

VROEDVROUW OF GYNAECOLOOG: EEN EXPLORATIEVE STUDIE NAAR DE VOORKEUREN VAN VROUWEN IN VLAANDEREN WAT BETREFT HUN ZORGVERLENER VOOR PERINATALE ZORG

Aantal woorden: 15 161

Britney Cardott

Stamnummer: 01612087

Promotor: Dr. Wim Peersman

Copromotor: Dhr. Joeri Vermeulen

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de Master in het Management en het Beleid van de
Gezondheidszorg

Academiejaar: 2018-2019

VROEDVROUW OF GYNAECOLOOG: EEN EXPLORATIEVE STUDIE NAAR DE VOORKEUREN VAN VROUWEN IN VLAANDEREN WAT BETREFT HUN ZORGVERLENER VOOR PERINATALE ZORG

Aantal woorden: 15 161

Britney Cardott

Stamnummer: 01612087

Promotor: Dr. Wim Peersman

Copromotor: Dhr. Joeri Vermeulen

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de Master in het Management en het Beleid van de
Gezondheidszorg

Academiejaar: 2018-2019



ABSTRACT (NL)

Inleiding

Perinatale zorg in Vlaanderen situeert zich vooral in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog, hoewel een vroedvrouw wettelijk bevoegd is om een ongecompliceerde arbeid en bevalling op te volgen. Zo wordt de vroedvrouw niet beschouwd als centrale zorgverlener ondanks de bewezen voordelen van het midwife-led care model.

Doelstelling

De doelstelling van deze masterproef is om de voorkeuren van vrouwen in Vlaanderen te exploreren met betrekking tot hun zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling.

Methode

Deelnemers werden gerekruteerd aan de hand van een doelgerichte steekproef. Gegevens werden verzameld door middel van vijftien semigestructureerd interviews en nadien gecodeerd en geanalyseerd door middel van thematische analyse.

Resultaten

Drie types vrouwen werden geïdentificeerd, namelijk de normvolgers, de risicomijders en de normoverstijgers die zich onderscheiden op vlak van de gewenste aanpak en zorgrelatie, de plaats waar ze wensen te bevallen, de (sociale) omgeving waarin ze zich bevinden en tot slot de eigen kennis en ervaring.

Conclusie

De keuze in zorgverlener is niet noodzakelijk een weloverwogen keuze. Vrouwen in Vlaanderen neigen naar wat ze kennen en volgen de norm, namelijk in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog. Ook wordt veel waarde gehecht aan de setting. Sommigen kiezen voor de veiligheid van het ziekenhuis, anderen daarentegen voor een niet-medische en huiselijke setting waardoor de keuze in zorgverlener soms van secundair belang is. Een bestaande zorgrelatie vinden vrouwen bovendien belangrijk, wat men vaak nog niet heeft met een vroedvrouw tot de arbeid en de bevalling. Hierdoor is en blijft de vroedvrouw als zorgverlener voor velen een onbekende.

Aantal woorden masterproef: 15 161 (exclusief bijlagen en bibliografie)

ABSTRACT (ENG)

Background

Perinatal care in Flanders is primarily situated in the hospital under supervision of an obstetrician, despite the legal competences of a midwife to conduct and supervise an uncomplicated labor and delivery. The midwife is hereby not considered the primary caregiver despite the proven advantages of midwife-led care.

Objective

The aim of this master thesis is to explore the preferences of women in Flanders in regards to their caregiver for an uncomplicated labor and delivery.

Methods

Participants were recruited by purposive sampling. Data was collected by fifteen semi-structured interviews and subsequently coded and analyzed through thematic analysis.

Results

Three types of women were identified namely the norm followers, the risk avoiders and the norm transcendents that can be distinguished by the preferred approach and care relationship, the (social) environment and lastly the own knowledge and experiences.

Conclusion

The choice in caregiver is not always a deliberate choice. Women in Flanders are inclined to choose for what they know and follow the norm, namely delivering in a hospital with an obstetrician. Additionally women value the place of birth such as the safety of a hospital or a non-medical and domestic environment, therefore the choice in caregiver can be of secondary importance. Furthermore women find an existing care relationship important, which they often don't have with a midwife until the labor and the delivery. Thereby the midwife as a caregiver is and continues to be unknown to many.

Word count thesis: 15 161 (excluding annexes and bibliography)

INHOUDSOPGAVE

Woord vooraf.....	6
Lijst met afkortingen en begrippen	7
Inleiding.....	8
1. Literatuurstudie	10
1.1 Situering	10
1.1.1 Medical-led care versus midwife-led care	10
1.1.2 Medicalisering van de arbeid en de bevalling.....	11
1.1.3 De-medicalisering van de arbeid en de bevalling.....	12
1.2 Methode.....	14
1.2.1 Datacollectie.....	14
1.2.2 Data-analyse	14
1.2.3 Kwaliteitsbeoordeling	15
1.3 Resultaten	16
1.3.1 Selectieproces.....	16
1.3.2 Karakteristieken van de studies	17
1.3.3 Karakteristieken van de analyses.....	19
1.3.4 Uitkomsten	20
1.4 Discussie	23
1.5 Conclusie	24
2. Probleem- en doelstelling.....	25
3. Onderzoeksmethode	26
3.1 Onderzoeksdesign.....	26
3.2 Onderzoeker	26
3.3 Deelnemers	26
3.4 Gegevensverzameling	27
3.5 Gegevensanalyse	28

4. Resultaten	29
4.1 Karakteristieken van de deelnemers.....	29
4.2 Types.....	30
4.2.1 De normvolgers.....	31
4.2.2 De risicomijders.....	35
4.2.3 De normoverstijgers	41
5. Discussie.....	47
5.1 Medisch versus alternatief	47
5.2 Het belang van de setting	48
5.3 Het onbekende en angst als drijfveer	49
5.4. De invloed van kennis op de “keuze” in zorgverlener	50
6. Sterktes en beperkingen	52
7. Toekomstig onderzoek.....	55
8. Conclusie	56
Literatuurlijst.....	58
Bijlagen	63

WOORD VOORAF

Deze masterproef wordt voorgelegd voor het behalen van de Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg aan de Universiteit Gent. Het schrijven van deze masterproef is een intensief en leerrijk proces geweest. Ik heb het geluk gehad om een onderzoek te mogen voeren naar de voorkeuren van vrouwen voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Graag maak ik gebruik van de gelegenheid om enkele mensen te bedanken.

Allereerst wil ik graag mijn promotor, Wim Peersman, bedanken voor het aanreiken van dit onderwerp en voor de begeleiding. Ondanks het feit dat ik er langer over heb gedaan dan voorzien, was hij steeds vlot bereikbaar om feedback te geven en een klankbord te bieden. Dit deed hij ook tijdens de zomervakantie waarvoor bedankt. Ook dank ik graag mijn copromotor, Joeri Vermeulen, voor zijn interessante input en inhoudelijke feedback. Samen hebben Dhr. Peersman en Dhr. Vermeulen mijn liefde voor de vroedkunde weer helemaal aangewakkerd.

Graag bedank ik ook alle vrouwen, mama's, *bijna* mama's en *misschien later* mama's waar ik kennis mee heb mogen maken en die ik heb mogen interviewen voor dit onderzoek. Hun bijdrage heeft niet alleen mijn masterproef vormgegeven, maar ook een indruk nagelaten die ik niet snel zal vergeten. Ook dank ik graag de verschillende vroedvrouworganisaties en individuen die mijn oproep naar deelnemers hebben verspreid. Ik ben ontroerd door de respons en lieve aanmoedigingen die ik heb gekregen doorheen het proces. Het waren zeer fijne en gezellige ontmoetingen waarvoor hartelijk dank.

Ten slotte wil ik uiteraard mijn familie en vrienden nog bedanken met een speciale bedanking voor Hans en mijn grootmoeder Carolien. Zij hebben als geen ander gezien hoe ik met veel frustraties en tranen mezelf erdoorheen heb gezwoegd. Ik dank jullie allen voor de steun en de ruimte die jullie me hebben gegeven om deze masterproef te schrijven.

LIJST MET AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

Aborta (A)	Het aantal miskramen.
Amniotomie	Het kunstmatig breken van de vliezen.
Arbeid	De periode die het einde van de zwangerschap aankondigt, gekenmerkt door regelmatige contracties of weeën die leiden tot de geboorte van het kind.
Bevalling	De geboorte van het kind en de placenta.
Episiotomie	Het inknippen van het perineum.
Gravida of graviditeit (G)	Het aantal zwangerschappen.
Intrapartale zorg	De zorg tijdens de arbeid.
Parturiënte	Een vrouw die in arbeid of aan het bevallen is.
Para of pariteit (P)	Het aantal bevallingen.
Perinatale zorg	De zorg voor, tijdens en na de bevalling.
Primigravida	Een vrouw die voor de eerste keer zwanger is.

Bv. G2P1A0: deze vrouw is twee keer zwanger geweest, één keer bevallen en heeft geen miskramen gehad. Deze vrouw is voor een tweede keer zwanger.

INLEIDING

In Vlaanderen bevallen ongeveer 63 000 vrouwen per jaar (Devlieger, Martens, Martens, Van Mol & Cammu, 2018). Hoewel bevallen een normaal fysiologisch proces is, wordt in Vlaanderen een risico-averse aanpak gehanteerd waardoor het medisch model de norm is. Hierdoor situeert de perinatale zorg zich voornamelijk in het ziekenhuis en onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog (Christiaens, Nieuwenhuijze & de Vries, 2013; Mead, Bogaerts & Reyns, 2007).

Een vroedvrouw is echter wettelijk bevoegd om onder eigen verantwoordelijkheid een ongecompliceerde zwangerschap, arbeid en bevalling op te volgen zoals beschreven in het KB van 1 februari 1991, maar in de praktijk is dit eerder beperkt. Ook al worden ongecompliceerde arbeiden in Vlaamse ziekenhuizen opgevolgd door een vroedvrouw, valt dit steeds onder eindverantwoordelijkheid van een gynaecoloog en zal de gynaecoloog bijna altijd de bevalling uitvoeren (Van Kelst, Spitz, Sermeus & Thomson, 2013). Een bevalling thuis of in een geboortehuis daarentegen valt wel onder eindverantwoordelijkheid van een vroedvrouw, maar dit komt minder voor. Zo werd de laatste tien jaar een daling in het aantal thuisbevallingen gerapporteerd door het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie met minder dan 0,7% thuisbevallingen in Vlaanderen (Devlieger et al., 2018).

In het onderzoek van Vermeulen, Swinnen, D'haenens, Buyl & Beeckman (2016) waarbij vrouwen meer dan één zorgverlener mochten aangeven, bleek dat 88% de gynaecoloog en 68% de vroedvrouw verkiest voor een ongecompliceerde arbeid en dat 91,1% de gynaecoloog en 66,3% de vroedvrouw verkiest voor een ongecompliceerde bevalling. In hetzelfde onderzoek werd ook een positieve correlatie gevonden tussen de kennis over de wettelijke competenties van de vroedvrouw enerzijds en de leeftijd en de pariteit anderzijds. Zo hadden jongeren en vrouwen die nog nooit bevallen waren minder kennis over de wettelijke competenties van de vroedvrouw.

We zien dat bevallen in de eerstelijns onder verantwoordelijkheid van een vroedvrouw weinig voorkomt in Vlaanderen en de gynaecoloog als zorgverlener de voorkeur geniet voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Hierdoor kan de vraag gesteld worden waarom dit zo is en waarom vrouwen niet meer beroep doen op een vroedvrouw voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling.

In deze masterproef zal onderzocht worden welke zorgverlener vrouwen in Vlaanderen verkiezen voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling en waarom ze deze zorgverlener verkiezen. Zo werden vijftien vrouwen geselecteerd door middel van een doelgerichte steekproef en werden zij elk geïnterviewd over hun persoonlijke ervaringen met perinatale zorg enerzijds en hun voorkeur en keuze voor een vroedvrouw of een gynaecoloog anderzijds.

Het verloop van deze masterproef is als volgt opgebouwd.

In het *eerste hoofdstuk* wordt door middel van een systematische literatuurstudie een overzicht gegeven van de literatuur over de voorkeuren van vrouwen in perinatale zorg. Vervolgens wordt in het *tweede hoofdstuk* de probleem- en doelstelling in kaart gebracht en de vooropgestelde onderzoeksvragen toegelicht. In het *derde hoofdstuk* wordt de onderzoeksmethode van het empirische luik beschreven, gevolgd door de resultaten van dit onderzoek die besproken worden in het *vierde hoofdstuk*. In de resultatensectie worden achtereenvolgend drie types vrouwen besproken, namelijk de normvolgers, de risicomijders en de normoverstijgers. In het *vijfde hoofdstuk* worden de resultaten becommentarieerd in verhouding tot de probleem- en doelstelling, worden de resultaten vergeleken met de onderzochte literatuur en worden hierbij enkele kritische bedenkingen gemaakt. Vervolgens worden in het *zesde hoofdstuk* de sterktes en de beperkingen van het onderzoek toegelicht gevolgd door het voorlaatste en *zevende hoofdstuk* waarin enkele aanbevelingen worden gemaakt voor verder onderzoek. Tot slot worden in het laatste en *achtste hoofdstuk* de grote lijnen van deze masterproef kernachtig samengevat en wordt een antwoord geformuleerd op de vooropgestelde onderzoeksvraag.

