerste lijn. Prenatale zorg en voorlichting vormen een belangrijk aspect van de zwangerschap. Door middel van prenatale zorg kunnen gezondheidsrisico's worden opgespoord. Met voorlichting kunnen risico's worden verminderd en kunnen mogelijk ongunstige zwangerschapsuitkomsten worden voorkomen. Belangrijk is dat de prenatale zorg en voorlichting op maat gegeven worden, omdat er een grote diversiteit is aan zwangeren, van een lage tot een hoge sociaaleconomische status. Met name vrouwen met een lage sociaaleconomische status, bijvoorbeeld laagopgeleide vrouwen en vrouwen van niet-westerse afkomst, hebben een verhoogd risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Ongunstige zwangerschapsuitkomsten kunnen leiden tot perinatale sterfte. Hoewel de perinatale sterftecijfers dalende zijn, heeft Nederland relatief hoge perinatale sterftecijfers in vergelijking met de rest van Europa. Met name tijdgebrek wordt als een probleem gezien binnen de prenatale zorg. Ook continuïteit en bereikbaarheid kunnen verbeterd worden. CenteringPregnancy, een enigszins nieuw prenataal model, biedt mogelijk de oplossing. CenteringPregnancy® werd in 1998 ontwikkeld door de Amerikaan Sharon Shindler Rising en is bedoeld voor vrouwen met een lage sociaaleconomische status. Bij CenteringPregnancy® krijgen vrouwen, voor het merendeel, prenatale zorg in groepsvorm. CenteringPregnancy® heeft drie belangrijke basiselementen: het verhogen van het kennisniveau, zelfmanagement en ondersteuning. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat CenteringPregnancy® betere zwangerschapsuitkomsten en betere zwangerschapservaringen geeft. Het werven van zwangeren wordt in Nederland nog als lastig ervaren, mogelijk omdat vrouwen tijd vrij moeten maken voor het programma. Ook voor de zorgverlener is het implementeren van CenteringPregnancy® intensief en vergt de opstart en voorbereiding veel tijd.

2. Onderzoeksmethode

Een belangrijk onderdeel van onderzoek is dat het onderzoek herhaalbaar moet zijn. Bij het toepassen van een duidelijke onderzoeksmethode kan een onderzoek nagebootst worden. De gebruikte onderzoeksmethode is in dit hoofdstuk uitgewerkt. In dit hoofdstuk worden onder andere het onderzoekstype, -ontwerp, -populatie, -periode, en -plaats, de dataverzameling, -registratie, -verwerking, en -analyse, de betrouwbaarheid, de validiteit en de juridische aspecten beschreven.

2.1 Onderzoekstype en -ontwerp

Op basis van de probleemstelling en de deelvragen is een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De data voor het onderzoek zijn verzameld met behulp van een enquête. Er is gekozen voor kwantitatief onderzoek door middel van enquêtes omdat op deze wijze een groot aantal respondenten anoniem bevestigd kon worden en de data cijfermatig verwerkt konden worden (Verhoeven, 2011). Er is gebruik gemaakt van zowel een online enquête als hard-copy enquêtes.

2.2 Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek zijn 26 verloskundigenpraktijken in Nederland aangeschreven die CenteringPregnancy® aanboden. Deze praktijken zijn gevonden via de website van Centering Healthcare Nederland. De praktijken die zijn aangeschreven, hebben CenteringPregnancy® officieel geïmplementeerd met behulp van de methode van het Centering Healthcare Institute. Van de 26 praktijken, stemde twee praktijken in met deelname aan het onderzoek: 'Vivre Praktijk voor verloskunde' in Alphen aan den Rijn en 'Tara verloskundigen' in Den Haag.

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit vrouwen die deelnemen of hebben deelgenomen aan CenteringPregnancy® bij 'Vivre praktijk voor verloskunde' en 'Tara verloskundigen'. Vrouwen werden vanaf het derde trimester van de zwangerschap tot zes weken postpartum geïnccludeerd in het onderzoek. In overleg met de praktijken werden de enquêtes verspreid door de verloskundigen zelf onder vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria. Bij 'Vivre' werden 45 enquêtes uitgedeeld en bij 'Tara' werden 13 enquêtes uitgedeeld. In totaal werd aan 58 vrouwen gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek.

2.3 Onderzoekperiode en -plaats

Het onderzoek, van voorbereiding tot afronding, heeft plaatsgevonden van september 2016 tot en met juni 2017. In de periode oktober – december 2016 werd contact gezocht met 26 verloskundigenpraktijken die CenteringPregnancy® in die periode aanboden. Twee verloskundigenpraktijken, 'Vivre praktijk voor verloskunde' en 'Tara Verloskundigen', stemden in met deelname aan het onderzoek. De enquête is op 29 januari 2017 via e-mail verzonden naar 'Vivre praktijk voor de verloskunde' en vervolgens door de verloskundigen van de praktijk verzonden naar de cliënten van de praktijk. De enquête is op 8 februari 2017 afgeleverd bij 'Tara verloskundigen' en vervolgens door de verloskundigen van de praktijk verspreid. Op 7 maart 2017 werd er een herinneringsmail gestuurd naar 'Vivre' die vervolgens door de verloskundigen van praktijk naar de cliënten werd gestuurd. Op 15 maart 2017 zijn de enquêtes opgehaald bij 'Tara verloskundigen' en is de internetenquête offline gehaald.

2.4 Dataverzameling

Door middel van de online enquêtes en hard-copy enquêtes werden de benodigde data voor dit onderzoek verzameld. Er werd bij voorkeur gewerkt met online enquêtes vanwege de snelle verspreiding en snelle informatieverzameling. Daarnaast voorkomen online enquêtes dat vragen niet worden ingevuld, wat bij hard-copy enquêtes wel mogelijk is. Er is echter voor gekozen om ook hard-

copy enquêtes beschikbaar te stellen, zodat de respondenten meer keuze hadden en hierdoor mogelijk een hogere respons ontstond. 'Tara verloskundigen' wilde graag gebruik maken van hard-copy enquêtes. De vrouwen kregen de enquête met een informatieblad waarop uitleg stond en de link naar de online enquête, voor de vrouwen die de voorkeur gaven aan een online enquête. Verloskundigenpraktijk 'Vivre' wilde graag online enquêtes. Deze praktijk kreeg een mail toegezonden met daarin informatie en de link naar de enquête. De enquête is weergegeven in bijlage 1. De gebruikte enquête is een bestaande enquête, opgesteld door Littelfield en Adams (1987). De enquête is vertaald door Rijnders, Detmar en Herschderfer (2016). Rijnders et al. (2016) gebruikte de enquête als onderdeel van een grootschalig onderzoek bij acht verloskundepraktijken in Nederland: Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015. Na toestemming van M. Rijnders kon de enquête voor dit onderzoek worden gebruikt. De enquête omvat 48 vragen. Alle vragen waren meerkeuzevragen en vaak werd de Likertschaal toegepast. De enquête begint met 12 vragen om de kenmerken van de respondenten weer te geven. Vraag 13 tot en met 34 zijn stellingen die gaan over de verkregen zwangerschapszorg. De stellingen kunnen beantwoord worden met 'helemaal eens', 'eens', 'neutraal', 'oneens' of 'helemaal oneens'. Hierna volgen nog twee vragen over tevredenheid over de zwangerschapszorg. Vraag 37 is een sociale steunvragenlijst waarbij verschillende vragen worden gesteld om vast te stellen in hoeverre de respondent in verschillende situaties steun ervaart. De vragen kunnen beantwoord worden met 'zelden of nooit', 'af en toe', 'regelmatig' en 'erg vaak'. Hierna volgen vragen om vast te stellen of de respondent zich goed voorbereid voelt op de bevalling en het zorgen voor een pasgeborene. Er wordt gevraagd naar het aantal contacturen. Ook wordt gevraagd naar het geven van borstvoeding, het volgen van een zwangerschapscursus en de plaats van de bevalling. De vragen van de enquête zijn onderbouwd in het operationaliseringsschema, zie tabel 1, en gekoppeld aan de bijbehorende deelvragen. De deelvragen zijn hieronder weergegeven:

1. In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® een verhoging van hun kennisniveau tijdens de zwangerschapszorg?
2. In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® stimulatie voor zelfmanagement tijdens de zwangerschapszorg?
3. In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® ondersteuning tijdens de zwangerschapszorg?

Tabel 1 - Operationaliseringsschema

Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
A	1	Bij welke verloskundige praktijk bent u onder controle?	-
	3	Wat is of wat was uw uitgerekende datum? Dag-Maand-Jaar	-
	42	Aantal contacten?	-
	43	Neemt u deel of heeft u deelgenomen aan een CenteringPregnancy® groep?	-
	48	De gegevens van de praktijk over uw zwangerschap/ bevalling worden anoniem gebruikt door ons. Gaat u hiermee akkoord?	-
Letter	Informatie		
A	Dit zijn algemene vragen die de kenmerken van de respondenten weergeven. Hoewel de vragenlijsten volledig anoniem zijn, is het noodzakelijk enkele basisinformatie over respondenten te weten om uiteindelijke conclusies te kunnen trekken. Daarnaast controleren de vragen of de respondenten voldoen aan de opgestelde inclusiecriteria.		
Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
B	2	Wat is uw geboortedatum? Dag-Maand-Jaar	-
	5	In welk land bent u geboren?	-
	6	In welk land is uw moeder geboren?	-
	7	In welk land is uw vader geboren?	-