1. LITERATUURSTUDIE

1.1 Situering

1.1.1 Medical-led care versus midwife-led care

De arbeid en de bevalling kunnen vanuit verschillende zorgmodellen beschouwd worden, die een weerspiegeling zijn van de primaire zorgverlener (Lothian, 2001).

In landen zoals België en Noord-Amerika is voornamelijk de gynaecoloog de primaire zorgverlener en spreekt men van medical-led care (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Medical-led care vertrekt vanuit het medisch model waarbij de nadruk ligt op het management van risico's voor moeder en kind. Het model typeert zich door medische, technische en routinematige zorg (De Vries, Benoit, Van Teijlingen & Wrede, 2001; Lothian, 2001). Zo zal een gynaecoloog de zwangerschap opvolgen, aanwezig zijn voor de bevalling en bijgestaan worden door een multidisciplinair team voor de perinatale en postnatale zorg (Sandall et al., 2016).

In landen zoals Nederland en het Verenigd Koninkrijk zijn ook andere zorgmodellen beschikbaar zoals midwife-led care waarbij een vroedvrouw de primaire zorgverlener is en midwife-led continuity models of care waarbij de nadruk ligt op continuïteit (Sandall et al., 2016). Midwife-led care vertrekt vanuit het biopsychosociaal model en beschouwt de arbeid en de bevalling als een natuurlijk fysiologisch proces waarbij routinematig ingrijpen moet worden vermeden (Lothian, 2001). Woman-centred care is hierbij een fundamenteel concept waarbij de nadruk ligt op keuze en controle en dat alludeert op continuïteit en empowerment (Morgan, 2015). In de Cochrane systematische review van Sandall et al. (2016) spreekt men van midwife-led continuity models of care waarbij een vroedvrouw of een team van vroedvrouwen gedurende de zwangerschap, de arbeid, de bevalling en het postpartum de primaire zorgverleners zijn die instaan voor het fysieke, psychische, spirituele en sociale welzijn van de vrouw (Lothian, 2001; Sandall et al., 2016).

Midwife-led continuity models of care hebben talrijke voordelen en een vergelijkbare veiligheid ten opzichte van andere modellen van zorg, zoals obstetrician-led care, family doctor-led care of shared models of care. Zo hebben vrouwen die midwife-led continuity models of care ontvangen meer kans op een spontane vaginale bevalling in aanwezigheid van een vroedvrouw die ze al ontmoet hebben gedurende de

zwangerschap en minder kans op interventies zoals epidurale anesthesie, een amniotomie, een episiotomie en een instrumentele vaginale bevalling. In midwife-led continuity models of care wordt ook een hogere tevredenheid gerapporteerd vergeleken met andere zorgmodellen (Sandall et al., 2016). Meerdere studies in het Verenigd Koninkrijk toonden tot slot een kostenbesparend effect van midwife-led care aan voor intrapartale zorg bij vrouwen met een laag risico op complicaties (Devane et al., 2010; Ryan, Reville, Devane & Norman, 2013; Sandall et al., 2016; Schroeder et al., 2012).

1.1.2 Medicalisering van de arbeid en de bevalling

De arbeid en de bevalling zijn de voorbije eeuwen sterk beïnvloed door de medische technologie waardoor medische interventie en medical-led care de norm is geworden. Zo is de betrokkenheid van de gynaecoloog in de normale zwangerschap, arbeid en bevalling enerzijds sterk toegenomen en wordt anderzijds een toename gezien in interventies zonder medische indicatie van routinematige foetale monitoring tot electieve keizersneden (Christiaens et al., 2013; Johanson, Newburn, & Macfarlane, 2002). De a priori normale zwangerschap, arbeid en bevalling is zo geëvolueerd tot een risicovolle conditie die medische interventie vereist om de toestand van moeder en kind op te volgen (Bétran et al., 2016; Hammer & Burton-Jeangros, 2013). Het concept van “normaliteit”, namelijk de arbeid en de bevalling als een natuurlijk fysiologisch proces, is zodoende niet universeel noch gestandaardiseerd ondanks de aanzienlijke debatten en onderzoeken die gevoerd werden de voorbije jaren (World Health Organization, 2018).

In Vlaanderen is de epidurale verdoving niet meer weg te denken uit de verloskamer met een opmars van 32% in 1991 naar 69,9% in 2017. Bij maar liefst één op vier zwangerschappen wordt de baring ook ingeleid met een spreiding van 11,5% tot 40,8% naargelang het ziekenhuis en bevalt 42,3% van de vrouwen met een episiotomie (Devlieger et al., 2018). Het aantal keizersneden is niet alleen in Vlaanderen, maar ook wereldwijd gestegen met bijna een verdubbeling van 12,1% in 2010 naar 21,1% in 2015 (Bétran et al., 2016; Boerma et al., 2018).

Onderzoek toont aan dat jongere vrouwen, laagopgeleide vrouwen en vrouwen met een gecompliceerde gynaecologische voorgeschiedenis zoals een hoog risico zwangerschap of IVF een positievere houding hebben tegenover medicalisering van

de arbeid en de bevalling. Deze positieve attitudes worden gelinkt aan angst voor de bevalling (Benyamini, Molcho, Dan, Gozlan & Preis, 2017). Hoewel vrouwen in ontwikkelde Westerse landen echter een minimaal risico hebben op nadelige uitkomsten, toont onderzoek daarbij een hoge prevalentie van vrouwen met angst voor de bevalling (Zar, K. Wijma & B. Wijma, 2001).

In het onderzoek van Cooper & Lavender (2013) werd aangetoond hoe zorgmodellen en zorgverleners een invloed hebben op de perceptie van vrouwen over de rol van de vroedvrouw. Aangezien gynaecologen in Vlaanderen een centrale rol spelen in de zorg voor moeder en kind tijdens de zwangerschap, de arbeid en de bevalling zoals beschreven door Christiaens et al. (2013), Mead et al. (2007) en Van Kelst et al. (2013), zullen deze vermoedelijk ook een invloed hebben op de bestaande voorkeur en keuze voor een gynaecoloog. In Vlaanderen gaan vrouwen ook rechtstreeks naar een gynaecoloog voor de prenatale zorg waardoor de verstrekte informatie meestal beperkt is tot de tweedelijnszorg (Christiaens & Bracke, 2009).

1.1.3 De-medicalisering van de arbeid en de bevalling

Hoewel medicalisering in de meeste Westerse landen dominant aanwezig is en alsmaar toeneemt, alsook in België, worden eveneens enkele tegenbewegingen gezien. Een voorbeeld hiervan was de lichte stijging in het aantal thuisbevallingen in de Verenigde Staten van respectievelijk 0,87% in 2004 naar 1,5% in 2014 (Benyamini et al., 2017). De keuze om thuis te bevallen berust op een groter vertrouwen in het geboorteproces, meer persoonlijke controle, het bevallen in een vertrouwde omgeving, het vermijden van onnodige medische interventies en een negatieve ziekenhuiservaring (Boucher, Bennett, McFarlin & Freeze, 2009).

Sommige vrouwen kiezen ook om *buiten het systeem* te bevallen. In het onderzoek van Holten & Miranda (2016) omvat *buiten het systeem* bevallen thuisbevallingen in landen waarbij dit niet binnen het gezondheidszorgsysteem valt, hoog risico thuisbevallingen met een vroedvrouw en *freebirthing*. De beslissing om *buiten het systeem* of thuis te bevallen wanneer dit gecontra-indiceerd is, berust op een afkeer van het biomedisch model en een groter vertrouwen in de eigen intuïtie en het geboorteproces. Het ziekenhuis wordt gepercipieerd als een gevaarlijke plaats met een hogere kans op complicaties en onnodige interventies (Holten & Miranda, 2016).

Gezien de bewezen voordelen van midwife-led care enerzijds en de trend van medicalisering en medical-led care anderzijds wordt in de volgende literatuurstudie als onderzoeksvraag vooropgesteld waarom vrouwen een vroedvrouw of gynaecoloog verkiezen voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling.

1.2 Methode

1.2.1 Datacollectie

Een systematische literatuurstudie werd uitgevoerd om een antwoord te bieden op de vooropgestelde onderzoeksvraag. Twee elektronische databases, namelijk PubMed en Embase, werden in december 2017 doorzocht naar relevante Engelstalige publicaties met focus op de voorkeur van vrouwen in zorgverlener voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Aangezien de meeste artikels gepubliceerd werden in de periode van 2007 tot 2017, werden artikels ouder dan tien jaar niet opgenomen in deze literatuurstudie. De volgende zoekstrings werden in PubMed en Embase gehanteerd en de gevonden publicaties werden geëxporteerd naar EndNote voor verdere analyse.

Pubmed

("Female"[Mesh] OR women) AND ("Pregnancy"[Mesh] OR pregn*) AND (labor OR delivery OR birth OR childbirth) AND ("Maternal Health Services"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Midwifery"[Mesh] OR midwi*) AND ("Choice Behavior"[Mesh] OR "Patient Preference"[Mesh] OR preference*)

Embase

('female'/exp OR women) AND ('pregnancy'/exp OR pregn*) AND (labor OR delivery OR birth OR 'childbirth'/exp) AND ('maternal health service'/exp OR 'women's health'/exp OR 'midwife'/exp OR mifwi*) AND ('decision making'/exp OR 'patient preference'/exp OR 'preference*')

1.2.2 Data-analyse

Door middel van thematische synthese werden enkele thema's geïdentificeerd die in de resultatensectie toegelicht worden. Thematische synthese bestaat uit drie fases, namelijk coderen, ontwikkelen van descriptieve thema's en genereren van analytische thema's. Deze methode is aangewezen voor de synthese van kwalitatieve studies wanneer deze geen rechtstreeks antwoord bieden op de onderzoeksvraag. Thematische synthese laat zo toe om kernconcepten te identificeren en de vertaalslag van deze concepten naar andere studies mogelijk te maken (Thomas & Harden, 2008).

1.2.3 Kwaliteitsbeoordeling

Een kwaliteitscontrole vond plaats aan de hand van het protocol van Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell (2002). De geselecteerde onderzoeken werden gequoteerd aan de hand van negen vragen met betrekking tot de titel en het abstract, de inleiding en de doelstellingen, de methode, de steekproef, de data-analyse, de ethische aspecten, de resultaten, de generaliseerbaarheid en tot slot de implicaties en de bruikbaarheid van de resultaten. Elke vraag werd gescoord van 1 (zwak) tot 4 (goed) met een maximumscore van 36 punten. Een artikel met een score van 30 tot 36 punten werd beschouwd als een artikel van hoge kwaliteit. Een artikel met een score van 24 tot 29 punten werd beschouwd als een artikel van matige kwaliteit. Artikels met een score lager dan 24 werden niet opgenomen in deze literatuurstudie. De uitwerking hiervan wordt in bijlage 1 weergegeven.

1.3 Resultaten

1.3.1 Selectieproces

Het selectieproces wordt in bijlage 2 schematisch weergegeven volgens het PRISMA Flow Diagram (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

De beschreven zoekstrings leverden in PubMed en Embase respectievelijk 560 en 503 resultaten (n = 1 063) op. Om het selectieproces te vereenvoudigen werden de publicaties geëxporteerd naar EndNote voor verdere analyse. Vervolgens werden de duplicaten (n = 228) verwijderd.

Een eerste screening gebeurde op basis van titel en abstract. Studies betreffende prenatale zorg, postnatale zorg, fertiliteit, pathologie en vrouwen met hoog risico en/of gecompliceerde zwangerschappen en bevallingen werden niet opgenomen, alsook studies uitgevoerd in landen die geen lid zijn van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) zoals India, Iran en Nigeria. Landen behorende tot de OESO werd als afbakening gehanteerd omwille van de vergelijkbare welvaart en gezondheidszorgsystemen. Persoonlijke essays en opiniestukken werden ook niet opgenomen omwille van de lage kwaliteit van evidentie. Publicaties waarvan geen abstract noch full-tekst online beschikbaar waren, werden evenmin opgenomen. Na exclusie van de desbetreffende artikels (n = 746) bleven er nog 89 publicaties over voor verdere analyse.

Een tweede screening gebeurde op basis van de full-tekst. Niet relevante publicaties die in de eerste screening over het hoofd werden gezien, werden uitgesloten alsook publicaties betreffende de wijze en de plaats van de bevalling alsook artikels met betrekking tot *freebirthing* (n = 85).

Door middel van *backward citation tracking* werden tot slot nog drie publicaties geïdentificeerd. De studies van Howell-White (1997) en Galotti, Pierce, Reimer & Luckner (2000) voldeden echter niet aan de inclusiecriteria en waren ouder dan tien jaar maar werden alsnog opgenomen omwille van hun belang binnen het onderzoeksdomein.

1.3.2 Karakteristieken van de studies

Zeven publicaties werden opgenomen in deze literatuurstudie (Arcia, 2013; Fairbrother, Stoll, Schummers & Carty, 2012; Fawsitt et al., 2017; Galotti et al., 2000; Howell-White, 1997; Parry, 2008; Wilson & Sirois, 2010). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de literatuur met een onderverdeling naar auteur, land, doel van de studie, methodologie, steekproef en de keuzes in zorgverlening. Twee studies hanteerden een kwalitatieve onderzoeksdesign, drie studies een kwantitatieve onderzoeksdesign en twee studies een *mixed method* onderzoeksdesign. De zeven geselecteerde studies werden uitgevoerd in ontwikkelde landen met een vergelijkbaar gezondheidszorgsysteem, namelijk de Verenigde Staten (n = 3), Canada (n = 3) en Ierland (n = 1). Zoals eerder beschreven werd gekozen om de literatuur van de laatste tien jaar te bestuderen. Zo werd de meerderheid van de studies gepubliceerd tussen 2008 en 2017 met uitzondering van twee studies geïdentificeerd via *backward citation tracking* die gepubliceerd werden in 1997 en 2000. Het aantal deelnemers varieerde afhankelijk van het onderzoeksdesign van 8 tot 3 667 deelnemers. In het onderzoek van Fairbrother et al. (2012) met het grootste aantal deelnemers werden zowel mannen (n = 991) als vrouwen (n = 2 676) gerekruteerd, maar werden de resultaten per geslacht geanalyseerd.

Tabel 1
Overzicht literatuur

Author	Aim of the study	Setting	Method	Data collection	Choice(s)
Arcia (2013)	To develop a model for understanding predictors of nulliparas' delivery preferences: provider type, setting, mode of delivery and the use/avoidance of pain medication	USA	Quantitative cross-sectional survey	Self-administered web-based survey (n=344) nulliparous women aged 18-40, living in the US and at 20 or fewer weeks gestation	Midwife or physician Birth centre, home or hospital
Fairbrother et al. (2012)	To identify the views of a cohort of Canadian university students related to maternity care provider preferences and the reasons for these preferences	Canada	Quantitative cross-sectional survey	Online survey with men (n=991) and women (n=2 676) yet to bear a child, desire for children	Obstetrician, family physician or registered midwife

Tabel 1 (vervolg)

Overzicht literatuur

Author	Aim of the study	Setting	Method	Data collection	Choice(s)
Fawsitt et al. (2017)	To identify the different aspects of care that influence women's decision-making when presented with the choice of delivering in a consultant-led unit (CLU) or midwife-led unit (MLU).	Ireland	Qualitative design	Focus groups (n=19) women at low risk of obstetric complications and beyond 20 weeks gestation	CLU or MLU (alongside CLU)
Galotti et al. (2000)	To examine how women from a variety of educational backgrounds gather, assess, and combine information to make several important and related life decisions	USA	Mixed methods design	Interviews and questionnaires (n=88) pregnant women	Midwife, family practitioner or obstetrician
Howell-White (1997)	To examine the impact of a woman's childbirth definition or beliefs on selecting either a Certified Nurse Midwife (CNM) or an obstetrician	USA	Mixed methods design	Self-administered quantitative questionnaire and qualitative interviewer-administered questionnaire (n=200) pregnant women who enrolled in a central New Jersey health maintenance organization	CNM or obstetrician
Parry et al. (2008)	To examine whether Canadian women's use of midwifery represents a resistance to the medicalization of pregnancy/childbirth	Canada	Qualitative design	Interviews with women expecting their first child (n=4) and women with previous pregnancies (n=4)	Midwifery
Wilson et al. (2010)	To examine the role of women's birth-related beliefs and expectations in the choice of a midwife or obstetrician birth attendant, and her satisfaction with antenatal care	Canada	Quantitative cross-sectional survey	Online survey (n=133) women with low-risk pregnancy, at least three consultations with chosen birth attendant, reside and plan to give birth in one of four Canadian provinces that publicly funded midwifery	Midwife or obstetrician

1.3.3 Karakteristieken van de analyses

Howell-White (1997) onderzocht hoe de definiëring van de bevalling en de overtuigingen van vrouwen (n = 200) een invloed hebben op de keuze voor een vroedvrouw of een gynaecoloog. Het onderzoek bestond uit twee fases waarbij de eerste fase een kwantitatieve vragenlijst omvat in het begin van de zwangerschap gevolgd door een kwalitatieve vragenlijst in de tweede fase afgenomen door een vroedvrouw naar het einde van de zwangerschap toe. In een recenter onderzoek van Wilson & Sirois (2010) werd opnieuw gekeken naar de overtuigingen van vrouwen (n = 133) en hun verwachtingen rond de arbeid en de bevalling. Door middel van een online survey werd bestudeerd welke rol dit speelt in de keuze voor een vroedvrouw of een gynaecoloog.

In het onderzoek van Arcia (2013) werd door middel van een online survey onderzocht welke variabelen de bevallingvoorkeuren van zwangere vrouwen (n = 344) kunnen voorspellen die voor het eerst bevallen en minder dan twintig weken zwanger zijn. Er werd zowel gekeken naar de voorkeur voor een gynaecoloog of een vroedvrouw als naar de wijze van bevallen, de plaats van de bevalling en het gebruik van pijnmedicatie.

In het onderzoek van Fairbrother et al. (2012) werden universiteitsstudenten (n = 3 667) bevraagd over hun voorkeur in zorgverlener voor de perinatale zorg. De meerderheid, respectievelijk 73% van de deelnemers, was vrouw en nog niet bevallen van een kind. Door middel van een online survey kregen deelnemers de keuze tussen een gynaecoloog, een huisarts of een vroedvrouw en moesten zij hun keuze motiveren. De verhoudingen tussen de voorkeur in zorgverlener, de attitudes tegenover de bevalling en de voorkeur voor epidurale anesthesie of een keizersnede werden ook bestudeerd. In een gelijkaardige *mixed method* studie van Galotti et al. (2000) werd dezelfde keuze aangeboden waarbij in de analyse eerst een onderscheid werd gemaakt tussen vrouwen die wel en vrouwen die niet een vroedvrouw overwogen hadden en tot slot tussen vrouwen die wel en vrouwen die niet een vroedvrouw geselecteerd hadden als primaire zorgverlener. Zwangere vrouwen (n = 88) werden geïnterviewd waarna een schriftelijke survey ingevuld werd met behulp van de interviewer. De wijze waarop de deelnemers informatie verzamelen, analyseren en combineren werd bestudeerd in functie van hun keuze.

Fawsitt et al. (2017) onderzochten welke aspecten van zorg een invloed hebben op de keuze van vrouwen om te bevallen in een *midwife-led unit* enerzijds waarbij vroedvrouwen de eindverantwoordelijkheid dragen en medische diensten niet onmiddellijk beschikbaar zijn of in een *consultant-led unit* anderzijds waarbij gynaecologen de eindverantwoordelijkheid dragen. Zwangere vrouwen (n = 19) namen deel aan deze studie en werden ingedeeld in kleinere focusgroepen. De deelnemers waren meer dan twintig weken zwanger.

In het onderzoek van Parry (2008) werd de keuze van vrouwen (n = 8) voor een vroedvrouw en midwife-led care in zijn geheel onderzocht. Door middel van interviews werd geëxploreerd of de keuze voor een vroedvrouw een verzet is tegen medicalisering van de zwangerschap, de arbeid en de bevalling. De helft van de vrouwen waren zwanger van hun eerste kind en de andere helft was al eens bevallen.

1.3.4 Uitkomsten

Rollen

Vrouwen die de rol van een zorgverlener als dominant beschouwen, verkiezen vaker een gynaecoloog. Vrouwen die de rol van een zorgverlener als collaboratief en egalitair beschouwen, verkiezen daarentegen meer de vroedvrouw (Arcia, 2013; Wilson & Sirois, 2010). De eigen gepercipieerde rol tijdens de bevalling speelt ook een rol. Zo zal een vrouw die zichzelf een passieve rol toe-eigent eerder een gynaecoloog verkiezen, terwijl een vrouw die zichzelf een actieve rol toe-eigent en een actieve participatie essentieel beschouwt voor het bevallingsproces een vroedvrouw verkiezen (Arcia, 2013).

Zorgaanpak en expertise

Vrouwen die een gynaecoloog verkiezen, hebben een voorkeur voor specialistische zorg. De aanwezigheid van een gynaecoloog tijdens de bevalling geeft een gevoel van veiligheid en vermijdt een overdracht van zorg in het geval dat er obstetrische complicaties optreden. De nabijheid van neonatale diensten en de beschikbaarheid van epidurale anesthesie spelen ook een rol (Fairbrother et al., 2012).

Vrouwen kiezen een vroedvrouw omwille van hun specifieke vaardigheden en kennis, de continuïteit van zorg, de psychosociale ondersteuning, de focus op de individuele noden en de gefaciliteerde betrokkenheid van de partner en de kinderen (Fawsitt et al., 2017; Parry, 2008). Vrouwen die een vroedvrouw kiezen, menen ook meer controle te hebben over hun lichaam, hun zwangerschap en hun bevalling als gevolg van de gedeelde verantwoordelijkheid die gefaciliteerd wordt door de vroedvrouw (Parry et al., 2008). Vrouwen die een vroedvrouw kiezen hebben een grotere voorkeur voor controle en continuïteit van zorg tijdens de zwangerschap, de arbeid en de bevalling (Fawsitt et al., 2017; Parry, 2008). Zorg verleend door een gynaecoloog wordt door sommigen als gefragmenteerd gepercipieerd (Parry, 2008).

Overtuigingen en verwachtingen

De keuze in zorgverlener is een reflectie van de overtuigingen en verwachtingen rond de zwangerschap, de arbeid en de bevalling. Overtuigingen die vroeg in de zwangerschap worden gemeten, zijn een goede voorspeller van de uiteindelijke keuze in zorgverlener en worden niet beïnvloed door prenatale ervaringen (Howell-White, 1997; Wilson & Sirois, 2010).

Vrouwen die een vroedvrouw kiezen of overwegen, kunnen zich sterker vinden in alternatieve geboortefilosofieën dan in conventionele geboortefilosofieën (Galotti et al., 2000; Wilson & Sirois., 2010). Vrouwen die een gynaecoloog kiezen, onderschrijven beide filosofieën (Wilson & Sirois, 2010). Vrouwen die de bevalling als riskant definiëren en vinden dat medische interventie vereist is, kiezen eerder een gynaecoloog. Vrouwen die de bevalling als natuurlijk en normaal definiëren, kiezen een vroedvrouw (Howell-White, 1997; Wilson & Sirois, 2010). De vrouwen die een vroedvrouw kiezen zijn voorstanders van een natuurlijker aanpak van de zwangerschap, de arbeid en de bevalling en wensen de gepercipieerde onnodige interventies te vermijden (Parry, 2008). Zij anticiperen ook op een positievere geboorte-ervaring, hebben positievere attitudes tegenover een vaginale bevalling en staan negatiever tegenover epidurale anesthesie en keizersneden (Fairbrother et al., 2012; Galotti et al., 2000).

Besluitvorming

De keuze voor een vroedvrouw is een bewuste en weloverwogen keuze (Galotti et al., 2000; Parry, 2008). Vrouwen die een vroedvrouw verkiezen of overwegen hechten meer belang aan de keuze in zorgverlener. Daarbij rapporteren zij meer kennis te hebben over zorgverleners, meer het gevoel te hebben dat ze een keuze hebben in perinatale zorg en meer hun intuïtie en buikgevoel te volgen bij het maken van beslissingen rond de zwangerschap en de bevalling dan vrouwen die geen vroedvrouw overwegen (Galotti et al., 2000). Daarbij scoren zij ook hoger op zelfeffectiviteit en openheid (Wilson & Sirois, 2010).

Sociaal-economische factoren

Vrouwen die een vroedvrouw verkiezen of overwegen verschillen niet van vrouwen die een gynaecoloog verkiezen op vlak van opleiding, inkomen, leeftijd, religie, pariteit en aantal weken graviditeit (Galotti et al., 2000; Wilson & Sirois, 2010). Vrouwen die voor het eerst moeder worden, zouden echter meer beïnvloedbaar kunnen zijn met betrekking tot de potentiële risico's en complicaties tijdens de bevalling (Howell-White, 1997).

1.4 Discussie

Het doel van deze literatuurstudie was om een antwoord te bieden op de vraag waarom vrouwen een vroedvrouw of een gynaecoloog verkiezen voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling.

De zoekstrings van de datacollectie leverde in eerste instantie een veelbelovende 1 063 publicaties op, maar na screening op relevantie en kwaliteit van de titel, abstract en full-tekst bleven slechts zeven publicaties over. Hoewel er veel gepubliceerd is over de voorkeuren van vrouwen met betrekking tot de wijze en de plaats van de bevalling, is er weinig te vinden over de voorkeur in zorgverlener. Daarbij is er ook meer literatuur te vinden over de keuze voor een vroedvrouw dan over de keuze voor een gynaecoloog. Een reden hiervoor kan zijn dat de keuze voor een vroedvrouw een bewuste en weloverwogen keuze is dat tegen de heersende norm en medicalisering ingaat (Galotti et al., 2000; Parry, 2008).

Een belangrijke bemerking bij de keuze in zorgverlener is dat deze keuze soms van secundair belang is of zelfs niet-bestaand en dat de keuze om thuis of in het ziekenhuis te bevallen primeert. In het Verenigd Koninkrijk kunnen vrouwen bijvoorbeeld in een *midwife-led unit* of in een *obstetrician-led unit* bevallen waarbij er een keuze in zorgverlener is binnen het ziekenhuis (Fawsitt et al., 2017). In Vlaanderen daarentegen hebben vrouwen een beperkte keuze en vallen ze onder de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog als zij in het ziekenhuis wensen te bevallen en een vroedvrouw als zij thuis of in een geboortehuis wensen te bevallen. Daarbij zijn veel vrouwen niet eens op de hoogte dat thuis bevallen een mogelijke en veilige optie is waardoor kennistekort de keuze belet (Christiaens & Bracke, 2009).