	8	In welke taal praat u thuis het meest?	-
	9	Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? (Aferond met een diploma of voldoende getuigenschrift)	-
	10	Wat is uw burgerlijke staat?	-
	11	Heeft u op dit moment betaald werk?	-
	12	Heeft uw partner momenteel betaald werk?	-
Letter	Informatie		
B	Deze vragen geven achtergrondinformatie over de respondent. CenteringPregnancy® is ontwikkelt voor zwangeren met een lage sociaaleconomische status zoals een laagopgeleiden en van niet-westerse etniciteit, omdat hier de meeste gezondheidswinst te halen is (Rijnders et al., 2016).		
Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
C	13	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden alle onderzoeken duidelijk aan mij uitgelegd voordat ze werden uitgevoerd.	1
	14	Tijdens mijn zwangerschapscontroles kreeg ik nuttige informatie over mijn zwangerschap.	1
	15	Tijdens mijn zwangerschapsopvolging was er steeds iemand telefonisch bereikbaar om vragen te beantwoorden.	1
	16	Tijdens mijn zwangerschapscontroles was er tijdens mijn controlebezoeken steeds voldoende tijd om vragen te stellen of mijn zorgen te bespreken.	1
	22	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden er andere zorgverleners geraadpleegd over mijn zorg als dit nodig was.	1
	23	Tijdens mijn zwangerschapscontroles had iemand de juiste kennis en vaardigheden om voor mijn zwangerschap te zorgen.	1
	27	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn vragen op een open en eerlijke wijze beantwoord.	1
	29	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn wensen over voeding en gewichtstoename besproken in mijn zwangerschap.	1
	30	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn wensen over medicatie besproken in mijn zwangerschap.	1
	31	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn wensen over lichamelijke bewegingen besproken in mijn zwangerschap.	1
	32	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn wensen over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen besproken in mijn zwangerschap.	1
	38	Hoe goed voelt u zich, of hoe goed voelde u zich voorbereid op de bevalling?	1
	39	Hoe goed voelt u zich, of hoe goed voelde u zich voorbereid op het zorgen voor een pasgeborenen baby?	1
	40	Bent u van plan borstvoeding te gaan geven of geeft u borstvoeding?	1
	41	Hoe belangrijk vindt u het geven van borstvoeding?	1
	44	Volgt u een zwangerschapscursus of hebt u een zwangerschapscursus gevolgd deze zwangerschap?	1
	45	Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd? U kunt meer dan 1 antwoord aanvinken.	1
Letter	Informatie		
C	Bij CenteringPregnancy® wordt gewerkt aan drie belangrijke componenten tijdens de zwangerschap. Eén van deze componenten is het verhogen van het kennisniveau door het verstrekken van informatie. Met het CenteringPregnancy® model is er meer ruimte voor gezondheid bevorderende adviezen en het verhogen van het kennisniveau van de zwangere (Rijnders et al., 2016). De informatie die besproken wordt, varieert van het begin van de zwangerschap tot het zorgen voor een kind (Liu et al., 2016).		
Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
D	18	Tijdens mijn zwangerschapscontroles heeft iemand mij geholpen met het maken van plannen voor de toekomst van mij en mijn baby.	2
	28	Tijdens mijn zwangerschapscontroles heb ik zelf keuzes mogen maken in de zorg die ik kreeg.	2
	33	Tijdens mijn zwangerschapscontroles kreeg ik de mogelijkheid om actief deel te nemen aan mijn eigen zorg.	2
	34	Tijdens mijn zwangerschapscontroles kon ik mijn mening over de geleverde zwangerschapszorg geven.	2
Letter	Informatie		
D	Bij CenteringPregnancy® wordt gewerkt aan drie belangrijke componenten tijdens de zwangerschap. Eén van deze componenten is het stimuleren van zelfmanagement. Zwangere vrouwen worden binnen CenteringPregnancy® sterk bij hun eigen zorg betrokken. Er worden technieken aangeleerd zoals het meten van de bloeddruk, het bijhouden van het eigen gewicht, de zwangerschapsduur en de rapportage. Het empoweren van de vrouwen is een belangrijk onderdeel (Reid, 2007).		
Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
E	17	Tijdens mijn zwangerschapscontroles voelde ik mij op mijn gemak tijdens mijn controlebezoeken.	3
	19	Tijdens mijn zwangerschapscontroles heb ik ondersteuning gekregen.	3

	20	Tijdens mijn zwangerschapscontroles is mijn familie bij de zorg betrokken voor zover ik dat zelf wilde.	3
	21	Tijdens mijn zwangerschapscontroles was er iemand warm en zorgzaam voor mij.	3
	24	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werd mijn privacy voldoende beschermd.	3
	25	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werd ik met respect behandeld.	3
	26	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn behoefte en wensen besproken met andere personen die ook voor mij zorgden.	3
	27	Tijdens mijn zwangerschapscontroles werden mijn vragen op een open en eerlijke wijze beantwoord.	3
	37	Sociale Steun Lijst. SSL-I2.	3
Letter	Informatie		
E	Bij CenteringPregnancy® wordt gewerkt aan drie belangrijke componenten tijdens de zwangerschap. Eén van deze componenten is het krijgen van steun tijdens de zwangerschap. Zwangere vrouwen voelen zich vaak verwijderd van familie. CenteringPregnancy® brengt vrouwen bij elkaar die in dezelfde situatie verkeren met wie zij kunnen socialiseren (Reid, 2007). De sociale steun lijst gaat na in hoeverre een vrouw steun ervaart in verschillende situaties. De SSL-I2 is een verkorte versie van de volledig sociale steun vragenlijst (van Sonderen, 2012).		
Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
F	35	Over het algemeen, hoe tevreden bent u over uw zwangerschap?	-
	36	Welk cijfer zou u geven aan de zorg die u tijdens uw zwangerschap kreeg? (Geef een cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 het slechtste cijfer is dat u kunt geven en 10 het hoogste cijfer)	-
Letter	Informatie		
F	Uit onderzoek van McNeil et al. (2012) blijkt dat vrouwen die CenteringPregnancy® volgen een hoog tevredenheidsgehalte hebben. Uit onderzoek van Rijnders et al. (2016) blijkt in Nederland geen significant verschil te zijn in de algemene tevredenheid van de vrouwen. Over het algemeen zijn vrouwen in Nederland vaak tevreden over de 'standaard' eerstelijns zwangerschapszorg. Achtentachtig procent van vrouwen geeft een rapportcijfer van een 8 of hoger voor de geleverde zorg (Spelten et al., 2011).		
Letter	Vraag	Vraag	Deelvraag
G	46	Waar bent u van plan te bevallen?	-
	47	Waardoor is uw keuze het meest bepaald?	-
Letter	Informatie		
G	In Nederland heeft een vrouw de keus waar zij wil bevallen. De keuze is afhankelijk van eigen voorkeur. In de thuissituatie zal de bevalling volledig fysiologisch zijn en is er geen mogelijkheid tot pijnstilling, hiervoor moet doorverwezen worden naar het ziekenhuis (KNOV, 2016). Vrouwen die CenteringPregnancy® hebben gevolgd geven aan dat zij, door de goede voorbereiding, beter konden omgaan met de pijn van de bevalling (Liu et al., 2016)		

2.5 Dataregistratie, -verwerking en -analyse

Via de website www.thesistools.com, werd de enquête online beschikbaar gesteld. De resultaten van de online enquêtes zijn automatisch overgeplaatst van www.thesistools.com naar Excel en vervolgens handmatig gecontroleerd. De resultaten zijn vervolgens van Excel overgebracht in IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software © Copyright IBM Corporation 1994. De resultaten van de hard-copy enquêtes zijn handmatig ingevoerd in SPSS. De resultaten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS. Allereerst werd een codeboek opgesteld, dit is weergegeven in bijlage 2. In het codeboek zijn de enquêtevragen omgezet in variabelen. Om de kenmerken van de respondenten weer te geven werd gebruik gemaakt van frequentietabellen. De rest van de vragen werd met frequentietabellen en kruistabellen geanalyseerd. Aan de hand van de geanalyseerde data zijn conclusies getrokken. De geanalyseerde data is met behulp van SPSS en WORD weergegeven in tabellen en grafieken.

2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten zijn gedurende het onderzoek verschillende aspecten in acht genomen. De betrouwbaarheid geeft aan in hoeverre toevallige fouten in het onderzoek voorkomen. Belangrijk is dat het onderzoek herhaalbaar is. Het onderzoek is herhaalbaar wanneer het onderzoek in een andere periode en door een andere onderzoeker uitgevoerd wordt en tot dezelfde resultaten leidt (Verhoeven, 2011). Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een enquête die reeds eerder gebruikt werd voor andere onderzoeken. Ook is bij de vraagstelling veel gebruikt gemaakt van de Likertschaal omdat dit een betrouwbare methode van vraagstelling is. Het

invullen van de enquête gebeurde anoniem. Dit werd op voorhand kenbaar gemaakt aan de respondenten. Door anonimiteit wordt de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind (Verhoeven, 2011). De gegevens zijn gedeeltelijk automatisch geïmporteerd in SPSS. De gegevens van de hard-copy enquêtes werden handmatig overgebracht in SPSS. Door automatisch importeren worden toevallige fouten voorkomen. Omdat dit niet mogelijk was voor alle enquêtes werden de ingevoerde gegevens handmatig gecontroleerd. Ook is er gedurende het onderzoek gebruik gemaakt van peer examination. Het theoretisch kader en methode zijn nagekeken door (oud)studenten met enige kennis over het onderwerp. Er werd feedback gegeven en vervolgens verwerkt om zo het onderzoek te optimaliseren.

Validiteit geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten. Met validiteit wordt nagegaan hoe betrouwbaar het gebruikte meetinstrument is (Verhoeven, 2011). Verschillende aspecten verhogen de validiteit van het onderzoek. De interne validiteit wordt verhoogd doordat er geen sprake was van een selecte groep: er werd geen gebruik gemaakt van een steekproef. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij twee verloskundigenpraktijken, 'Vivre praktijk voor verloskunde' en 'Tara verloskundigen'. De verloskundigen hebben de enquête aangeboden aan vrouwen die op het moment van het onderzoek voldeden aan de inclusiecriteria. Daarnaast is het onderzoek cross-sectioneel. Dat wil zeggen dat het onderzoek plaatsvond door middel van een eenmalige meeting. Hierdoor is de kans dat de meningen van de respondenten veranderden gedurende het invullen van de enquête minimaal. De gebruikte enquête werd twee keer eerder gebruikt in gelijksoortige onderzoeken. De enquête sluit aan bij de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. De vragen van de enquête zijn onderbouwd met literatuur en gekoppeld aan de deelvragen van het onderzoek.

Externe validiteit van een onderzoek geeft aan in hoeverre de conclusies te generaliseren zijn naar de gehele populatie (Verhoeven, 2011). Het onderzoek vond plaats bij twee verloskunde praktijken, te weten 'Vivre praktijk voor verloskunde' en 'Tara verloskundigen'. De resultaten van dit onderzoek zijn enkel representatief voor deze twee verloskundepraktijken en niet voor alle verloskundepraktijken in Nederland.

2.7 Juridische aspecten

Aan zowel de online enquête als de hard-copy enquête is een begeleidende tekst toegevoegd met informatie en uitleg over het onderzoek. Deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig. Door de enquête in te vullen gaven de respondenten toestemming om mee te doen aan het onderzoek. De laatste vraag van de enquête vraagt toestemming om de resultaten anoniem te gebruiken voor onderzoek. De enquête is volledig anoniem en de resultaten worden enkel gebruikt voor dit onderzoek. Na het voltooien van het onderzoek worden de resultaten verwijderd.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten zijn objectief weergegeven. Het hoofdstuk begint met de respons op de enquête en vervolgens worden de kenmerken van de respondenten weergegeven. Verder is het hoofdstuk ingedeeld aan de hand van de drie deelvragen: het kennisniveau, het zelfmanagement en het ervaren van steun. Tot slot wordt de tevredenheid van de respondenten weergegeven.

3.1 Participatie

Bij praktijk 'Vivre' werd aan de totale populatie, die op het moment van het onderzoek voldeed aan de inclusiecriteria, gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek (n=45). Twintig vrouwen (44%) hebben de enquête volledig ingevuld en werden geïncludeerd in het onderzoek. Bij verloskundigenpraktijk 'Tara' waren, op het moment van onderzoeken, dertien vrouwen die voldeden aan de inclusiecriteria. Van deze vrouwen, vulden acht vrouwen (62%) de enquête volledig in en werden geïncludeerd. In totaal werd aan 58 vrouwen gevraagd om deel te nemen en was er een respons van 28 vrouwen (48%). Alle enquêtes waren volledig ingevuld en er was geen sprake van 'missing values'.

3.2 Kenmerken respondenten

In tabel 2 zijn de kenmerken van de respondenten weergegeven. De respondenten variëren in leeftijd van 22 tot 41 jaar. Iets meer dan de helft (n=15) van de respondenten is nullipara. Alle respondenten die zwangerschapszorg kregen van 'Tara Verloskundigen' zijn nullipara. Bij 'Vivre praktijk voor de verloskunde' is het merendeel multipara (n=13). Van de respondenten ouder dan 35 jaar waren vier respondenten nullipara (14%). Van alle respondenten is 86% van Nederlandse afkomst (n=24) en heeft 89% zelf betaald werk (n=25). Bij alle respondenten heeft de partner betaald werk. Alle respondenten zijn gehuwd, hebben een geregistreerd partnerschap of zijn samenwonend. Er zijn geen respondenten die alleenstaand zijn. Tweeëntwintig respondenten (79%) waren hoogopgeleid, met een diploma in het hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs. Alle oudere nullipara waren hoogopgeleid. Zes respondenten waren laagopgeleid, met een opleiding lager dan Hbo-niveau.

Tabel 2 - Kenmerken respondenten (n=28)

Kenmerken respondenten	Totaal N=28 (100%)	Vivre N=20 (71%)	Tara N=8 (29%)
Leeftijd			
20 – 35 jaar	18 (64)	12 (60)	6 (75)
≥ 35 jaar	10 (36)	8 (40)	2 (25)
Pariteit			
Nullipara	15 (54)	7 (35)	8 (100)
Multipara	13 (46)	13 (65)	
Afkomst			
Nederlands	24 (86)	18 (90)	6 (75)
Niet Nederlands	4 (14)	2 (10)	2 (25)
Burgerlijke staat			
Gehuwd of geregistreerd partner of samenwonend	28 (100)	20 (100)	8 (100)
Hoogste behaalde diploma			
Middelbaar beroepsonderwijs of hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	6 (21)	5 (25)	1 (12)
Hoger beroepsonderwijs of Wetenschappelijk onderwijs	22 (79)	15 (75)	7 (88)
Betaald werk			
Ja	25 (89)	18 (90)	7 (88)
Nee	3 (11)	2 (10)	1 (12)
Betaald werk partner			
Ja	28 (100)	20 (100)	8 (100)

3.3 Informatievoorziening

De respondenten zijn positief over het verkrijgen van informatie. De antwoorden op de stellingen over het verkrijgen van informatie tijdens de zwangerschapszorg, zijn weergegeven in tabel 3. De antwoorden die niet zijn benoemd, zijn weggelaten uit de tabel.

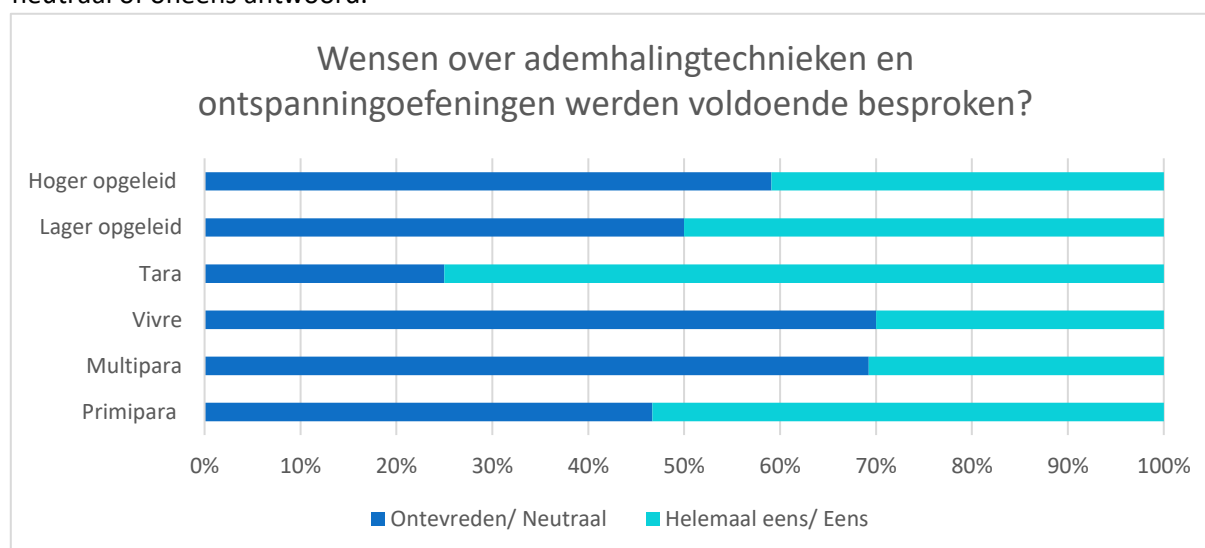
Alle respondenten vonden dat zij nuttige informatie kregen over de zwangerschap en dat alle vragen op een open en eerlijke wijze werden beantwoord. Van de respondenten vond 89% (n=25) dat er voldoende tijd was om vragen te stellen en zorgen te bespreken. Eén respondent was het hier niet mee eens en twee respondenten gaven een neutrale mening. Alle respondenten die zwangerschapszorg kregen van verloskundigenpraktijk ‘Tara’ vonden dat er voldoende tijd was om vragen te stellen en zorgen te bespreken.

Van de respondenten vond 75% (n=21) dat wensen over voeding en gewichtstoename voldoende besproken werd en geeft 21% (n=6) van de respondenten een ‘neutraal’ antwoord. Eén respondent is het oneens met de stelling. Respondenten die het oneens waren met de stelling of een neutraal antwoord gaven, waren allemaal hoogopgeleid. Wensen met betrekking tot medicatie werd volgens 79% van de respondenten (n=22) voldoende besproken. Zes respondenten (21%) gaven een neutraal antwoord. Vijf van de zes respondenten die een neutraal antwoord gaven waren hoogopgeleid. Wensen rondom beweging werden voor 75% (n=21) van de respondenten voldoende besproken en 25% procent van de respondenten (n=7) gaf een neutrale mening. Zes van zeven respondenten, die een neutrale mening gaven, waren hoogopgeleid.

Tabel 3 – Stellingen m.b.t. het verstrekken van informatie (n=28)

Tijdens mijn zwangerschapscontroles...	Antwoord	N=28	(%)
...werden alle onderzoeken duidelijk aan mij uitgelegd voordat ze werd uitgevoerd.	Helemaal eens Eens Neutraal	17 10 1	(61) (36) (4)
...kreeg ik nuttige informatie over mijn zwangerschap.	Helemaal eens Eens	21 7	(75) (25)
...was er steeds iemand telefonisch bereikbaar om vragen te beantwoorden.	Helemaal eens Eens Neutraal	15 11 2	(54) (39) (7)
...was er tijdens mijn controlebezoeken steeds voldoende tijd om vragen te stellen of mijn zorgen te bespreken.	Helemaal eens Eens Neutraal Oneens	17 8 2 1	(61) (29) (7) (4)
... had iemand de juiste kennis en vaardigheden om voor mijn zwangerschap te zorgen.	Helemaal eens Eens	20 8	(54) (29)
... werden mijn vragen op een open en eerlijke wijze beantwoord.	Helemaal eens Eens	19 9	(68) (32)
... werden mijn wensen over voeding en gewichtstoename besproken in mijn zwangerschap.	Helemaal eens Eens Neutraal Oneens	12 9 6 1	(42) (32) (21) (4)
... werden mijn wensen over medicatie besproken in mijn zwangerschap.	Helemaal eens Eens Neutraal	12 10 6	(43) (36) (21)
... werden mijn wensen over lichamelijke beweging besproken in mijn zwangerschap.	Helemaal eens Eens Neutraal	12 9 7	(43) (32) (25)
... werden mijn wensen over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen besproken in mijn zwangerschap.	Helemaal eens Eens Neutraal Oneens	4 8 11 5	(14) (29) (39) (18)

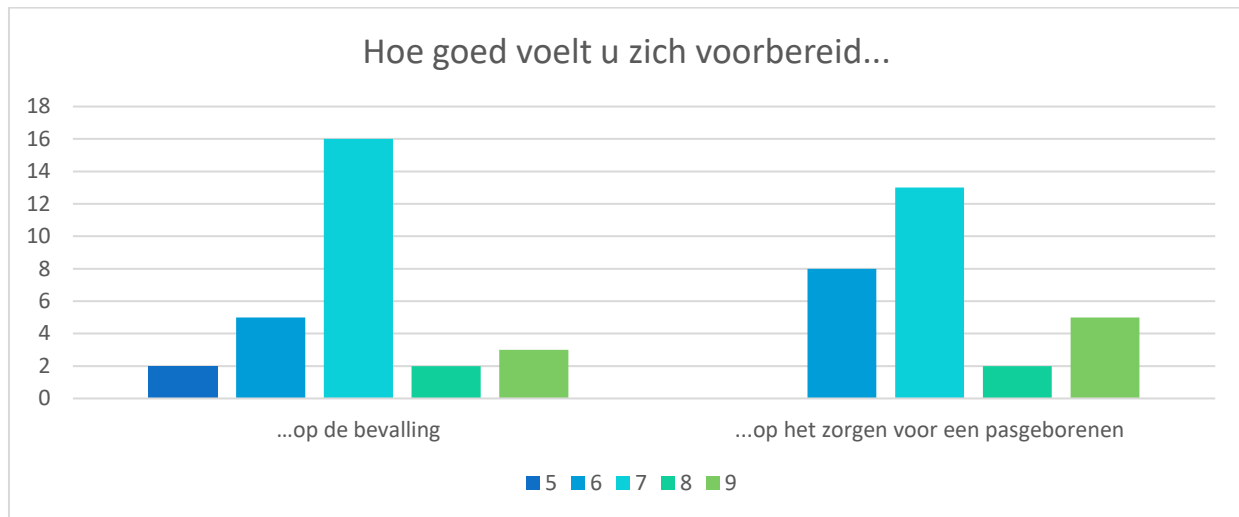
Ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen kwamen voor 18% (n= 5) van de vrouwen onvoldoende aan bod. Voor 43% (n=12) van de respondenten was dit wel voldoende. De overige 39% (n=11) gaf een neutraal antwoord. In figuur 2 is de vraag nader weergegeven. Multipara (n=9, 69%) en vrouwen die zwangerschapszorg kregen van 'Vivre praktijk voor de verloskunde' (n=14, 70%) gaven vaker een neutraal of oneens antwoord. Hoger opgeleiden gaven iets vaker (n=13, 59%) een neutraal of oneens antwoord.