Vijf thema's werden geïdentificeerd die de onderzochte literatuur omvatten. Voor de data-analyse werd gebruik gemaakt van thematische synthese waarbij kwalitatieve studies uit hun context worden gehaald en gesynthetiseerd. Hoewel concepten geïdentificeerd in één setting en studie niet noodzakelijk veralgemeend kunnen worden naar een andere setting, werd de context van de verschillende studies echter niet verworpen door voldoende inzicht te geven in de karakteristieken van de studies (Thomas & Harden, 2008).

Een van de grootste beperkingen van deze literatuurstudie is de geografische begrenzing. De geselecteerde onderzoeken werden uitgevoerd in de Verenigde Staten, Canada en Ierland, landen met vergelijkbare maar toch verschillende gezondheidszorgsystemen, sociale zekerheidssystemen en perinatale zorgvoorzieningen dan in Vlaanderen. Ook is het zeer moeilijk een onderscheid te maken en een samenhang te vinden tussen de gebruikte termen, de types zorg en de primaire zorgverleners in de verscheidene perinatale zorgvoorzieningen aangezien dit niet alleen per land maar ook per regio en zelfs per ziekenhuis kan verschillen. Hoewel er enige vergelijkbaarheid is tussen de geselecteerde onderzoeken en Vlaanderen, dienen de resultaten toch met voorzichtigheid behandeld te worden.

Nog een belangrijke beperking is de begrenzing tussen de verkozen zorgverlener enerzijds en de verkozen plaats van de bevalling anderzijds. De keuze voor een vroedvrouw hangt sterk samen met de keuze voor een bevalling in een huiselijke setting met minimale interventies. Andersom hangt de keuze voor een gynaecoloog sterk samen met de keuze voor een ziekenhuisbevalling en een grotere voorkeur voor epidurale anesthesie en een keizersnede (Arcia, 2013). Hierdoor is enige nuancering van de resultaten dus nodig.

1.5 Conclusie

De resultaten van deze literatuurstudie geven weer welke aspecten een invloed kunnen hebben op de keuze van vrouwen voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Zo speelt de gepercipieerde rol van de zorgverlener en de parturiënte tijdens de arbeid en de bevalling een rol alsook de geboortefilosofie en de voorkeur in zorgaanpak die verschilt tussen een vroedvrouw en een gynaecoloog. Vrouwen die een vroedvrouw verkiezen, maken daarbij een weloverwogen keuze dat eerder tegen het medisch model en prominent aanwezige medicalisering ingaat en hechten ook meer belang aan deze keuze dan vrouwen die geen vroedvrouw overwegen. Vrouwen die een vroedvrouw verkiezen of overwegen verschillen demografisch niet van andere vrouwen, hoewel primigravida meer beïnvloedbaar kunnen zijn door de potentiële risico's en complicaties die kunnen optreden tijdens de arbeid en de bevalling.

2. PROBLEEM- EN DOELSTELLING

Medicalisering is alom aanwezig in de perinatale zorg met een toename van het aantal interventies zonder medische indicatie zoals routinematige foetale monitoring, electieve keizersneden en epidurale anesthesie (Christiaens et al., 2013). De keuze om in het ziekenhuis te bevallen betekent in Vlaanderen onrechtstreeks ook de keuze om onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog te bevallen zelfs al is een vroedvrouw hier ook voor bevoegd. Aangezien het medisch model in Vlaanderen de norm is en de meerderheid van de vrouwen in het ziekenhuis bevalt onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog, zoals beschreven door Christiaens et al. (2013), Mead et al. (2007) en Van Kelst et al. (2013), kan men zich de vraag stellen of er sprake is van een keuze in zorgverlener en of vrouwen tevreden zijn met het overheersend medisch model. In buurlanden zoals Nederland en het Verenigd Koninkrijk verloopt het immers anders met een prominentere aanwezigheid van de vroedvrouw in de perinatale zorg (Hadjigeorgiou, Kouta, Papastavrou, Papadopoulos & Mårtensson, 2012). Daarbij toont de literatuur ook talrijke voordelen van het midwife-led care model voor moeder en kind zoals continuïteit van zorg, minder kans op interventies en een hogere tevredenheid (Sandall et al., 2016). Midwife-led care zou zelfs kunnen leiden tot een hogere kosteneffectiviteit (Devane et al., 2010; Ryan et al., 2013; Sandall et al., 2016, Schroeder et al., 2012), hoewel dit verder onderzoek vergt in Vlaanderen.

Aangezien de variabiliteit in gezondheidszorgsystemen en perinatale zorgvoorzieningen tussen landen groot is, is het interessant om in Vlaanderen te onderzoeken welke keuze vrouwen maken in zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Daarbij is de doelstelling van deze masterproef de voorkeuren van vrouwen in Vlaanderen te exploreren met betrekking tot hun zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling.

De volgende onderzoeksvragen worden hierbij vooropgesteld:

- Welke zorgverlener verkiezen vrouwen voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling?
- Waarom verkiezen vrouwen deze zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling?

3. ONDERZOEKSMETHODE

3.1 Onderzoeksdesign

Volgens Creswell (2013) is het gepast om een kwalitatief onderzoeksdesign te gebruiken om een probleem of topic te exploreren en om hierin een gedetailleerd inzicht te verwerven. Aangezien dit onderzoek tracht om een inzicht te krijgen in het beslissingsproces van vrouwen met betrekking tot de keuze in zorgverlener voor perinatale zorg, is kwalitatief onderzoek een evidente keuze. Het onderzoek werd uitgevoerd met de goedkeuring van de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent met als registratienummer B670201834849 (bijlage 3).

3.2 Onderzoeker

Het onderzoek werd uitgevoerd door de auteur van deze masterproef; studente management en beleid van de gezondheidszorg met als vooropleiding zowel een bachelor in de vroedkunde als in de verpleegkunde en met werkervaring in de zorg.

3.3 Deelnemers

Voor dit onderzoek werd een steekproefgrootte van vijftien deelnemers vooropgesteld. Deelnemers werden gerekruteerd aan de hand van een doelgerichte steekproef om een maximale variatie in kenmerken, standpunten en voorkeuren te bekomen (Patton, 2015; Polit & Beck, 2012). Deelnemers werden vooral gerekruteerd uit de sociale omgeving van de onderzoeker. Daarbij werd aanvullend een oproep via sociale media verspreid, die uiteindelijk terecht kwam op pagina's van verscheidene vroedvrouwpraktijken. Om maximale variatie te realiseren werden de deelnemers eerst geselecteerd op basis van leeftijd, pariteit, regio en diploma, en vervolgens op kinderwens en voorkeuren in perinatale zorg. Hierbij werd niet alleen de voorkeur maar ook de ervaring in acht genomen met zorgverleners enerzijds en geboorteplaatsen anderzijds. De geboorteplaats werd in de selectieprocedure opgenomen omdat de keuze in zorgverlener in Vlaanderen sterk samenhangt met de keuze in geboorteplaats. Zo zal de arbeid en de bevalling thuis of in een geboortecentrum onder begeleiding van een vroedvrouw zijn, terwijl de arbeid en de bevalling in het ziekenhuis in de meeste gevallen onder verantwoordelijkheid van een

gynaecoloog is. Volgende inclusiecriteria werden hierbij gehanteerd: vrouwen met de leeftijd van 18 tot 49 jaar, wonende in Vlaanderen met als moedertaal het Nederlands.

3.4 Gegevensverzameling

De gegevens werden verzameld door middel van semigestructureerde interviews. De interviews werden in samenspraak met de deelnemers vastgelegd op een gepaste tijd en locatie. Deelnemers ontvingen na instemming tot deelname per post of elektronisch een informatiebrief (bijlage 4) met bijhorende vragenlijst (bijlage 5) en instemmingsformulier (bijlage 6). Deze diende vooraf doorgenomen en ingevuld te worden. Indien dit niet gebeurd was, werd dit voor het interview mondeling overlopen en werden de nodige documenten alsnog ingevuld. Een interviewleidraad (bijlage 7) met open en gesloten vragen werd samen met de vooraf ingevulde vragenlijst gehanteerd als instrument om het interview te faciliteren en de kwaliteit te verhogen. De vragenlijst leverde bijkomende informatie met betrekking tot de persoonsgegevens en de gynaecologische voorgeschiedenis. Er was sprake van een iteratief proces waarbij tussentijdse analyses latere interviews stuurden. De semigestructureerde vragen werden in eerste instantie geformuleerd op basis van een nazicht van de literatuur, de kennis en werkervaring van de onderzoeker en conversaties met experts en professionelen. Na het tweede interview werd echter duidelijk dat de doorsnee kennis van vrouwen rond de arbeid en de bevalling en de desbetreffende zorgverleners werd overschat. Op basis van deze verworven inzichten werden bijkomende vragen opgenomen in de interviewleidraad om de aanwezige kennis te toetsen. Een nieuwe opmaak en vragenvolgorde werd ook gehanteerd om de interviews meer gestructureerd te laten verlopen.

De interviews werden, afhankelijk van de mogelijkheden en de voorkeur van de deelnemers, op locatie of via *Skype/FaceTime/Messenger* afgenomen. Elk interview werd kort ingeleid met een voorstelling van het onderzoek, een verduidelijking van de terminologie en het overlopen van de vragenlijst. Het interview startte met een toetsing van de eigen ervaring en kennis over de arbeid en de bevalling, gevolgd door een bevraging van de visie en de keuze in zorgverlener. Deelnemers kregen, afhankelijk van de eigen kennis, aanvullende informatie over het huidige gezondheidszorgsysteem in Vlaanderen met betrekking tot de arbeid en de bevalling. De interpretatie-validiteit werd doorheen het interview afgetoetst in discussie met de deelnemer. Op het einde van elk interview werd het gesprek ook kort geresumeerd.

3.5 Gegevensanalyse

De interviews werden digitaal opgenomen en ad verbatim getranscribeerd. De transcripties werden aangevuld met notities en observaties na beëindiging van de opname. De opnames werden na transcriptie verwijderd. Deelnemers kregen de keuze om een kopij van de transcriptie per mail te ontvangen voor revisie, maar dit vond geen van de vijftien deelnemers nodig.

Namen van personen, ziekenhuizen en vroedvrouwverenigingen werden in de transcripties weggelaten alsook stopwoorden, herhalingen en haperingen. Moeilijk verstaanbare zinnen werden waar mogelijk rechtgezet en niet relevante woorden werden weggelaten.

De transcripties werden individueel geanalyseerd en gecodeerd door de onderzoeker met behulp van het softwarepakket *NVivo 11*. De resultaten werden steeds met de promotor besproken die ook alle interviews had gelezen. Na frequent overleg en gezamenlijke reflectie werd het onderzoek dusdanig aangepast. Tot slot werden types en thema's geïdentificeerd, door middel van thematische analyse, die de structuur vormen van de resultaten. Thematische analyse is een methode om vanuit de data patronen of thema's te identificeren, te analyseren en vorm te geven (Braun & Clark, 2006).

4. RESULTATEN

4.1 Karakteristieken van de deelnemers

Vijftien interviews werden afgenomen in de periode van 19 maart 2018 tot en met 26 april 2018. De interviews duurden gemiddeld een halfuur tot anderhalf uur. De karakteristieken van de deelnemers worden weergegeven in tabel 2.

De steekproef bestond uit vijftien vrouwen met de leeftijd van 21 tot 46 jaar. Alle vrouwen hadden een diploma van het middelbaar onderwijs behaald en zes vrouwen hadden ook een diploma in het hoger onderwijs behaald. Alle vrouwen woonden in Vlaanderen waarvan zeven in Vlaams Brabant, vijf in Limburg, twee in Antwerpen en één in Oost Vlaanderen. Vier interviews vonden plaats bij de interviewer thuis, twee bij de deelnemers thuis en negen interviews werden via *Skype/FaceTime/Messenger* afgenomen. Vier interviews werden afgenomen bij vrouwen die tijdens het interview borstvoeding gaven en twee in aanwezigheid van de partner.

Tabel 2
Karakteristieken deelnemers

Leeftijd	< 25	3
	25 – 29	7
	30 – 34	2
	35 – 39	1
	≥ 40	2
Hoogst behaalde diploma	BSO	0
	TSO	7
	ASO	2
	Bachelor	2
	Master	4
Graviditeit (G)	0	3
	1	5
	2	6
	3	1
Pariteit (P)	0	6
	1	3
	2	6
Abortus (A)	0	13
	1	2

Van de vijftien deelnemende vrouwen hadden zes nog geen kinderen. Van deze zes vrouwen waren drie nog nooit zwanger geweest en drie zwanger van hun eerste kind. Van deze drie zwangere vrouwen was één van plan om thuis te bevallen met een vroedvrouw en twee van plan om in het ziekenhuis te bevallen met een gynaecoloog. Van de negen vrouwen die al kinderen hadden, waren twee meer dan tien jaar geleden bevallen en zeven minder dan vijf jaar geleden bevallen van hun jongste kind. Acht vrouwen waren van hun eerste kind in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog, waarvan twee ook beroep hadden gedaan op een zelfstandige vroedvrouw voor de begeleiding van de arbeid en de bevalling. Na de eerste ziekenhuisbevalling zijn twee nogmaals in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog, twee thuis bevallen met een vroedvrouw en twee in een geboortehuis bevallen met een vroedvrouw. Eén vrouw was van haar eerste en enige kind thuis bevallen met een vroedvrouw.