FIGUUR 2 – INFORMATIEVOORZIENING OMTRENT ADEMHALINGSTECHNIEKEN EN ONTSPANNINGSOEFENINGEN

Een groot aantal respondenten voelde zich goed voorbereid op de bevalling. Het gemiddelde cijfer dat gegeven werd, is een 7,9. Het laagste cijfer dat gegeven werd, is een 5 (n=2) en het hoogste cijfer is een 9 (n=3). Drieëntwintig respondenten (82%) gaf een 7 of lager. Vijf respondenten (18%) gaf een 8 of hoger.

De respondenten voelen zich goed voorbereid op het zorgen voor een pasgeborene. Hiervoor wordt een gemiddeld cijfer van 8,1 gegeven. Waarbij het laagst gegeven cijfer een 6 (n=8) is en het hoogste cijfer een 9 (n=5). Eenentwintig respondenten (75%) gaven een 7 of lager en zeven respondenten (25%) gaven een 8 of hoger.



FIGUUR 3 – HOE GOED VOELDE RESPONDENTEN ZICH VOORBEREID

Een groot aantal respondenten (n=24) geeft borstvoeding of is van plan borstvoeding te geven. Elf procent (n=3) van de respondenten geeft of gaat geen borstvoeding geven. Eén respondent geeft aan het nog niet te weten. Zeventien respondenten (61%) gaven aan het geven van borstvoeding (heel) erg belangrijk te vinden. Eenentwintig van de tweeëntwintig hoogopgeleiden (96%) gaven aan borstvoeding te (gaan) geven. Van de laagopgeleiden gaven drie van de zes respondenten (50%) aan borstvoeding te (gaan) geven.

3.4 Zelfmanagement

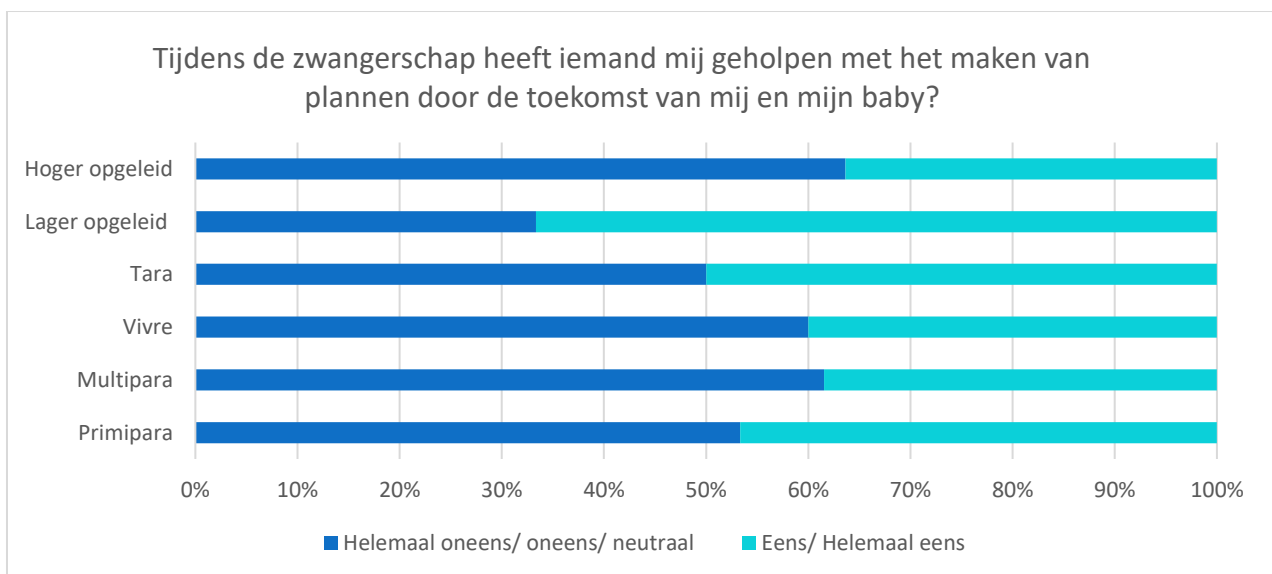
In tabel 4 zijn de resultaten met betrekking tot het zelfmanagement weergegeven. De antwoorden die niet zijn benoemd zijn weggelaten uit de tabel.

Tabel 4 - Stellingen m.b.t. Zelfmanagement (n=28)

Tijdens mijn zwangerschapscontroles...	Antwoord	N=28	(%)
...heeft iemand mij geholpen met het maken van plannen voor de toekomst van mij en mijn baby.	Helemaal eens	5	(18)
	Eens	7	(25)
	Neutraal	11	(39)
	Oneens	4	(14)
	Helemaal oneens	1	(4)
... heb ik zelf keuzes mogen maken in de zorg die ik kreeg.	Helemaal eens	17	(61)
	Eens	11	(39)
...kreeg ik de mogelijkheid om actief deel te nemen aan mijn eigen zorg.	Helemaal eens	12	(43)
	Eens	15	(54)
	Neutraal	1	(4)
...kon ik mijn mening over de geleverde zwangerschapszorg geven.	Helemaal eens	13	(46)
	Eens	13	(46)
	Neutraal	2	(7)

Alle respondenten vonden dat zij zelf keuzes konden maken in de zorg die zij kregen. Vrijwel alle respondenten (n=27) vonden dat zij de mogelijkheid hadden om actief deel te nemen aan hun eigen zorg. Eén respondent gaf een neutraal antwoord. Twee respondenten gaven een neutraal antwoord bij de vraag of ze hun mening konden geven over de geleverde zorg. De rest van de respondenten (n=26) vond dat zij hun mening konden geven.

Van alle respondenten vond 43% (n=12) dat zij voldoende hulp kregen bij het maken van plannen voor de toekomst voor moeder en kind, 39% (n=11) gaf een neutraal antwoord. Voor 18% (n=5) van de respondenten was de hulp onvoldoende. In figuur 4 zijn de resultaten van de vraag nader weergegeven. Hierin is te zien dat er geen groot verschil is tussen de antwoorden van nullipara of multipara of tussen vrouwen die zorg kregen van 'Vivre praktijk voor de verloskunde' of 'Tara verloskundigen'. Te zien is dat vrouwen die lager opgeleid zijn minder vaak (n=2, 33%) hebben geantwoord met 'helemaal oneens', 'oneens' of 'neutraal'. Van de vrouwen die hoger opgeleid zijn, gaf 64% (n=14) een 'helemaal oneens', 'oneens' of 'neutraal' als antwoord.



FIGUUR 4 – BEGELEIDING BIJ HET MAKEN VAN PLANNEN VOOR DE TOEKOMST

3.5 Steun

Alle respondenten voelden zich voldoende op hun gemak tijdens de controlebezoeken. Bijna alle respondenten (n=26) vonden dat zij voldoende ondersteuning kregen. Eén respondent vond dat zij onvoldoende ondersteuning kreeg en één respondent gaf een neutraal antwoord. De familie werd voldoende betrokken bij de zorg bij 89% (n=25) van de respondenten. Bij 83% (n=23) werden de wensen en behoeften besproken met de personen die ook voor hen zorgden. Voor één respondent werd dit onvoldoende besproken en 14% (n=4) van de respondenten gaf een neutraal antwoord. Alle respondenten vonden dat zij met respect behandeld werden. Bijna alle respondenten (n=27) vonden dat hun privacy voldoende beschermd werd. De stellingen over steun zijn weergegeven in tabel 5. De antwoorden die niet zijn benoemd zijn weggelaten uit de tabel.

Tabel 5 - Stellingen m.b.t. het ervaren van steun (n=28)

Tijdens mijn zwangerschapscontroles...	Antwoord	N=28	(%)
...voelde ik mij op mijn gemak tijdens mijn controlebezoeken.	Helemaal eens	18	(64)
	Eens	10	(36)
... heb ik ondersteuning gekregen.	Helemaal eens	13	(46)
	Eens	13	(46)
	Neutraal	1	(4)
	Oneens	1	(4)
... is mijn familie bij de zorg betrokken voor zover ik dat zelf wilde.	Helemaal eens	12	(43)
	Eens	13	(46)
	Neutraal	3	(11)
... was er iemand warm en zorgzaam voor mij.	Helemaal eens	18	(64)
	Eens	9	(32)
	Neutraal	1	(4)
... werden mijn behoefte en wensen besproken met andere personen die ook voor mij zorgden.	Helemaal eens	10	(36)
	Eens	13	(46)
	Neutraal	4	(14)
	Oneens	1	(4)
... werd mijn privacy voldoende beschermd.	Helemaal eens	15	(54)
	Eens	12	(43)
	Neutraal	1	(4)
... werd ik met respect behandeld.	Helemaal eens	23	(82)
	Eens	5	(18)

3.6 Tevredenheid

Over het algemeen zijn de respondenten erg tevreden over de verkregen zwangerschapszorg. Van alle respondenten is 79% heel tevreden (n=22), 18% tevreden (n=5) en is één respondent (4%) heel ontevreden. Bij de vraag om een cijfer te geven aan de zorg tijdens de zwangerschap geven echter alle vrouwen een voldoende. Het gemiddelde cijfer dat wordt gegeven is een 8,6. Het laagst gegeven cijfer is een zeven (n=4, 14%) en het hoogst gegeven cijfer is een tien (n=6). Vierentwintig respondenten (86%) gaf een 8 of hoger. Alle respondenten die een zeven gaven waren hoogopgeleid.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de gevonden resultaten bediscussieerd aan de hand van de theorie. Daarnaast worden de zwakke en sterke punten van het onderzoek benoemd.

4.1 Interpretatie resultaten

In dit onderzoek naar de ervaringen van de deelnemers aan CenteringPregnancy® is het opvallend dat een groot deel van de respondenten hoogopgeleid en van Nederlandse afkomst is, aangezien CenteringPregnancy® is ontwikkeld voor zwangeren met een lage sociaaleconomische status. De verwachting was dat de populatie met name zou bestaan uit laagopgeleide en niet-Nederlandse respondenten. Uit onderzoek van Baron et al. (2015) blijkt dat laagopgeleiden minder snel extra hulp zoeken dan hoogopgeleiden. Mogelijk is dit een verklaring voor het kleine aantal laagopgeleiden en het grote aantal hoogopgeleiden. Uit onderzoek van Rijnders et al. (2016) blijkt dat zwangeren moeilijk te werven zijn. Mogelijk komt dit doordat laagopgeleiden minder interesse hebben in extra hulp en liever gebruik maken van de ‘standaard’ zorg. Onder de respondenten waren ook vier vrouwen van oudere leeftijd (> 35 jaar), nullipara en hoogopgeleid. Dit past bij het beeld van hoogopgeleiden die, volgens cijfers van het CBS, zwangerschap vaak uitstellen tot een latere leeftijd. Uit onderzoek blijkt dat hoogopgeleiden ook een risico hebben op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Dit komt doordat hoogopgeleiden vaker alcohol drinken tijdens de zwangerschap en vaker oudere nullipara zijn, wat gezondheidsrisico's met zich meebrengt (Wobma en van Huis, 2012, Baron et al., 2015, Lanting et al., 2015 en Merck Manuel, 2003). Mogelijk hebben hoogopgeleiden baat bij meer begeleiding en voorlichting.

Bij dit onderzoek waren bijna evenveel multipara als nullipara. Bij verloskundigen praktijk ‘Tara’ werden alleen nullipara opgevolgd en bij verloskundepraktijk ‘Vivre’ werden meer multipara dan nullipara opgevolgd. Het is onduidelijk wat hier de reden van is. Uit onderzoek van Picklesimer et al. (2012), McNeil et al. (2012) en Rijnders et al. (2016) blijkt dat nullipara vaker deelnemen aan CenteringPregnancy®.

Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste respondenten vinden dat er voldoende tijd is om vragen te stellen en zorgen te bespreken. Uit zowel de deliver-studie (Spelten et al., 2011) als het onderzoek van Sword et al. (2012) blijkt dat er meer tijd gewenst is voor de prenatale zorg. Er kan op basis van de resultaten niet gesteld worden dat vrouwen van CenteringPregnancy® meer tijd hebben voor het stellen van vragen, dan vrouwen die ‘standaard’ zorg volgen. Wel is te stellen dat vrouwen die CenteringPregnancy® volgen bij verloskundigenpraktijk ‘Vivre’ en ‘Tara’ voldoende tijd krijgen om vragen te stellen en zorgen te bespreken. Dat deelnemers aan CenteringPregnancy® voldoende tijd hebben om vragen te stellen, blijkt ook uit onderzoek van McNeil et al. (2012).

De voorlichtingsonderwerpen met betrekking tot voeding en gewichtstoename, medicatie in de zwangerschap en lichamelijke beweging werden voor driekwart van de respondenten voldoende besproken, zoals ook uit eerder onderzoek van Rijnders, et al. (2016) blijkt. Wat slecht scoort, in vergelijking met de andere voorlichtingsonderwerpen, is voorlichting met betrekking tot ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen. Bij dit voorlichtingsonderwerp vindt minder dan de helft van de vrouwen dat dit voldoende werd besproken en meer dan de helft vindt dat dit onvoldoende was of gaf een neutraal antwoord. Dit onderwerp werd voornamelijk als onvoldoende besproken ervaren door multipara en vrouwen die zwangerschapszorg kregen bij ‘Vivre praktijk voor de verloskunde’. Op dit vlak kan de voorlichting die gegeven wordt tijdens CenteringPregnancy®, bij

Verloskundigenpraktijk 'Tara' en (met name) bij verloskundigenpraktijk 'Vivre', nog verbeterd worden.

De respondenten voelden zich gemiddeld goed voorbereid op de bevalling en het zorgen voor een pasgeborene. Een groot aantal van de respondenten is van plan om borstvoeding te geven of geeft borstvoeding. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat vrouwen die CenteringPregnancy® volgen vaker met borstvoeding starten (Tilden et al., 2014, Xaverius en Grady, 2014 en Rijnders et al., 2016).

Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen die CenteringPregnancy® volgen bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' of 'Tara', tijdens de zwangerschapszorg veel stimulering van zelfmanagement ervaren. Ze kunnen actief deelnemen aan hun eigen zorg en hun mening geven. Wat ook blijkt, is dat de begeleiding bij het maken van plannen voor de toekomst minder goed is. Minder dan de helft van de respondenten vindt dat zij voldoende hulp kregen. Het merendeel van de hoogopgeleiden vindt de hulp onvoldoende. Van de laagopgeleiden vindt eenderde de hulp onvoldoende. Gesteld kan worden dat bij beide praktijken ruimte is voor verbetering wat betreft het hulp bieden bij het maken van plannen voor de toekomst. Omdat het aantal laagopgeleiden klein is, kan uit dit onderzoek niet geconcludeerd worden dat hoogopgeleiden de hulp slechter vindt dan laagopgeleiden. Mogelijk hebben hoogopgeleiden wel meer behoefte aan begeleiding en informatie dan laagopgeleiden. Uit onderzoek van Foekema et al. (2011) blijkt dat de informatiebehoefte van vrouwen met een lage sociaaleconomische status kleiner is dan die van vrouwen met een hoge sociaaleconomische status.

De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat de deelnemers aan CenteringPregnancy® bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' of 'Tara', zich erg op hun gemak voelen tijdens de zorg, met respect worden behandeld, de privacy voldoende wordt bewaakt en voldoende ondersteuning krijgen. De familie wordt vaak voldoende bij de zorg betrokken en vaak worden de behoeften van de zwangere ook met de familie besproken indien zwangeren dit willen. Bij CenteringPregnancy® wordt de partner of een andere betrokkene uitgenodigd om de zwangere bij te staan tijdens de bijeenkomsten. Deze resultaten komen overeen met data verkregen uit het onderzoek van McNeil et al. (2012), dat aantoont dat de aanwezigheid van de partner een positief effect had op de zwangeren zelf doordat zij zich meer gesteund voelen door hun partner en de partner beter op de hoogte is van informatie over de zwangerschap. In geen van de onderzoeken wordt het effect van de partner op de groep weergegeven. Het model roept de vraag op of de aanwezigheid van de partner de sfeer binnen de groep beïnvloedt en of vrouwen daardoor geremd worden om ervaringen te delen. Ook blijkt uit onderzoek van Rijnders et al. (2016) dat partners welkom zijn bij CenteringPregnancy® maar dat de invulling van de les besloten dient te worden door de zwangeren zelf. Rijnders et al. (2016) geeft ook aan dat het beleid rond de aanwezigheid van de partner soms wordt aangepast vanwege de grootte van de groep of de beschikbare ruimte. Dit roept de vraag op of partners zich hierdoor mogelijk buitengesloten kunnen voelen. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kan enkel gesteld worden dat de familie bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' en 'Tara' voldoende betrokken wordt bij de zorg.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat zwangeren die CenteringPregnancy® volgen bij verloskundigenpraktijken 'Vivre' en 'Tara', erg tevreden te zijn over de geleverde zwangerschapszorg. Het merendeel van de respondenten gaf een 8 of hoger en een klein gedeelte (14%) gaf een 7. Alle respondenten die een 7 gaven waren hoogopgeleid. Aangezien er slechts een klein deel laag opgeleid is kan niet worden gesteld dat hoogopgeleiden eerder minder tevreden zijn dan laagopgeleiden. Uit de deliver-studie blijkt dat vrouwen over het algemeen erg tevreden zijn over het 'standaard'

prenatale zorgsysteem. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen die een cijfer van 7 of lager gaven (12%) aan de zwangerschapszorg, vaker hoogopgeleid zijn (Spelten et al., 2011). Ook uit onderzoek van McNeil et al. (2012) en Liu et al. (2014) blijkt dat vrouwen die CenteringPregnancy® volgen vaak tevreden zijn over de zorg.

4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal zwakke punten. Zo is de groep respondenten vrij klein, ondanks dat de respons goed is met 48%. Totaal deden 28 respondenten waarvan slechts 8 respondenten van verloskundigenpraktijk 'Tara', mee aan het onderzoek. Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat verloskundigenpraktijken maar een klein aantal groepen CenteringPregnancy® tegelijk kunnen aanbieden en vanwege het korte tijdbestek dat voorzien was voor dit onderzoek. Ook is niet na te gaan of er selectiebias heeft plaatsgevonden doordat de verloskundigen van de praktijken 'Vivre' en 'Tara' zelf de enquêtes uitdeelden. Uit de resultaten blijkt dat de respondenten van dit onderzoek voor een groot deel hoogopgeleid en geen zwangeren met een lage sociaaleconomische status zijn. Doordat de respondenten niet overeenkomen met de populatie die in de literatuur wordt weergegeven kan bij herhaling van dit onderzoek niet gesteld worden dat de resultaten hetzelfde zullen zijn. Dit maakt het onderzoek minder valide. Daarnaast is gebruik gemaakt van zowel online als hard-copy enquêtes. De hard-copy enquêtes zijn handmatig ingevoerd in SPSS. Hierbij zijn mogelijk fouten gemaakt. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden. Alle gegevens zijn echter handmatig gecontroleerd, wat de betrouwbaarheid in stand houdt. De enquête die is gebruikt in het onderzoek werd vaker gebruikt in gelijksoortige onderzoeken. Het is echter niet duidelijk of het een gevalideerde vragenlijst is. De enquête is wel toegelicht door middel van een operatieopeningsschema in hoofdstuk twee. Ook wordt in de enquête gebruik gemaakt van de Likertschaal, wat een betrouwbare methode is om meningen of ervaringen van mensen te toetsen. Er kan met de stelling omtrent het krijgen van informatie niet gesteld worden dat daarmee ook het kennisniveau verhoogd is, enkel dat vrouwen nuttige informatie kregen. Dit verlaagt de validiteit van het onderzoek.

Dit onderzoek heeft ook een aantal sterke punten. Zo was het invullen van de vragenlijst anoniem, wat de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleint. Vrouwen die de hard-copy enquête hadden ingevuld konden deze in een gesloten doos doen. Mogelijk wordt de anonimiteit bij 'Tara verloskundigen' in gevaar gebracht doordat er zeer weinig respondenten zijn en de identiteit van de respondenten hierdoor achterhaald kan worden. Bij het uitvoeren van dit onderzoek is gebruik gemaakt van peer examination. Het onderzoek en de resultaten zijn nagekeken door (oud)studenten verpleegkunde/ vroedkunde en hun feedback werd verwerkt. Dit vergroot de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is, aan de hand van de resultaten en de discussie, een conclusie geformuleerd. Daarnaast zijn er enkele aanbevelingen voor de praktijk. De probleemstelling is als volgt:

“In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® dat de drie basiselementen van CenteringPregnancy®; verhogen van het kennisniveau, stimuleren van zelfmanagement en ondersteuning, behaalt zijn gedurende de zwangerschapszorg?”

Om een conclusie te kunnen formuleren voor de hoofdvraag of probleemstelling dienen eerst de deelvragen beantwoord te worden. Zowel de deelvragen als de hoofdvraag hebben betrekking op vrouwen die hebben deelgenomen aan CenteringPregnancy® bij ‘Vivre praktijk voor de verloskunde’ te Alphen aan de Rijn of bij ‘Tara Verloskundigen’ te Den Haag.