4.2 Types

Door middel van thematische analyse werden de volgende types geïdentificeerd:

- De normvolgers: volgen het dominante systeem, namelijk in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog. Zij kiezen voor het bekende en staan niet noodzakelijk stil bij een bestaande keuze.
- De risicomijders: kiezen ook om in het ziekenhuis te bevallen met een gynaecoloog, maar doen dit niet zozeer omdat het de norm is. Zij hechten vooral belang aan de setting, namelijk het ziekenhuis, waar een gynaecoloog aanwezig is die kan ingrijpen in het geval dat er iets misgaat.
- De normoverstijgers: wijken af van de norm. Zij zijn goed ingelicht over alle keuzemogelijkheden en kiezen voor het alternatief, namelijk bevallen in het ziekenhuis, thuis of in een geboortehuis onder begeleiding van een vroedvrouw.

Deze drie types worden in de volgende paragrafen nader beschreven met een verdere onderverdeling naar de gewenste aanpak en zorgrelatie, de plaats waar ze wensen te bevallen, de (sociale) omgeving waarin ze zich bevinden en tot slot de eigen kennis en ervaring.

4.2.1 De normvolgers

Het eerste type is de normvolger, oftewel de vrouw die het systeem volgt en in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog bevalt omdat de meerderheid van de bevolking het zo doet. De keuze in zorgverlener, is niet een keuze waar sterk bij stilgestaan wordt. De keuze wordt vooral gebaseerd op de keuzes die de omgeving maakt, het gezondheidszorgsysteem, de bekendheid en ervaring met bepaalde zorgverleners en de kennis over hun bevoegdheden. De keuze is vooral geïnspireerd door het gekende.

Aanpak en zorgrelatie

De gynaecoloog is in eerste instantie een gekende zorgverlener waar men preconceptioneel en prenataal al mee in contact is gekomen. Hierdoor wordt automatisch een associatie gemaakt met “zwanger zijn” en “bevallen”. De vroedvrouw komt pas in beeld tijdens de arbeid en de bevalling, waardoor hij of zij tot dan een onbekende is.

Voor mij is dat nooit geweest alsof ik een keuze had tussen een gynaecoloog en iemand anders. Ik heb daar nooit bij stilgestaan dat er ook andere mogelijkheden waren en hier is dat nooit aan bod gekomen. Ik ging voordien al naar de gynaecoloog gewoon voor controle en dat was heel duidelijk en normaal dat zij ook mij verder ging begeleiden in mijn zwangerschap en mijn bevalling. (46 jaar, G2P2)

De bekwaamheid en de expertise van de vroedvrouw wordt echter niet in vraag gesteld, maar de aanwezigheid van een gynaecoloog wordt hooggeacht. Het feit dat de gynaecoloog iemand is die ze naar eigen beleving goed kennen en waar ze al een vertrouwensband mee hebben, speelt een grote rol. Dit type is niet noodzakelijk anti-vroedvrouw. De vroedvrouw is echter iemand die ze nog niet kennen en waar ze dus niet meteen aan denken om te consulteren voor de begeleiding van de arbeid en de bevalling. De gynaecoloog wordt beschouwd als de poortwachter. De normvolgers baseren zich dus voornamelijk op wat de gynaecoloog zegt en zullen verdere keuzes maken op basis van zijn of haar kennis en expertise.

[stilte] Eerlijk en ik ben zelf nog nooit met een vroedvrouw in contact gekomen, wel met een gynaecoloog en dat is degene bij wie ik nu met al mijn vragen naartoe ga van: stel als we binnen zoveel tijd een kindje willen. Wat moet ik dan doen. Dus nu momenteel gaat mijn keuze uit naar een gynaecoloog. Maar ik denk dat er ook, als zij zegt van dit is de vroedvrouw en zij gaat u begeleiden dan ja, dat dat prima is. (27 jaar, G0P0)

Plaats

Er wordt niet zozeer een keuze gemaakt in wie de arbeid en de bevalling zal begeleiden, maar eerder waar de bevalling zal plaatsvinden. In de opinie van de normvolgers is het ziekenhuis een logische keuze aangezien de meerderheid van de bevallingen gebeuren in het ziekenhuis onder begeleiding van een gynaecoloog.

Ik denk als ik meer zou horen van mensen die thuis bevallen en als dat meer de norm zou zijn, als ik het zo moet zeggen, dan zou ik daar misschien wel eerder eens over nadenken. Want ja het is echt gewoon de normale keuze om in het ziekenhuis te gaan bevallen [lacht] [...] Het lijkt zo toch iets veiliger voor als er iets zou misgaan [lacht]. (28 jaar, G1P0)

Het idee van thuis te bevallen of het anders te doen, spreekt de normvolger niet speciaal aan. Men heeft er misschien al over gehoord, maar schenkt hier verder weinig aandacht aan omdat het niet doorsnee is. Het ziekenhuis wordt beschouwd als de logische en veilige plaats om te bevallen omdat er ingegrepen kan worden als er iets misgaat. Bevallen op zich wordt niet beschouwd als iets riskant, maar er bestaan risico's voor moeder en kind.

Omgeving

Zoals eerder beschreven in de literatuurstudie bevat de meerderheid van de vrouwen in Vlaanderen in het ziekenhuis. Het gezondheidszorgsysteem stuurt dit waarschijnlijk in een zekere zin, maar de verhalen die de ronde doen onder familie en vrienden versterkt dit. Men hoort namelijk veel meer verhalen over ziekenhuisbevallingen met een gynaecoloog en minder over bevallingen thuis of in een geboortecentrum met een vroedvrouw.

Het is bijna zo van "ik weet niet beter". Mijn mama is zo bevallen, mijn tantes, mijn... Dat is de manier waarop we het doen in België of zo. (33 jaar, G2P2)

[...] misschien ook omdat ik niemand ken die thuis bevallen is. Ik denk dat dat ook mijn beeld, ... Omdat ik ken alleen maar mensen die in ziekenhuizen bevallen zijn dus dan denk je gewoon: zo hoort het. Ik denk dat dat gewoon een soort van norm creëert en ik denk dat je dan zo beetje het gevoel krijgt dat thuis bevallen beetje voor de alternatieve mensen is [lacht], voor zo van die geitenwollen sokken, OK dat mag ik misschien niet zeggen [lacht]. (27 jaar, G0P0)

Kennis en ervaring

De focus en kennis situeert zich voornamelijk rond de zwangerschap en de technische en praktische aspecten van een bevalling, zoals met of zonder epidurale, via keizersnede, in een bevallingsbad, het knippen en scheuren, het hechten, thuis of in het ziekenhuis, etc. Er wordt dus stilgestaan bij een keuze in de wijze van bevalling en de plaats, maar weinig over de keuze in zorgverlener voor de begeleiding van de arbeid en de bevalling.

Opties, ik weet dat je kan kiezen voor een epidurale of geen epidurale. En voor keizersnede. Voor zo'n bad bevalling en ik weet dat je ook kan kiezen om thuis te bevallen. Maar dat wordt wel afgeraden denk ik of niet? Ja maakt niet uit. Ik weet gewoon dat dat kan blijkbaar en dan thuis in zo'n zwembad ding. (27 jaar, G0P0)

Normvolgers weten misschien van het bestaan af van de vroedvrouw, maar hebben weinig kennis over de bevoegdheden en de zorg in het algemeen rond de arbeid en de bevalling. Ze gaan niet noodzakelijk in diepgang op zoek naar bijkomende informatie waardoor ze afhankelijk zijn van wat er gezegd wordt door de gynaecoloog.

[...] tijdens de gynaecoloogbezoeken. Daar is nooit over gesproken, over een vroedvrouw. Dus die kwam alleen maar aan bod op het moment dat je al weeën hebt en dat je in het ziekenhuis bent. Ik heb ervoor nooit een vroedvrouw gezien of niemand gesproken. De gynaecoloog heeft me daar ook nooit mee in contact gebracht. Ik zou eigenlijk ook niet weten welke functies zij heeft voor de bevalling zelf. (46 jaar, G2P2)

Niet alle geïnterviewde vrouwen hadden kinderen of waren al eens zwanger geweest. Dit beïnvloedde ook hun keuze in zorgverlener. Omdat ze deze ervaring nog niet hadden meegemaakt, waren ze hier nog niet mee bezig en was hun kennis ook beperkt tot de zorgverleners waar ze al mee in aanraking waren gekomen.

*Of gewoon bij mijn gynaecoloog eigenlijk. Daar zou ik eerst aan denken omdat ik al naar de gynaecoloog ga. Maar misschien ook niet want mijn gynaecoloog is heel bot en kort en lijkt niet een leuk persoon om zo een leuke ervaring mee te delen. Dus misschien zou ik naar iemand anders op zoek gaan. Maar ik zou eigenlijk gewoon naar mijn huisdokter gaan en zien wat zij daar zeggen.
(23 jaar, G0P0)*

Eén van de geïnterviewde vrouwen vond het spijtig dat ze prenataal weinig informatie had gekregen van de gynaecoloog over de verschillende keuzes die men heeft in de begeleiding van de arbeid en de bevalling. Het idee om met een vroedvrouw te bevallen sprak haar wel aan. Indien ze meer had geweten toen ze zwanger was van haar eerste en enige kind had ze het misschien anders gedaan.

*Op dat moment wel ja, maar ik zeg omdat ik ja [stilte] uiteindelijk hoe dat ik opgevoed ben, had dat wel mooi geweest had ik de andere dingen misschien wat meer uitgelegd gekregen of meer de opties gekregen of toch een keer mogen aanvoelen met een vroedvrouw, wat dat het dan betekent. Ik denk ergens is dat dan wel spijtig, dat daar niet meer aandacht is aan besteed.
(42 jaar, G1P1)*

4.2.2 De risicomijders

Het tweede type is de risicomijder. Dit type hecht veel belang aan de veiligheid van het ziekenhuis waar meteen ingegrepen kan worden in het geval dat er iets misgaat. Wie de bevalling doet, is ook belangrijk. Wat men echter vooral belangrijk vindt, is de aanwezigheid van medisch apparatuur en een multidisciplinair team bestaande uit gynaecologen, pediaters, anesthesisten, vroedvrouwen, etc. Deze type staat meer stil bij een bestaande keuze en kiest weloverwogen voor een bevalling in het ziekenhuis om alle kansen te geven aan het (ongeboren) kind.

Aanpak en zorgrelatie

De risicomijder kiest eerder voor de gynaecoloog omdat dit een arts is. Een arts heeft een langere opleiding genoten dan een vroedvrouw, heeft meer gespecialiseerde kennis en kan sneller en beter optreden bij complicaties.

Ja ik heb eigenlijk geen zicht in hoeverre wat een vroedvrouw allemaal leert, maar ja er is denk ik wel een reden dat een studie van een gynaecoloog iets zwaarder is en dat er daar ook veel meer operaties en bevallingen en al die dingen bij te kijken komen dat ik denk ja dan is er wel een reden waarom dat die mensen dan meer expertise daarin hebben. (29 jaar, G1P1)

De aanwezigheid van een gynaecoloog bij de bevalling is echter niet noodzakelijk voor elke risicomijder. Het feit dat de gynaecoloog en andere zorgverleners in het ziekenhuis aanwezig zijn en op elk moment opgeroepen kunnen worden, is voldoende.

Ik denk [stilte] het feit dat er een gynaecoloog is plus een heleboel andere mensen die kunnen ingrijpen. Ik denk dat het feit dat er veel zorgverleners aanwezig zijn, het mentaal gevoel van veiligheid verhoogt. Terwijl als, ik heb in mijn hoofd dat als je thuis bevalt of ergens anders met een vroedvrouw, dat het echt allemaal van haar afhangt en dat er anders nog wel andere mensen zijn die te hulp komen schieten als er iets fout gaat. (27 jaar, G0P0)

Dit type heeft een stereotype beeld over het bevallen met een vroedvrouw. Het feit dat dit in de meeste gevallen thuis gebeurt in een omgeving met minder voorzieningen, duwt velen in de richting van een ziekenhuisbevalling met een gynaecoloog. Het idee bestaat sterk dat je in het ziekenhuis bevalt met een gynaecoloog en thuis met een vroedvrouw. De vroedvrouw wordt stereotypisch bestempeld als persoonlijker, een zorgend type en iemand die meer tijd heeft, terwijl de gynaecoloog wordt bestempeld als iemand die meer expertise heeft, technischer is en weinig tijd heeft.

Voor noodsituaties en van die dingen. [...] ja, ik denk dat je inderdaad bij de gynaecoloog expertise heel hard bij plakt. En bij vroedvrouw plakt er bij mij warmte, hoewel dat dat ook experten zijn, maar op een andere manier. Voor mij is dat meer, ik wil niemand beledigen hé, maar voor mij vroedvrouw, is meer persoonsgebonden in relatie en bij de gynaecoloog zit er meer iets technisch of zo. (33 jaar, G2P2)

Maar ik vind het ook wel heel goed dat je een gesprek met de vroedvrouw kunt hebben want die zijn wel iets menselijker in die dingen. De gynaecoloog is meer de “tjak tjak tjak” en “het is goed OK, vrouw is goed en hup”. [...] En die zijn wel menselijker op dat vlak. Die denken meer over hoe dat de vrouw dat meemaakt vind ik. Dus ik vind dat wel een goede combinatie van die twee. (29 jaar, G1P1)

De risicomijder kwam zoals de normvolger preconceptioneel en prenataal al in contact met de gynaecoloog. Hierdoor is de gynaecoloog vanaf het begin een gekende persoon waarin het vertrouwen wordt gelegd voor de begeleiding van de arbeid en de bevalling. Weinig vrouwen doen prenataal beroep op een vroedvrouw, waardoor de informatie soms eenzijdig is. Zo zijn niet alle gynaecologen voorstanders van bevallingen buiten het ziekenhuis, wat soms onzekerheid en angst teweeg kan brengen, zeker bij vrouwen die een thuisbevalling of bevalling in een geboortehuis hadden overwogen.