Kennisniveau

Deelvraag één heeft betrekking op een van de drie basiselementen van CenteringPregnancy®. De deelvraag luidt als volgt: “In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® een verhoging van hun kennisniveau tijdens de zwangerschapszorg?”

Uit het onderzoek blijkt dat de deelnemers aan CenteringPregnancy® ervaren dat zij nuttige informatie krijgen, dat er voldoende tijd is om vragen te stellen en dat zij voldoende voorlichting krijgen over de onderwerpen voeding en gewichtstoename, medicatie en lichamelijke beweging. Het onderzoek toont ook aan dat er onvoldoende voorlichting gegeven wordt over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefening. Dit is voornamelijk het geval bij ‘Vivre praktijk voor de verloskunde’. Er kan niet geconcludeerd worden dat het kennisniveau ook daadwerkelijk verhoogd is.

Zelfmanagement

Deelvraag twee luidt als volgt: “In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® stimulatie van zelfmanagement tijdens de zwangerschapszorg?”

Uit het onderzoek blijkt dat de deelnemers aan CenteringPregnancy® voldoende stimulatie van zelfmanagement ervaren. Zij kunnen actief deelnemen aan hun eigen zorg, kunnen zelf keuzes maken in de zorg die zij krijgen en kunnen hun mening geven over de geleverde zorg. Wat nog als onvoldoende wordt ervaren is de begeleiding bij het maken van plannen voor de toekomst van de zwangere en haar baby.

Steun

Deelvraag drie focust op het derde element van CenteringPregnancy®, steun: “In hoeverre ervaren de deelnemers van CenteringPregnancy® ondersteuning tijdens de zwangerschapszorg?”

De deelnemer aan CenteringPregnancy® zijn positief over de steun die zij ontvingen gedurende de zwangerschapszorg. De respondenten voelen zich voldoende op hun gemak, vinden dat hun privacy voldoende wordt beschermd en dat zij met respect behandeld worden. De respondenten ervaren voldoende steun tijdens de zwangerschapszorg.

Conclusie

De onderzoeksvraag luidde als volgt: “In hoeverre ervaren de deelnemers aan CenteringPregnancy® dat de drie basiselementen van CenteringPregnancy®: verhogen van het kennisniveau, stimuleren van zelfmanagement en ondersteuning, behaald zijn gedurende de zwangerschapszorg?”

De drie doelen van CenteringPregnancy® worden behaald bij ‘Vivre praktijk voor de verloskunde’ en ‘Tara verloskundigen’. Er is voldoende nuttige informatie die wordt verstrekt tijdens de zorg. Echter kan niet geconcludeerd worden dat het kennisniveau ook daadwerkelijk verhoogd is. De voorlichting omtrent ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen is onvoldoende. De deelnemers van CenteringPregnancy® ervaren voldoende stimulatie van zelfmanagement. De hulp bij het maken van plannen voor de toekomst van de zwangere en haar baby, is onvoldoende. De deelnemers aan CenteringPregnancy® krijgen voldoende steun gedurende de zwangerschapszorg.

Bij ‘Vivre praktijk voor de Verloskunde’ en ‘Tara verloskundigen’ maken met name hoogopgeleiden en vrouwen van de Nederlandse afkomst gebruik van CenteringPregnancy®.

De deelnemers aan CenteringPregnancy bij ‘Vivre praktijk voor Verloskunde’ en ‘Tara verloskundigen’ hebben voldoende tijd om vragen te stellen en zorgen te bespreken.

De deelnemers aan CenteringPregnancy®, bij ‘Vivre praktijk voor de Verloskunde’ en ‘Tara verloskundigen’ zijn tevreden over de geleverde zwangerschapszorg.

5.1 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek zijn enkele aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk, de opleiding en vervolgonderzoek.

De praktijk

CenteringPregnancy® wordt al positief ervaren door zwangere vrouwen. Uit het onderzoek blijkt dat er nog ruimte is voor verbetering op twee vlakken, namelijk: voorlichting over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen en begeleiding bij het maken van plannen voor de toekomst van moeder en kind. Het wordt aanbevolen dat verloskundigenpraktijken ‘Vivre’ en ‘Tara’ de informatie die omtrent deze onderwerpen gegeven wordt en de hulp die geboden wordt, aanpassen, zodat de dit aansluit bij de behoeften van de zwangeren.

De opleiding

Het is belangrijk dat studenten weten welke risico's verbonden zijn aan zwangerschap en wat de prevalentie hiervan is. Belangrijk is dat studenten op de hoogte zijn van het belang van voorlichting en het geven van informatie aan zwangeren. Ook moet studenten aangeleerd worden welke verschillende mogelijkheden van voorlichting geven er zijn en wat het beste aansluit bij verschillende groepen zwangeren. CenteringPregnancy® is een redelijk nieuw en groeiend concept. Belangrijk is dat ook studenten op de hoogte worden gesteld van de mogelijkheden van CenteringPregnancy®.

Vervolgonderzoek

Aan dit onderzoek hebben uiteindelijk geen zwangeren met een lage sociaaleconomische status deelgenomen. In een volgend onderzoek kan gericht onderzoek gedaan worden naar deze groep en hun ervaringen met CenteringPregnancy® in Nederland. Daarnaast wordt aanbevolen onderzoek te doen naar de behoeften van hoogopgeleide zwangeren. Ook onderzoek naar de ervaringen van partners met CenteringPregnancy® is aan te raden. Dit onderzoek was enkel gericht op de zwangeren zelf.

Bibliografie

- Baron, R., Manniën, J., Velde, S. J. Te, Klomp, T., Hutton, E. K., & Brug, J. (2015). Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(261), 1-11. Geraadpleegd van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604767/pdf/12884_2015_Article_676.pdf
- Centraal Bureau Statistiek. (2015). Sterfte rond de geboorte [Dataset]. Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte>
- Centraal Bureau Statistiek. (2015). Sterfte rond de geboorte [Dataset]. Geraadpleegd op 25 mei, 2017, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sterfte-rond-de-geboorte>
- Foekema, H., Plantinga, S., Wensveen, D. van, & Wichers, B. (2011). *Informatiebehoefte van zwangere vrouwen en hun partners* (Onderzoek in opdracht van het RIVM). Geraadpleegd van <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=bbffabfd-562e-4692-83e3-7c21428a6e4b&type=org&disposition=inline>
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (2016, 23 juni). De Nederlandse geboortezorg. Geraadpleegd van <http://www.knov.nl/over-de-knov/tekstpagina/781-3/de-nederlandse-geboortezorg/hoofdstuk/1095/de-nederlandse-geboortezorg/>
- Lanting, C. I., Dommelen, P. van, Pal-de Bruin, K. M. van der, Bennebroek Gravenhorst, J., & Wouwe, J. P. van. (2015). Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(723), 1-5. doi:DOI 10.1186/s12889-015-2070-1
- Liu, R., Chao, M. T., Jostad-Laswell, A., & Duncan, L. G. (2016). Does CenteringPregnancy Group Prenatal Care Affect the Birth Experience of Underserved Women? A Mixed Methods Analysis. *Journal of Immigrant and Minority Health*, Onbekend, 1-9. doi:DOI 10.1007/s10903-016-0371-9
- McNeil, D. A., Vekved, M., Dolan, S. M., Siever, J., Horn, S., & Tough, S. C. (2012). Getting more than they realized they needed: a qualitative study of women's experience of group prenatal care. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(17), 1-10. doi:10.1186/1471-2393-12-17
- Merck Manual, online medisch handboek. (2003, februari). Risicofactoren aanwezig vóór de zwangerschap. Geraadpleegd van <http://merckmanual.nl/mmhenl/sec22/ch258/ch258b.html?qt=risicofactoren+zwangerschap&alt=sh>
- Picklesimer, A. H., Billings, D., Hale, N., Blackhurst, D., & Covington-Kolb, S. (2012). The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low income population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2012(206), 1-7. doi:10.1016/j.ajog.2012.01.040
- Reid, J. (2007). CenteringPregnancy(R): A Model for Group Prenatal Care. *Nursing for Women's Health*, Onbekend, 1-9. doi:10.1111/j.1751-486X.2007.00194.x
- Rijnders, M., Pal, K. van der, & Aalhuizen, I. (2012). CenteringPregnancy(R) biedt zwangere centrale rol in Nederlandse verloskundige zorg. *Praktijk*, 90(8), 513-516.
- Rijnders, M. E. B., Detmar, S. B., & Herschderfer, K. C. (2016). *Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015* (TNO/CH 2016 R10627). Geraadpleegd van <https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwji1LuXrovUAhVBKVAKHXyqAekQFggrMAA&url=http%3A%2F%2Fpublications.tno.nl%2Fpublication>

%2F34620514%2F0zSGzb%2Frijnders-2016-
implementatie.pdf&usg=AFQjCNH_QmojvLrGqlQu_kQRjQRLEDGx8A&sig2=SUzO9qEXBTZ2liY
1e42jNw

- Shindler Rising, S. (1998). CENTERING PREGNANCY, An Interdisciplinary Model of Empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), 46-54. doi:10.1016/S0091-2182(97)00117-1
- Spelten, E., Klomp, T., & Manniën, J. (2011). *Deliver-studie 2008-2011* (NATIONALE studie naar eerste lijns verloskunde). Geraadpleegd van http://www.deliver-studie.nl/files/411006%20lustrum%20150jaar%20boekje%20deliver_v6.pdf
- Stichting Perinatale Registratie Nederland. (2012). *Perinatale Registratie Nederland Grote Lijnen 1999-2012*. Geraadpleegd van <https://assets.perined.nl/docs/6f9eb6f1-f40c-4fb6-92b7-55787f230704.pdf>
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilig zorg rond zwangerschap en geboorte*. Geraadpleegd van <http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/Advies%20Stuurgroep%20zwangerschap%20en%20geboorte%20Een%20goed%20begin%20pdf.pdf>
- Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P. A., Young, D., . . . Hutton, E. (2012). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(29), 1-18. doi:10.1186/1471-2393-12-29
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., & Lipsey, M. W. (2012, februari). A Milti-Site Evaluation of the CenteringPregnancy(R) Programs in Tennessee [Raport]. Geraadpleegd van <https://my.vanderbilt.edu/emilytannersmith/files/2012/02/Contract19199-GR1030830-Final-Report.pdf>
- Tilden, E. L., Hersh, S. R., Emeis, C. L., Weinstein, S. R., & Caughey, A. B. (2014). Group Prenatal Care: Review of Outcomes and Recommendations for Model Implementation. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 69(1), 46-55. doi:10.1097/OGX.0000000000000025
- Vos, A. A., Bonsel, G. J., & Steegers, E. A. P. (2014, 20 maart). Foetale en neonatale sterfte in Europees perspectief. Verbetering van de verloskunde zorg in Nederland blijft nodig.. Geraadpleegd van <http://www.erasmusmc-verloskunde.nl/uploads/artikelen/peristat.pdf>
- Wobma, E., & Huis, M. van. (2012, 14 september). Vruchtbaarheid van mannen en vrouwen naar opleidingsniveau. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/37/vruchtbaarheid-van-mannen-en-vrouwen-naar-opleidingsniveau>
- Xaverius, P. K., & Grady, M. A. (2014). Centering Pregnancy in Missouri: A System Level Analysis. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-10. Geraadpleegd van <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/285386/>

Bijlage 1 – Enquête

CenteringPregnancy

Hartelijk dank voor het deelnemen aan mijn afstudeeronderzoek!

Ik doe onderzoek naar uw ervaring van CenteringPregnancy.

De resultaten worden enkel voor dit onderzoek gebruikt. Er wordt in geen geval informatie van dit onderzoek doorgegeven aan derden.

Het invullen van de vragenlijst duurt slechts 10 minuten.

CenteringPregnancy

1.

Bij welke verloskundige praktijk bent u of was u onder controle? *

- ☐ Verloskundigenpraktijk Vivre
- ☐ Tara Verloskundigen

2.

Wat is uw geboortedatum? dag-maand-jaar *

3.

Wat is of wat was uw uitgerekende bevallingsdatum? dag-maand-jaar *

4.

Hoeveel kinderen heeft u?

(Inclusief de huidige zwangerschap) *

- ☐ 1
- ☐ 2 of meer

5.

In welk land bent u geboren? *

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ Nederlandse Antillen/ Aruba
- ☐ Turkije
- ☐ Marokko
- ☐ In een (ander) Europees land, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië of Japan
- ☐ Anders, namelijk

6.

In welk land is uw moeder geboren? *

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ Nederlandse Antillen/ Aruba
- ☐ Turkije
- ☐ Marokko
- ☐ In een (ander) Europees land, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië of Japan
- ☐ Anders, namelijk

7.

In welk land is uw vader geboren? *

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ Nederlandse Antillen/ Aruba
- ☐ Turkije
- ☐ Marokko
- ☐ In een (ander) Europees land, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië of Japan
- ☐ Anders, namelijk

8.

In welke taal praat u thuis het meeste? *

- ☐ Nederlands
- ☐ Sranan (Surinaams)
- ☐ Marokkaans-Arabisch
- ☐ Turks
- ☐ Papiaments (Nederlandse Antillen)
- ☐ Indonesisch
- ☐ Engels
- ☐ Frans
- ☐ Spaans
- ☐ Duits
- ☐ Anders, namelijk

9.

Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? (afgerond met een diploma of voldoende getuigenschrift) *

- ☐ Geen opleiding of alleen lager onderwijs (basisschool, speciaal onderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals VMBO basis/ kader/ gemengd, LBO)
- ☐ Middelbaar algemeen voorgezet onderwijs (zoals MAVO, MBO-kort, VMBO theoretische leerweg)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, BOL, BBL, INAS)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HTS, HBO)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Anders, namelijk

10.

Wat is uw burgerlijke staat? *

- ☐ Gehuwd of geregistreerd partner
- ☐ Relatie samenwonend
- ☐ Relatie, niet samenwonend
- ☐ Alleenstaand
- ☐ Anders, namelijk

11.

Heeft u op dit moment betaald werk? *

☐

Nee

☐

Ja, ik werk als ..., ik werk ... uur per week

12.

Heeft uw partner momenteel betaald werk? *

☐

Nee

☐

Niet van toepassing, ik heb geen partner

☐

Ja ... uur per week

De volgende stellingen gaan over de zwangerschapszorg die u gekregen heeft. U kunt antwoorden door aan te vinken in hoeverre u het met de stellingen eens bent.

13.

Tijdens mijn zwangerschapscontroles...

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden alle onderzoeken duidelijk aan mij uitgelegd voordat ze werden uitgevoerd.	☐	☐	☐	☐	☐

14.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...kreeg ik nuttige informatie over mijn zwangerschap.	☐	☐	☐	☐	☐

15.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...was er steeds iemand telefonisch bereikbaar om vragen te beantwoorden	☐	☐	☐	☐	☐

16.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...was er tijdens mijn controlebezoeken steeds voldoende tijd om vragen te stellen of mijn zorgen te bespreken.	☐	☐	☐	☐	☐

17.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...voelde ik mij op mijn gemak tijdens mijn controlebezoeken	☐	☐	☐	☐	☐

18.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...heeft iemand mij geholpen met het maken van plannen voor de toekomst van mij en mijn baby.	☐	☐	☐	☐	☐

19.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...heb ik ondersteuning gekregen.	☐	☐	☐	☐	☐

20.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...is mijn familie bij de zorg betrokken voor zover ik dat zelf wilde.	☐	☐	☐	☐	☐

21.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...was er iemand warm en zorgzaam voor mij.	☐	☐	☐	☐	☐

22.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden er andere zorgverleners geraadpleegd over mijn zorg als dit nodig was.	☐	☐	☐	☐	☐

23.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...had iemand de juiste kennis en vaardigheden om voor mijn zwangerschap te zorgen.	☐	☐	☐	☐	☐

24.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werd mijn privacy voldoende beschermd.	☐	☐	☐	☐	☐

25.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werd ik met respect behandeld.	☐	☐	☐	☐	☐

26.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden mijn behoeften en wensen besproken met andere personen die ook voor mij zorgden.	☐	☐	☐	☐	☐

27.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden mijn vragen op een open en eerlijke wijze beantwoord.	☐	☐	☐	☐	☐

28.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...heb ik zelf keuzes mogen maken in de zorg die ik kreeg.	☐	☐	☐	☐	☐

29.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden mijn wensen over voeding en gewichtstoename besproken in mijn zwangerschap.	☐	☐	☐	☐	☐

30.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden mijn wensen over medicatie besproken in mijn zwangerschap.	☐	☐	☐	☐	☐

31.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden mijn wensen over lichamelijke beweging besproken in mijn zwangerschap.	☐	☐	☐	☐	☐

32.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...werden mijn wensen over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen besproken in mijn zwangerschap.	☐	☐	☐	☐	☐

33.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...kreeg ik de mogelijkheid om actief deel te nemen aan mijn eigen zorg.	☐	☐	☐	☐	☐

34.

	Helemaal eens	Eens	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
...kon ik mijn mening over de geleverde zwangerschapszorg geven.	☐	☐	☐	☐	☐

35.

	Heel tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Heel ontevreden
Over het algemeen, hoe tevreden bent u over uw zwangerschapszorg?	☐	☐	☐	☐	☐

36.

Geef een cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 het slechtste cijfer is dat u kunt geven en 10 het hoogste cijfer

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Welk cijfer zou u geven aan de zorg die u tijdens uw zwangerschap kreeg?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nu volgen vragen waarin telkens over 'men' gesproken wordt.

Met men wordt bedoeld: familie, vrienden, kennissen, burens, collega's, maar ook andere zwangeren.

Vink het antwoord aan dat het beste bij u past.

37.

Gebeurt het wel eens dat men...

	Zelden of nooit	Af en toe	Regelmatig	Erg vaak
u uitnodigt voor een feestje of etentje?	☐	☐	☐	☐
gezellig bij u op bezoek komt?	☐	☐	☐	☐
genegenheid voor u toont?	☐	☐	☐	☐
u troost?	☐	☐	☐	☐
u complimenten geeft?	☐	☐	☐	☐
interesse voor u toont?	☐	☐	☐	☐
u hulp biedt in bijzondere gevallen zoals bij ziekte en verhuizing?	☐	☐	☐	☐
u geruststelt?	☐	☐	☐	☐
u goede raad geeft?	☐	☐	☐	☐
u in vertrouwen neemt?	☐	☐	☐	☐
u om hulp of advies vraagt?	☐	☐	☐	☐
uw sterke punten naar voren haalt?	☐	☐	☐	☐

Kunt u aangeven, op een schaal van 0 tot 10, hoe goed u zich voorbereid voelt? Hierbij is 0 helemaal niet voorbereid en 10 volledig voorbereid.

38.

Hoe goed voelt u zich, of hoe goed voelde u zich voorbereidt op...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
...de bevalling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

39.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
...het zorgen voor een pasgeborenen baby?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

40.

Geeft u borstvoeding of bent u van plan de baby borstvoeding* te gaan geven?

*Hiermee bedoelen we ook afgekolfdde moedermelk. *

- ☐ Ja
- ☐ Weet ik nog niet
- ☐ Nee, omdat

41.

Hoe belangrijk vindt u het geven van borstvoeding? *

- ☐ Heel erg belangrijk
- ☐ Erg belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Helemaal niet belangrijk

Hoe vaak heeft u tijdens deze zwangerschap contact gehad met uw verloskundige of gynaecoloog?

Als u bij 'Aantal contacten' een antwoord niet precies weet, geef dan een schatting.
Vul 0 in als het voor u niet van toepassing is.

42.

Aantal contacten

Aantal keer controle bij verloskundige op de verloskundigenpraktijk

Aantal keer controle in het ziekenhuis bij een gynaecoloog/ arts/
verloskundige van het ziekenhuis

Aantal keer Telefonisch contact

Aantal keer Huisbezoeken

Aantal keer Echo's

Aantal keer anders, namelijk

43.

Neemt u deel aan of heeft u deelgenomen aan een CenteringPregnancy groep? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee, in deze zwangerschap nooit gedaan
- ☐ Wel gedaan maar gestopt

44.

Volgt u een zwangerschapscursus of hebt u een zwangerschapscursus gevolgd deze zwangerschap? *

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk

45.

Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd?

U kunt meer dan 1 antwoord aanvinken

- ☐ Nee
- ☐ Ja, over de bevalling
- ☐ Ja, over borstvoeding
- ☐ Ja, anders namelijk

46.

Waar bent u bevallen of waar bent u van plan te bevallen? *

- ☐ Ziekenhuis
- ☐ Thuis
- ☐ Geboortecentrum

47.

Waardoor is uw keuze het meest bepaald? *

- ☐ Eigen wens
- ☐ Wens van mijn partner
- ☐ Ik heb het samen met mijn partner besloten
- ☐ Advies van mijn zorgverlener
- ☐ Anders, namelijk

48.