Mijn zus is ook bij een andere gynaecoloog geweest daar en die zei daar “ja ga je dat wel doen thuis bevallen” en die probeerde precies haar schrik op te jagen daarover terwijl dat in Nederland de normaalste zaak van de wereld is dat je thuis bevalt. [...] Ik denk dat er ook gewoon, ook door wat de gynaecologen soms zo zeggen, heel veel mensen veel schrik worden opgejaagd, terwijl dat dat niet nodig is. [...] (21 jaar G1P1)

Wat nog niet aan bod kwam bij de normvolgers, maar zeker een rol speelt bij de risicomijder is de eigen rol in de arbeid en de bevalling. De risicomijder beschouwt haar rol eerder als passief en volgzzaam, zeker bij een eerste kind. De zorgverleners in het ziekenhuis zijn de experts en waken over moeder en kind. Alle vertrouwen wordt in de zorgverleners gelegd. Dit type zal doen wat gedaan moet worden en actief luisteren naar de instructies die gegeven worden om het kind veilig ter wereld te brengen.

Op dat moment eigenlijk ben je niet echt, laat je u leiden vind ik. Je luistert naar de instructies van alle mensen en je zorgt dat je zo snel, alé zo goed mogelijk dat kindje eruit krijgt. (29, G1P1)

Ik denk bij mijn eerste bevalling meer van "ik ben hier braaf degene die hoort en luistert". En nu omdat ik geen problemen had, maar moesten er problemen ontstaan zijn, zou ik in mijn tweede bevalling wel meer... Ik heb daar mijn moederrol ook voornamelijk, ik voel mij veel steviger, zelf zekerder. Dus moesten er problemen zijn, zou ik daar ook wel mijn mond hebben opengedaan. Bij mijn eerste bevalling zou ik gewoon knikken en meedoen en mijn tweede zou ik wel even mijn input geven of mijn vragen stellen om een bewuste keuze te maken of bewust te begrijpen wat er echt gaande is. (33 jaar, G2P2)

Plaats

De keuze in zorgverlener speelt bij dit type zeker een rol, maar de plaats domineert opnieuw. Wat de risicomijder het meeste aanspreekt in het ziekenhuis is dat er allerlei voorzieningen zijn waardoor er sneller ingegrepen kan worden in het geval dat er een complicatie optreedt. Zo is er een pediater die kan ingrijpen indien de pasgeborene een moeilijke start heeft, een gynaecoloog die een spoedkeizersnede kan uitvoeren, een anesthesist die pijnstilling kan toedienen, etc. In het ziekenhuis worden ook de harttonen van het ongeboren kind bijna continu gemonitord, is allerlei medisch materiaal aanwezig en is iedereen slechts een belletje van de parturiënte verwijderd.

[...] ik heb eigenlijk gewoon voor mezelf de afweging gemaakt van wat vind ik op dit moment het belangrijkste en op dit moment is het belangrijkste de risico's tot een minimum herleiden en dan als er toch iets moest zijn dat ik dan toch direct in een goede omgeving zit. (27 jaar, G1P0)

De risicomijder heeft in eerste instantie misschien een thuisbevalling onder begeleiding van een vroedvrouw overwogen maar kiest toch om dit in het ziekenhuis te doen onder begeleiding van een gynaecoloog, zeker voor een eerste kind.

[...] Maar ja moest ik nu van mijn tweede kindje zwanger zijn en weten wat ik allemaal, wat mij te wachten staat, dan zou ik misschien eerder wel voor een vroedvrouw gekozen hebben en dan effectief ook echt thuis bevallen zijn. Omdat ik dan eigenlijk al weet van “OK zo voelt het, dat gebeurt er allemaal”. Maar nu is het zo een beetje in het ongewisse en dan denk ik van “ja dan heb ik toch liever een arts aan mijn zijde” en in een omgeving die dat optimaal benut kan worden voor als er iets moest mislopen. [...] Ik zou het niet echt schrik noemen maar gewoon een voorzichtigheid. (27 jaar, G1P0)

Omgeving

De meeste bevallingsverhalen die de ronde doen gaan over bevallingen in het ziekenhuis met een gynaecoloog, wat ook logisch is aangezien het de norm is. Iedereen doet het zo, dus gaat men ervan uit dat dit de veiligste keuze is zoals eerder werd beschreven bij de normvolgers.

Verhalen die de ronde doen worden vaak in geuren en kleuren verteld onder familie en vrienden. De verhalen gaan meestal over de pijn, de epidurale anesthesie, de interventies die moesten gebeuren en vooral de zaken die mis zijn gegaan. Bevallen wordt in de media ook vaak weergegeven als iets riskant en gecompliceerd. Sommige vrouwen kiezen dan bewust om zich hiervoor af te schermen. Desondanks creëert dit onzekerheid en angst voor allerlei mogelijke complicaties waardoor deze type sneller zal kiezen voor een ziekenhuisbevalling.

Ja, want je hoort vooral veel horrorverhalen van mensen die bevallen zijn. Ik hoor soms ook goede verhalen, maar dat is de minderheid. Meestal hoor je dingen zoals geknipt worden en genaaid worden en ja de prik in uw rug. Die vriendin van mij die bevallen is, haar zwangerschap [bedoelt bevalling] is eigenlijk de enige die enorm vlot is gegaan en raar maar waar toch heb ik een slecht beeld omdat ik heel veel van collega's en zo, tijdens lunch, zo van die, ja mensen delen graag van die horrorverhalen rond de bevalling. (27 jaar, G0P0)

De partner, familie en vrienden spelen ook een belangrijke rol in het beslissingsproces. Kiezen voor het alternatief kan vooral voor enige weerstand zorgen vanuit de omgeving, wat soms een grote invloed kan hebben op de uiteindelijke keuze. In meerdere interviews werd aangegeven dat eender welke keuze in zorgverlener voor de partner goed was, aangezien de vrouw degene is die uiteindelijk moet bevallen. Deze vrouwen hechtten echter veel waarde aan de mening van hun partner en wensten toch enige goedkeuring. Samen achter de keuze staan vonden de vrouwen toch belangrijk.

Ik denk dat mijn partner het ook gewoon normaal ziet van in een ziekenhuis te bevallen, maar ja als ik het anders zou willen, denk ik dat hij even goed het anders zou doen. (28 jaar, G1P0)

Misschien wel in het geboortehuis. Ik had zelf wel zoiets van "ja". Maar dat ik echt merkte aan mijn vriend van "die ziet dat hier echt niet zitten en die is zo...". Ik denk dat dat ook wel een grote factor is geweest dat ik naar het ziekenhuis ben gegaan. (27 jaar, G3P2)

Kennis en ervaring

Op vlak van kennis is de risicomijder beter geïnformeerd dan de normvolger. Deze type baseert zich niet puur op wat de omgeving zegt of wat de norm is. De risicomijder heeft meer kennis over de arbeid, de bevalling en vooral de potentiële complicaties die kunnen optreden. Logischerwijs is het ziekenhuis, aldus de risicomijder, de plaats waar op alle mogelijke complicaties spoedig ingespeeld kan worden. Het anders doen is riskant.

Het gaat mij eigenlijk vooral over het feit van als er iets... Ik heb al heel veel casussen gehoord waar dat er iets misgaat natuurlijk met dat kindje [...] [opm: respondent heeft familiale banden met een gynaecoloog] en ik zou het mezelf nooit vergeven moest ik op die moment voor mijn eigen gekozen hebben om thuis te bevallen en niet op tijd in het ziekenhuis ben als er iets mis is met dat kindje. Dus het gaat mij echt vooral om de veiligheid van het kindje. (29 jaar, G1 P1)

De risicomijder heeft een notie van hoe de arbeid en de bevalling zal verlopen en wat de keuzes zijn, maar gaat niet in detail op zoek naar informatie. Dit type laat het vooral op zich afkomen, want elke bevalling is namelijk onvoorspelbaar en uniek. Het kind staat op de eerste plaats en de situatie zal op het moment zelf geëvalueerd worden. Het niet weten wat te verwachten van de arbeid en de bevalling en de onzekerheid daarrond spelen een grote rol in het beslissingsproces, zeker voor een primigravida. Zelfs al heeft deze type misschien meer kennis over perinatale zorg of werd een thuisbevalling of bevalling in een geboortecentrum onder begeleiding van een vroedvrouw overwogen.

Want ja ik wist het niet zo goed, ja het is uw eerste. Dan heb je sowieso wat meer schrik, je weet niet wat er op u af gaat komen. (27 jaar, G3P2)

4.2.3 De normoverstijgers

Het derde type is de normoverstijger, oftewel de vrouw die kiest voor het alternatief. Zoals eerder beschreven, is het de norm om in het ziekenhuis te bevallen met een gynaecoloog. Dit type vrouw kiest echter om het anders te doen, namelijk met een vroedvrouw thuis, in een geboortehuis of in het ziekenhuis. Het natuurlijke aspect van de zwangerschap, de arbeid en de bevalling vinden zij belangrijk. Zo staat de aanpak van de vroedvrouw, het niet onnodig ingrijpen en een niet-medische setting, centraal. Dit type vrouw staat het meeste stil bij de bestaande keuzes in perinatale zorg en is over het algemeen goed geïnformeerd. De vrouwen in deze categorie worden soms ook stereotypisch beschreven als alternatief, pro-vroedvrouw en voorstander van een natuurlijke en holistische benadering.

Aanpak en zorgrelatie

In tegenstelling tot het eerste en het tweede type, is de keuze van de normoverstijger in zorgverlener meer uitgesproken. De keuze voor de vroedvrouw is voornamelijk een bewuste keuze in aanpak. De vroedvrouw begeleid namelijk het normaal fysiologisch proces; de zwangerschap, de arbeid, de bevalling en het postpartum. De gynaecoloog wordt ook als belangrijk beschouwd, maar vooral indien er complicaties optreden. Zolang dit niet het geval is, volstaat het dat er een vroedvrouw aanwezig is waarin men al het vertrouwen heeft.

De normoverstijger heeft in de meeste gevallen al prenataal een vroedvrouw geraadpleegd en zich door haar laten opvolgen gedurende de volledige zwangerschap. De consultaties met een vroedvrouw zijn opvallend langer dan met een gynaecoloog, waardoor er vooral meer tijd en ruimte is voor informatieverstrekking. Ook de zorgcontinuïteit die een vroedvrouw kan bieden, wordt belangrijk gevonden door deze type.

En die hebben dan ook, wat ik daar wel fijn aan vind is die hebben tijd. Bij ons is dat telkens een uur. Dus die nemen tijd om vragen te stellen, uitleg te geven over van alles, terwijl de gynaecoloog is altijd een kwartiertje en heeft telkens zo te weinig tijd precies. Dus dat is controle, alles is in orde en als je dan niet zelf heel snel komt van "ik heb een probleem met dit" dan sta je alweer op de gang voordat uw broek tegoei aan is. (26 jaar, G2P0)

*“Dat is een wereld van verschil hé. De gynaecoloog, dat is echt, die komt binnen en dat is echt tjak tjak tjak tjak hé en die is terug weg. Terwijl de vroedvrouw, ja, die heeft precies tijd, zou ik maar zeggen, om even een babbeltje met u te slaan, om u op u gemak te stellen, te zeggen van het gaat goed, je doet het goed, maakt niet uit, er is geen druk, doe maar rustig, ...”
(27 jaar, G3P2)*

De eigen rol wordt ook als zeer belangrijk beschouwd. De normoverstijger heeft meer vertrouwen in het eigen lichaam en wenst geen onnodige interventies te ondergaan. De aanpak van de vroedvrouw en de niet-medische setting ondersteunt dit principe.

Nee, ik heb zoiets van “mijn lichaam zegt wat ik moet doen”. En ze mogen mij buitenaf wel helpen en tips geven van hoe ik de pijn kan opvangen en zo, maar ze moeten zich niet heel de tijd gaan moeien met hoe dat ik effectief moet staan. Want ik voel het uiteindelijk het beste zelf. (27 jaar, G3P2)

Ja en vooral gewoon alles op mijn tempo doen en niet te hoeven luisteren naar wie dat mij bevalt [lacht]. (21 jaar, G2P2)

Plaats

Hoewel de keuze in zorgverlener, namelijk de vroedvrouw, prominent is, speelt de plaats voor sommigen ook een belangrijke rol. De normoverstijger verkiest voornamelijk een niet- tot laag-medische setting voor de arbeid en de bevalling. De vertrouwde thuisomgeving of een geboortehuis genieten hierin de voorkeur. Aangezien een vroedvrouw in Vlaanderen thuisbevallingen en bevallingen in geboortehuizen begeleidt, impliceert de keuze voor deze plaatsen ook een keuze voor de vroedvrouw.

*Het is zo puur het medische waardoor ik dan denk dat ik in een ziekenhuis, lijkt mij voor mij geen aangename omgeving om in te bevallen omdat ik niet op mijn gemak ben en niet weet wat er gebeurt en daar zoveel mensen rondlopen, dat is dan bevallen alleen en dan denk ik “oh en dan moet ik daarna nog blijven in een kamer die ik niet ken”. Dus lijkt mij dat, voor mij, aangenamer als ik gewoon thuis kan blijven en me daar allemaal niet te veel moet aantrekken van mensen en in een omgeving die ik ken.
(26 jaar, G2 P0)*

Thuis of in een andere huiselijke omgeving bevallen zoals een geboortecentrum wordt als prettig ervaren omwille van het gemak, de intimiteit en de keuzevrijheid. Het is niet alleen een vertrouwde omgeving, maar ook een plaats waar de parturiënte het meer voor het zeggen heeft. In het ziekenhuis is de parturiënte onderhevig aan het systeem, de tijdsplanning en de zorgverleners. Thuis kan de parturiënte kiezen wat ze van kleren wenst te dragen, of ze wilt eten, hoe ze haar weeën wilt opvangen, waar ze wilt bevallen, hoe ze wilt bevallen, etc.