De gegevens van de praktijk over uw zwangerschap/ bevalling worden anoniem gebruikt door ons. Gaat u hiermee akkoord? *

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage 2 – Codeboek

Results 20.03.sav

	Name	Type	Width	Decimals
1	ID	Numeric	8	0
2	Q1	Numeric	12	0
3	Q2	Numeric	11	0
4	Q3	Date	11	0
5	Q4	Numeric	12	0
6	Q5	Numeric	12	0
7	Q6	Numeric	12	0
8	Q7	Numeric	12	0
9	Q8	Numeric	12	0
10	Q9	Numeric	12	0
11	Q10	Numeric	12	0
12	Q11	Numeric	12	0
13	Q12	Numeric	12	0
14	Q13	Numeric	12	0
15	Q14	Numeric	12	0
16	Q15	Numeric	12	0
17	Q16	Numeric	12	0
18	Q17	Numeric	12	0
19	Q18	Numeric	12	0
20	Q19	Numeric	12	0
21	Q20	Numeric	12	0
22	Q21	Numeric	12	0
23	Q22	Numeric	12	0
24	Q23	Numeric	12	0
25	Q24	Numeric	12	0
26	Q25	Numeric	12	0
27	Q26	Numeric	12	0
28	Q27	Numeric	12	0
29	Q28	Numeric	12	0
30	Q29	Numeric	12	0
31	Q30	Numeric	12	0
32	Q31	Numeric	12	0
33	Q32	Numeric	12	0
34	Q33	Numeric	12	0
35	Q34	Numeric	12	0
36	Q35	Numeric	12	0
37	Q36	Numeric	12	0
38	Q3701	Numeric	12	0
39	Q3702	Numeric	12	0

4/11/17 8:10 PM

Results 20.03.sav

	Label
1	Respondentnummer
2	Bij welke verloskundige praktijk bent u of was u onder controle?
3	Leeftijd in jaren
4	Wat is of wat was uw uitgerekende bevallingsdatum? dag-maand-jaar
5	Hoeveel kinderen heeft u? (Inclusief de huidige zwangerschap)
6	In welk land bent u geboren?
7	In welk land is uw moeder geboren?
8	In welk land is uw vader geboren?
9	In welke taal praat u thuis het meeste?
10	Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? (afgerond met een diplom...
11	Wat is uw burgerlijke staat?
12	Heeft u op dit moment betaald werk?
13	Heeft uw partner momenteel betaald werk?
14	...werden alle onderzoeken duidelijk aan mij uitgelegd voordat ze werden uitgevoerd.
15	...kreeg ik nuttige informatie over mijn zwangerschap.
16	...was er steeds iemand telefonisch bereikbaar om vragen te beantwoorden
17	...was er tijdens mijn controlebezoeken steeds voldoende tijd om vragen te stellen of mijn z
18	...voelde ik mij op mijn gemak tijdens mijn controlebezoeken
19	...heeft iemand mij geholpen met het maken van plannen voor de toekomst van mij en mijn
20	...heb ik ondersteuning gekregen.
21	...is mijn familie bij de zorg betrokken voor zover ik dat zelf wilde.
22	...was er iemand warm en zorgzaam voor mij.
23	...werden er andere zorgverleners geraadpleegd over mijn zorg als dit nodig was.
24	...had iemand de juiste kennis en vaardigheden om voor mijn zwangerschap te zorgen.
25	...werd mijn privacy voldoende beschermd.
26	...werd ik met respect behandeld.
27	...werden mijn behoeften en wensen besproken met andere personen die ook voor mij zorg
28	...werden mijn vragen op een open en eerlijke wijze beantwoord.
29	...heb ik zelf keuzes mogen maken in de zorg die ik kreeg.
30	...werden mijn wensen over voeding en gewichtstoename besproken in mijn zwangerschap.
31	...werden mijn wensen over medicatie besproken in mijn zwangerschap.
32	...werden mijn wensen over lichamelijke beweging besproken in mijn zwangerschap.
33	...werden mijn wensen over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen besproker
34	...kreeg ik de mogelijkheid om actief deel te nemen aan mijn eigen zorg.
35	...kon ik mijn mening over de geleverde zwangerschapszorg geven.
36	Over het algemeen, hoe tevreden bent u over uw zwangerschapszorg?
37	Welk cijfer zou u geven aan de zorg die u tijdens uw zwangerschap kreeg?
38	u uitnodigt voor een feestje of etentje?
39	gezellig bij u op bezoek komt?

4/11/17 8:10 PM

2/8

Results 20.03.sav

	Values	Missing	Columns	Align	Measure
1	None	None	8	Right	Scale
2	{1, Vivre}...	None	6	Right	Ordinal
3	None	None	5	Right	Scale
4	None	None	11	Right	Scale
5	{1, 1}...	None	12	Right	Nominal
6	{1, Nederland}...	None	12	Right	Ordinal
7	{1, Nederland}...	None	12	Right	Ordinal
8	{1, Nederland}...	None	12	Right	Ordinal
9	{1, Nederlands}...	None	12	Right	Ordinal
10	{1, Geen opleiding ...	None	12	Right	Ordinal
11	{1, Gehwd of geregi...	None	12	Right	Ordinal
12	{1, Nee}...	None	12	Right	Nominal
13	{1, Nee}...	None	12	Right	Ordinal
14	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
15	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
16	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
17	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
18	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
19	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
20	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
21	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
22	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
23	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
24	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
25	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
26	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
27	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
28	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
29	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
30	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
31	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
32	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
33	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
34	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
35	{1, Helemaal eens}...	None	12	Right	Ordinal
36	{1, Heel tevreden}...	None	12	Right	Ordinal
37	None	None	12	Right	Scale
38	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
39	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal

4/11/17 8:10 PM

3/8

Results 20.03.sav

	Role
1	 Input
2	 Input
3	 Input
4	 Input
5	 Input
6	 Input
7	 Input
8	 Input
9	 Input
10	 Input
11	 Input
12	 Input
13	 Input
14	 Input
15	 Input
16	 Input
17	 Input
18	 Input
19	 Input
20	 Input
21	 Input
22	 Input
23	 Input
24	 Input
25	 Input
26	 Input
27	 Input
28	 Input
29	 Input
30	 Input
31	 Input
32	 Input
33	 Input
34	 Input
35	 Input
36	 Input
37	 Input
38	 Input
39	 Input

4/11/17 8:10 PM

Results 20.03.sav

	Name	Type	Width	Decimals
40	Q3703	Numeric	12	0
41	Q3704	Numeric	12	0
42	Q3705	Numeric	12	0
43	Q3706	Numeric	12	0
44	Q3707	Numeric	12	0
45	Q3708	Numeric	12	0
46	Q3709	Numeric	12	0
47	Q3710	Numeric	12	0
48	Q3711	Numeric	12	0
49	Q3712	Numeric	12	0
50	Q38	Numeric	12	0
51	Q39	Numeric	12	0
52	Q40	Numeric	12	0
53	Q41	Numeric	12	0
54	Q4201	Numeric	12	0
55	Q4202	Numeric	12	0
56	Q4203	Numeric	12	0
57	Q4204	Numeric	12	0
58	Q4205	Numeric	12	0
59	Q4206	Numeric	12	0
60	Q43	Numeric	12	0
61	Q44	Numeric	12	0
62	Q45A	Numeric	12	0
63	Q45B	Numeric	8	0
64	Q45C	Numeric	8	0
65	Q45D	Numeric	8	0
66	Q46	Numeric	12	0
67	Q47	Numeric	12	0
68	Q48	Numeric	12	0
69	Leeftijdcat	Numeric	8	0
70	Opleiding	Numeric	8	0

Results 20.03.sav

	Label
40	genegenheid voor u toont?
41	u troost?
42	u complimenten geeft?
43	interesse voor u toont?
44	u hulp biedt in bijzondere gevallen zoals bij ziekte en verhuizing?
45	u geruststelt?
46	u goede raad geeft?
47	u in vertrouwen neemt?
48	u om hulp of advies vraagt?
49	uw sterke punten naar voren haalt?
50	Hoe goed voelt u zich, of hoe goed voelde u zich voorbereidt op de bevalling?
51	Hoe goed voelt u zich, of hoe goed voelde u zich voorbereidt op het zorgen voor een pasget
52	Geeft u borstvoeding of bent u van plan de baby borstvoeding* te gaan geven...
53	Hoe belangrijk vindt u het geven van borstvoeding?
54	Aantal keer controle bij verloskundige op de verloskundigenpraktijk
55	Aantal keer controle in het ziekenhuis bij een gynaecoloog/ arts/ verloskundige van het ziel
56	Aantal keer Telefonisch contact
57	Aantal keer Huisbezoeken
58	Aantal keer Echo's
59	Aantal keer anders
60	Neemt u deel aan of heeft u deelgenomen aan een CenteringPregnancy groep?
61	Volgt u een zwangerschapscursus of hebt u een zwangerschapscursus gevolgd d...
62	Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd? Nee
63	Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd? Ja, ov
64	Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd? Ja, ov
65	Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd? Ja, an
66	Waar bent u bevallen of waar bent u van plan te bevallen?
67	Waardoor is uw keuze het meest bepaald?
68	De gegevens van de praktijk over uw zwangerschap/ bevalling worden anoniem ...
69	Leeftijdscategorie
70	Opleiding

Results 20.03.sav

	Values	Missing	Columns	Align	Measure
40	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
41	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
42	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
43	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
44	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
45	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
46	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
47	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
48	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
49	{1, Zelden of nooit}...	None	12	Right	Ordinal
50	{1, 0}...	None	12	Right	Scale
51	{1, 0}...	None	12	Right	Scale
52	{1, Ja}...	None	12	Right	Ordinal
53	{1, Heel erg belangr...	None	12	Right	Ordinal
54	None	None	12	Right	Scale
55	None	None	12	Right	Scale
56	None	None	12	Right	Scale
57	None	None	12	Right	Scale
58	None	None	12	Right	Scale
59	None	None	12	Right	Scale
60	{1, Ja}...	None	12	Right	Ordinal
61	{1, Nee}...	None	12	Right	Nominal
62	{0, Niet aangekruist...	None	12	Right	Nominal
63	{0, Niet aangekruist...	None	8	Right	Nominal
64	{0, Niet aangekruist...	None	8	Right	Nominal
65	{0, Niet aangekruist...	None	8	Right	Nominal
66	{1, Ziekenhuis}...	None	12	Right	Ordinal
67	{1, Eigen wens}...	None	12	Right	Ordinal
68	{1, Ja}...	None	12	Right	Nominal
69	{1, 20-35 jaar}...	None	13	Right	Nominal
70	{1, Lager dan HBO}...	None	11	Right	Nominal

	Role
40	 Input
41	 Input
42	 Input
43	 Input
44	 Input
45	 Input
46	 Input
47	 Input
48	 Input
49	 Input
50	 Input
51	 Input
52	 Input
53	 Input
54	 Input
55	 Input
56	 Input
57	 Input
58	 Input
59	 Input
60	 Input
61	 Input
62	 Input
63	 Input
64	 Input
65	 Input
66	 Input
67	 Input
68	 Input
69	 Input
70	 Input