[...] het heeft pijn gedaan, maar doordat het thuis in mijn eigen omgeving is kunnen gebeuren, dat vond ik wel veel fijner dan als ik in het ziekenhuis in een bed had gelegen. Ik kon alles op mijn eigen tempo doen en hoe ik het wou en waar ik het wou [lacht]. (21 jaar, G1P1)

De drukte van het ziekenhuis en het feit dat er daar zoveel verschillende en onbekende zorgverleners over de vloer komen, spreekt dit type niet aan. In het ziekenhuis hoort de arbeid en de bevalling ook op een bepaalde manier en binnen een bepaalde tijd te gebeuren, terwijl daar thuis of in een geboortehuis meer marge op is.

[opm: respondent spreekt over eerste bevalling in het ziekenhuis] Ze lieten mij redelijk met rust in het begin en na een tijdje kwamen ze toch systematisch mij controleren, de ontsluiting en wat is het allemaal. Toch pushen voor de vliezen te breken. Ik heb het toch nog een uur kunnen uitstellen, maar dan kwamen ze ze breken want het ging niet snel genoeg volgens hun. (27 jaar, G3P2)

De individuele keuze in zorgverleners is ook beperkt in het ziekenhuis aangezien men in ploegen werkt en het niet overal toegelaten is om beroep te doen op een zelfstandige vroedvrouw. Enkele geïnterviewden waren in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog en hadden ook beroep gedaan op een zelfstandige vroedvrouw. De aanpak van de zelfstandige vroedvrouw beschreven ze als zeer positief. De vroedvrouw was namelijk continu aanwezig en de begeleiding was intenser en persoonlijker. De rol van de zelfstandige vroedvrouw werd echter beperkt omwille van de ziekenhuis-setting waar de gynaecoloog de eindverantwoordelijkheid heeft. Voor enkelen was de mogelijkheid van anesthesie in het ziekenhuis ook verleidelijk, waardoor zij tijdens de arbeid kozen voor een epidurale verdoving ook al ging dit tegenin hun initiële geboorteplan.

Omgeving

In tegenstelling tot de eerste twee types, kent de normoverstijger in de meeste gevallen wel enkele vrouwen die met een vroedvrouw thuis of in een geboortehuis bevallen zijn. De verhalen die de ronde doen over thuisbevallingen zijn overwegend positief; er wordt minder ingegrepen, er wordt meer vrijheid gegeven, het is intiemer, etc. De verhalen over thuisbevallingen contrasteren met de verhalen over ziekenhuisbevallingen waar de klemtoon sterk ligt op het medische aspect en interventies. Deze verhalen roepen bij de andere types angst voor het onbekende en risicomijdend gedrag op, terwijl dit bij de normoverstijger eerder ziekenhuis-mijdend gedrag oproept. Deze type wenst juist niet in het ziekenhuis te bevallen om al die interventies te vermijden.

*Geen horrorverhalen maar zo van “knippen voor het sneller te laten gaan” en maar medicijnen toedienen om de weeën op te wekken verder en ik had zoiets van “nee dat wil ik echt niet”. Ze proberen soms het zo te timen dat het binnen de uren van de gynaecoloog valt ook, zo van “de gynaecoloog gaat straks naar huis, we zullen wat medicijnen bijgeven”. Dat moest voor mij echt niet!
(21 jaar, G1P1)*

De vrouw die het alternatief kiest, krijgt ongetwijfeld ook weerstand aangezien het niet de norm is. De keuze om in een thuisomgeving te bevallen met een vroedvrouw roept veel vragen op over de veiligheid ervan. De normoverstijger moet zich vaak verdedigen omwille van haar keuze en moet sterk in haar schoenen staan. Niet alleen vrienden en familie stellen zich daar soms vragen bij, maar ook de gynaecologen. Aangezien met een vroedvrouw bevallen niet de norm is, is het voor veel mensen ook onbekend. De omgeving weet meestal heel weinig over wat het inhoudt om niet in het ziekenhuis te bevallen, waardoor er veel onbegrip is.

Want dat merk ik nu dat als ik tegen mensen vertel dat ik thuis wil bevallen, denkt iedereen zo precies dat je ergens alleen in een grot gaat kruipen of zo, terwijl... (26 jaar, G2P0)

“Als je vertelt dat je zwanger bent, ik heb wel gemerkt naarmate dat ik zo bijna moest bevallen en ik zei van “ik ga met een vroedvrouw bevallen, dat de mensen zoiets hadden van “oooeh durf je dat wel, is dat wel veilig en...”. En dat vind ik ergens wel jammer dat ik me zo telkens bij wijze van spreken moest verdedigen. (27 jaar, G3P2)

Kennis en ervaring

De normoverstijger heeft globaal een ruimere kennis over de arbeid en de bevalling en over de rollen en bevoegdheden van de vroedvrouw en de gynaecoloog, ondanks dat deze informatie niet altijd meegedeeld wordt tijdens gynaecoloogbezoeken. Hierdoor maakt deze type een meer geïnformeerde keuze in vergelijking met de andere types. Deze vrouwen weten namelijk meer over de mogelijke alternatieven in tegenstelling tot de normvolgers en hebben soms meer ervaring dan de risicomijders.

*Ja, ik denk dat dat vooral begonnen is omdat ik een paar jaar geleden handwerk blogs en zo volgde en dat zijn meestal wat alternatievere mensen die dan ook vaak thuisbevallingen doen en dan hun natuurlijke bevallingsverhaal delen. En daar zo wat, terwijl ik zelf eigenlijk helemaal nog geen kinderen had of geen directe plannen voor kinderen. Zo wat daar in die informatie terecht ben gekomen denk ik en vaak linkte zij dan ook naar andere websites of zo van “waarom heb je deze keuze gemaakt” en ik vond dat wel interessant om te lezen omdat mij dat... Dat soort zaken hoor je niet vaak en meestal zo alleen de horrorverhalen en niet de positieve verhalen.
(26 jaar, G2P0)*

Ik heb altijd geweten dat thuis bevallen een optie is en niet zoiets voor per se hippie zweverige mensen want zo was mijn mama [die ook voor thuisbevalling had gekozen] zelf niet (26 jaar, G2P0)

Dit type heeft ook een duidelijk beeld over hoe ze de arbeid en de bevalling ziet gebeuren, al dan niet bepaalt in een geboorteplan. De keuze om prenataal opgevolgd te worden door een vroedvrouw heeft hier natuurlijk ook een invloed op, aangezien er veel informatie wordt gegeven over de arbeid en de bevalling gedurende de zwangerschap. Ook een mogelijke voorinteresse in de vroedkunde en de voorkeur voor een natuurlijke en holistische benadering van de gezondheid spelen een rol. Samen zal dit ervoor zorgen dat deze type een voorkeur heeft om het traject met een vroedvrouw te volgen, zolang er geen complicaties optreden. De normoverstijger is zich bewust dat het soms niet anders kan, maar wenst het medische aspect te vermijden indien mogelijk.

En ik wou ook gewoon alles natuurlijk hebben, ik wou niet platgespoten worden dat ik niet meer voelde, dat ze tegen mij moesten zeggen dat ik moest persen omdat ik het niet meer voelde. En geknipt worden en weet ik veel wat allemaal. Dat wou ik niet. (21 jaar, G1P1)

Ja als het mogelijk is natuurlijk, dat ze de mama met rust laten. Dat ze de mama zelf laten bepalen hoe dat ze wilt bevallen en hoe dat ze de weeën wilt opvangen. (27 jaar, G3P2)

Deze type kan voor een eerste bevalling gekozen hebben voor het ziekenhuis omwille van de veiligheid van een medische setting. De geanticiperde weerstand vanuit de omgeving en het afwijken van de norm kan hierbij ook een rol gespeeld hebben. De ervaring in het ziekenhuis kan anders verlopen zijn dan verwacht; er werd bijvoorbeeld meer ingegrepen dan gewenst of het eigen kunnen werd toen onderschat. De ervaring bij deze bevalling heeft echter meer vertrouwen gegeven in het eigen lichaam, het onbekende is eraf en men durft het voor een volgende bevalling anders te doen.

“Maar ja, achteraf gezien heb ik er toch een beetje spijt van. Niet spijt van dat ze mij slecht behandeld hebben of zo, maar gewoon ze hebben ja... Mij onbewust dingen gedwongen zoals: ik moest aan een monitor, ik kon er niet van af, ik kon me beperkt bewegen. Ik voelde me daar heel gevangen. En ook zo precies alsof ik zelf geen beslissingen meer kon nemen. Dat werd voor mij beslist.” (27 jaar, G3P2)

Dus ja bij een eerste is dat moeilijk vind ik. En de tweede weet je wat meer. Je weet ook wat uw lichaam tot in staat is. (35 jaar, G2P2)

5. DISCUSSIE

De doelstelling van deze masterproef was om de voorkeuren van vrouwen in Vlaanderen te exploreren met betrekking tot hun zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling en een antwoord te bieden op de vooropgestelde onderzoeksvragen, namelijk welke zorgverlener vrouwen in Vlaanderen verkiezen en waarom. Door middel van een systematische literatuurstudie werden op basis van internationale literatuur enkele aspecten geïdentificeerd die mogelijk een invloed kunnen hebben op de keuze in zorgverlener, maar verder onderzoek was nodig in Vlaanderen omwille van de grote variabiliteit in gezondheidszorgsystemen en perinatale zorgvoorzieningen. In het empirisch luik van deze masterproef werden vijftien vrouwen geïnterviewd over hun voorkeur in zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Drie types werden geïdentificeerd, namelijk de normvolgers, de risicomijders en de normoverstijgers. De drie types onderscheiden zich op vlak van de gewenste aanpak en zorgrelatie, de plaats waar ze wensen te bevallen, de (sociale) omgeving waarin ze zich bevinden en de heersende sociale normen en tot slot de eigen kennis en ervaring.

5.1 Medisch versus alternatief

De gynaecoloog is voor de meerderheid van de vrouwen een gekende zorgverlener waar men al een zorgrelatie en vertrouwensband mee heeft, terwijl de vroedvrouw vaak een onbekende is tot de arbeid en de bevalling (Christiaens & Bracke, 2009). Dit onderzoek bevestigt het belang van een bestaande zorgrelatie waar zowel de normvolgers als de risicomijders hun keuze op baseren. Daarnaast hechten zij ook belang aan de medische kennis en expertise en zullen zij zich in verdere beslissingen daarop baseren. In het onderzoek van Fairbrother et al. (2012) sprak men over een voorkeur voor specialistische zorg. Zo zal een normvolger en een risicomijder zich ook toevertrouwen aan de specialisten in het ziekenhuis en zich eerder onderdanig opstellen. Vrouwen die de rol van de zorgverlener als dominant beschouwen en die zichzelf eerder een passieve rol toe-eigenen verkiezen immers een gynaecoloog (Arcia, 2013). Een verklaring hiervoor kan zijn dat vrouwen die in het ziekenhuis bevallen in eerste instantie niet verwachten dat ze betrokken zullen worden bij de besluitvorming vanuit het idee dat de gynaecoloog het beter weet (Christiaens & Bracke, 2009).

Alle geïnterviewde vrouwen spraken over een voorkeur voor een “natuurlijke” arbeid en bevalling. Voor de ene betekende dit bevallen zonder een epidurale en voor de andere betekende dit bevallen in een niet-medische setting. De geïnterviewde vrouwen die een gynaecoloog verkozen en verkozen te bevallen in een medische setting, gaven echter sneller toe aan het idee dat medische interventie vereist is in het belang van het kind en hechtten veel waarde aan de medische opleiding van de gynaecoloog. Deze bevindingen komen overeen met de literatuur waaruit blijkt dat vrouwen die een gynaecoloog verkiezen zich zowel in alternatieve als conventionele geboortefilosofieën kunnen vinden, terwijl vrouwen die een vroedvrouw verkiezen zich sterker in alternatieve geboortefilosofieën kunnen vinden (Galotti et al., 2000; Howell-White, 1997; Wilson & Sirois, 2010). De normoverstijger verkiest weloverwogen de vroedvrouw als zorgverlener omwille van de zorgcontinuïteit en de aanpak die vertrekt van het normaal fysiologisch proces. Zo wenst de normoverstijger dat er niet standaard of onnodig ingegrepen wordt en wenst zij actief betrokken te worden in het gehele proces. Dit sluit aan bij de collaboratieve en egalitaire zorgrelatie die vrouwen, met een voorkeur voor de vroedvrouw, wensen (Arcia, 2013; Wilson & Sirois, 2010).

5.2 Het belang van de setting

Zowel de normvolgers, de risicomijders als de normoverstijgers hechten veel belang aan de plaats waar ze wensen te bevallen. Sterker gezegd, lijkt de keuze in zorgverlener zelfs van secundair belang te zijn ten opzichte van de keuze in plaats, waardoor men zich vragen kan stellen bij het belang van de vooropgestelde onderzoeksvraag. In Vlaanderen zullen vrouwen die thuis of in een geboortehuis wensen te bevallen namelijk standaard onder verantwoordelijkheid van een vroedvrouw bevallen en zullen vrouwen die in het ziekenhuis wensen te bevallen bijna altijd onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog bevallen.

Alle geïnterviewde vrouwen hechtten vooral waarde aan de zorgrelatie en vertrouwensband met hun verkozen zorgverlener enerzijds en de medische of niet-medische setting anderzijds. Onder een medische setting werd verstaan: een setting waar medisch apparatuur en een multidisciplinair team aanwezig is om in te grijpen. Op enkele vrouwen na, leek de specifieke keuze voor een vroedvrouw of een gynaecoloog dus van minder belang te zijn.

De normvolgers en de risicomijders verkiezen een medische setting, terwijl de normoverstijgers een niet- tot laag-medische setting verkiezen. Voor de normvolgers is het logisch om in het ziekenhuis te bevallen onder begeleiding van een gynaecoloog, aangezien de grote meerderheid het ook zo doet. Daarbij beschouwen de risicomijders het ziekenhuis als de beste en veiligste plaats om te bevallen omdat risico's daar tot een minimum herleid kunnen worden en een multidisciplinair team meteen kan ingrijpen indien er complicaties optreden. Medicalisering van de arbeid en de bevalling enerzijds en angst voor de bevalling anderzijds zullen hier zeker een belangrijke rol in spelen (Benyamini et al., 2017; Zar et al, 2001). De geïnterviewde vrouwen benoemden dit echter zelf niet als angst, maar uit hun antwoord bleek een zekere bezorgdheid aangaande mogelijke complicaties. Dit was opvallend minder bij de geïnterviewde vrouwen die een voorkeur hadden voor de vroedvrouw, wat ook overeenkomt met de bestudeerde literatuur (Christiaens, Van De Velde & Bracke, 2011; Stoll, Fairbrother & Thordarson, 2018).

De normoverstijgers voelen zich juist minder op hun gemak in een medische setting waar standaard ingrijpen onvermijdelijk is en men steeds met verschillende zorgverleners geconfronteerd wordt. Bevallen in het ziekenhuis laat namelijk ook minder keuzevrijheid en zorgcontinuïteit toe omwille van de modale organisatie van een Vlaams ziekenhuis waarin de meeste zorgverleners in ploegen werken en de gynaecoloog meestal de eindverantwoordelijkheid draagt en de bevalling uitvoert (Christiaens et al., 2013; Mead et al., 2007; Van Kelst et al., 2013). Zo heeft de normoverstijger een sterkere voorkeur om te bevallen in een huiselijke en vertrouwde omgeving, zonder onnodige medische interventies en meer persoonlijke controle, wat ook aansluit bij de bestudeerde literatuur (Boucher et al., 2009; Fawsitt et al., 2017; Parry, 2008).

5.3 Het onbekende en angst als drijfveer

De normvolgers en de risicomijders doen wat de meerderheid van de vrouwelijke bevolking in Vlaanderen doet; in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog. De meerderheid van de verhalen verspreid door familie en vrienden gaan namelijk over ziekenhuisbevallingen met een gynaecoloog, waardoor de vroedvrouw als (primaire) zorgverlener en bevallen buiten het ziekenhuis voor de meeste vrouwen ongekend is. De geïnterviewde vrouwen spraken bovendien over vroedvrouwen en thuis bevallen als alternatieve praktijken waar een kleine minderheid beroep op doet.

De omgeving heeft ook een versterkende invloed op de voorkeur in zorgverlener en het beeld dat zowel de normvolger als de risicomijder van de arbeid en de bevalling heeft aangezien vrienden, familie en de media vooral spreken over de meest sensationele bevallingsverhalen. Daarbij is de toename in het aantal interventies beschreven door Devlieger et al. (2018) verontrustend en bevestigt dit het medisch beeld dat vrouwen hebben over de arbeid en de bevalling. Aangezien medical-led care, zoals beschreven door Sandall et al. (2016), in Vlaanderen de norm is, kan de keuze voor het alternatief bovendien voor veel weerstand zorgen, waardoor de risicomijder uiteindelijk kiest voor de medische expertise beschikbaar in het ziekenhuis.

De normoverstijgers reageren anders en met een zeker wantrouwen voor al wat medisch is. Zowel uit de interviews als uit de bestudeerde literatuur bleek dat een negatieve ervaring of angst voor interventies aan de basis liggen van de keuze voor een vroedvrouw en een thuisbevalling (Boucher et al., 2009; Stoll et al., 2018). Uit de interviews bleek ook dat vrouwen met een duidelijke voorkeur voor de vroedvrouw reeds blootgesteld werden aan verhalen over thuisbevallingen en hierdoor prenataal al een notie hadden van de vroedvrouw als zorgverlener.

5.4. De invloed van kennis op de “keuze” in zorgverlener

Op vlak van algemene kennis met betrekking tot de arbeid, de bevalling en de desbetreffende zorgverleners steken de normoverstijgers er ruimschoots uit, waardoor dit type een beter geïnformeerde keuze lijkt te maken dan de normvolgers en de risicomijders. De normoverstijgers zijn daarnaast beter op de hoogte over de mogelijke alternatieven, terwijl de focus bij de normvolgers en de risicomijders eerder beperkt is tot de praktische aspecten van het bevallen zoals met of zonder epidurale verdoving en thuis of in het ziekenhuis. Onderzoek bevestigt immers dat vrouwen beter op de hoogte zijn over thuisbevallingen dan over midwife-led care (Soltani, Fair & Duxbury, 2014). De geïnterviewde vrouwen die nog nooit bevallen waren hadden opvallend weinig kennis over de arbeid, de bevalling en de desbetreffende zorgverleners. Zij vielen allen dan ook onder het eerste type, namelijk de normvolgers, die de gynaecoloog verkiezen. Dit komt overeen met de bestudeerde literatuur waaruit blijkt dat medical-led care, wat de norm in Vlaanderen is, en ervaringen een invloed hebben op de voorkeuren, de kennis en de visie met betrekking tot wie de centrale zorgverlener is (Vermeulen et al., 2016).

Hoe vrouwen beslissingen nemen en keuzes maken kan geplaatst worden op een continuüm van “acceptor” tot “actieve kiezer” (Pitchforth et al., 2009). Zo bevinden de normvolgers zich respectievelijk aan de ene kant en de normoverstijgers aan de andere kant van het continuüm op vlak van keuze in zorgverlener. Uit de interviews bleek dat de vrouwen die in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog waren bevallen, zelf niet noodzakelijk stilgestaan hadden bij een keuze in zorgverlener omdat dit preconceptioneel en prenataal niet aan bod kwam bij de gynaecoloog. Onderzoek bevestigt immers dat de doorsnee koppel in Vlaanderen niet bewust is van het bestaan van vroedvrouwpraktijken of de mogelijkheid om pre- en postnataal beroep te doen op een vroedvrouw (Christiaens et al., 2013). De informatie die verstrekt wordt om een geïnformeerde beslissing te maken, schiet in dit geval tekort, vermits weinig tot geen informatie wordt gegeven over de mogelijke alternatieven. Aangezien de initiële presentatie en ondersteuning van keuzes door zorgverleners belangrijk is en een invloed kan hebben op de perceptie van vrouwen over de rol van de vroedvrouw, kan dit een belangrijke reden zijn voor de afwezigheid van kennis en keuzes met betrekking tot perinatale zorg (Cooper & Lavender, 2013; Pitchforth et al., 2009). Dit gaat tegenin de richtlijnen van de World Health Organization (WHO) waarin aanbevolen wordt dat gezondheidszorgsystemen vrouwen moeten empoweren om toegang te krijgen tot de zorg die ze willen en nodig hebben en er een basisfundering gelegd moet worden voor woman-centered care. Hoewel woman-centered care niet wordt gedefinieerd, benadrukt de WHO echter het belang hiervan voor een positieve geboorte-ervaring en dit als significant uitgangspunt voor alle bevallende vrouwen. De WHO benadrukt ook het belang van de zorgervaring in het garanderen van hoogkwalitatieve zorg tijdens de arbeid en de bevalling enerzijds en het verbeteren van de uitkomsten anderzijds. Een zorgverlener naar keuze wordt bovendien ook aanbevolen voor alle vrouwen doorheen de arbeid en de bevalling (World Health Organization, 2018). Aangezien er niet altijd een bewuste keuze in zorgverlener wordt gemaakt voor de arbeid en de bevalling en er prenataal ook geen echte keuze aangeboden wordt, schiet het gezondheidszorgsysteem hierin enigszins tekort.

6. STERKTES EN BEPERKINGEN

Dit onderzoek biedt een inzicht in de voorkeuren van vrouwen in Vlaanderen met betrekking tot hun zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Het onderzoek is uniek aangezien er, voor zover ons bekend, nog niet eerder onderzocht werd waarom vrouwen in Vlaanderen een vroedvrouw of gynaecoloog verkiezen. Het is echter belangrijk om de beperkingen van het onderzoek in acht te nemen aangezien de interpretatie van kwalitatieve data onderhevig is aan oordeel.

Om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen werd een interviewleidraad gehanteerd om de interviews te faciliteren en gestructureerd te laten verlopen. Dit was echter een iteratief proces waarbij tussentijdse analyses latere interviews stuurden en kleine nuances werden gemaakt doorheen de interviews. De kennis van de geïnterviewde vrouwen rond de arbeid en de bevalling werd initieel ook overschat waardoor de eerste interviews anders verliepen dan de daaropvolgende interviews.

Voor dit onderzoek werd een steekproefgrootte van vijftien deelnemers vooropgesteld waardoor de representativiteit van de steekproef in vraag gesteld kan worden. De beschikbaarheid van tijd en middelen was in eerste instantie beperkt omwille van het opzet van dit onderzoek wat zich kadert binnen een masterproef. Desondanks werd toch gestreefd naar datasaturatie door individuen te vinden die verschillend waren van de reeds geïnterviewde deelnemers op vlak van ervaring en pariteit.

De deelnemers werden gerekruteerd aan de hand van een doelgerichte steekproef wat onderhevig is aan de expertise van de onderzoeker en bijgevolg subjectief is (Polit & Beck, 2012). Met een vooropleiding in de vroedkunde had de onderzoeker echter ervaring opgedaan als vroedvrouw en derhalve enig inzicht in de doelpopulatie. Daarbij werd bijkomende literatuur bestudeerd en werden experts en professionelen aangesproken om dit inzicht te verhogen.

Een belangrijke factor die kan leiden tot vertekening van de resultaten, is de onderzoeker zelf. Zo heeft de onderzoeker, als vroedvrouw en sterke voorstander van midwife-led care, misschien onbewust invloed uitgeoefend op de deelnemers tijdens de interviews. Daarbij werden de deelnemers vooral gerekruteerd uit de sociale kring van de onderzoeker. Zo had de onderzoeker met negen van de vijftien vrouwen een persoonlijke relatie.

Initieel werd verwacht dat rekrutering van deelnemers uit de sociale kring een vertekening van de resultaten zou geven en dat sociaal wenselijke antwoorden gegeven zouden worden. Zo werd een ruimere kennis van deze deelnemers verwacht met betrekking tot de arbeid, de bevalling en de competenties van de vroedvrouw enerzijds en een sterkere voorkeur voor de vroedvrouw als zorgverlener anderzijds. Dit bleek echter niet het geval. De persoonlijke relatie met de deelnemers kan de vlotheid van het interview echter bevorderd hebben waardoor deelnemers zich vrijer voelden om over hun ervaringen te vertellen, wat met een onbekende onderzoeker mogelijks minder zou zijn geweest.

Een oproep werd via sociale media verspreid die uiteindelijk terecht kwam op pagina's van verscheidene vroedvrouwpraktijken. Het gebruik van sociale media om participanten te rekruteren kan in vraag gesteld worden. Deze keuze kan echter verantwoord worden aangezien gemiddeld 90% van de Vlamingen met de leeftijd van 15 tot 39 jaar sociale media gebruikt en Facebook het meest gebruikte sociale medium is (Vanhaelewyn & De Marez, 2017). Daarbovenop zijn moeders van jonge kinderen, de gewenste onderzoeksgroep, ook het meest actief op sociale media (Burgess, Kimble, Watt & Cameron, 2017).

De deelnemers kregen de keuze om op locatie of via *Skype/FaceTime/Messenger* geïnterviewd te worden. Meer dan de helft van de interviews werd online afgenomen omwille van de geringe beschikbaarheid van tijd en middelen. Daarbij hadden veel deelnemers jonge kinderen en gaven enkelen ook borstvoeding waardoor interviews op afstand logistiek gemakkelijker georganiseerd konden worden. Dit liet toe dat zowel de onderzoeker als de deelnemers niet onnodig moesten reizen en het interview voor beide partijen in een vertrouwde omgeving kon plaatsvinden. Een nadeel van het gebruik van *Skype/FaceTime/Messenger* is dat technische problemen kunnen zorgen voor een abrupte onderbreking van het interview en dat er een afstand gecreëerd wordt door een scherm (Lo Iacono, Symonds & Brown, 2016). Bij twee van de negen interviews werd het interview onderbroken omwille van een slechte verbinding, dit vormde echter geen probleem bij het hervatten van het interview. Op één interview na, werden alle interviews bovendien afgenomen met audio en beeld. Hierdoor kon ook in beperkte mate ingespeeld worden op non-verbale communicatie, hoewel dit beperkt was tot het gezicht.

Vier interviews werden afgenomen bij vrouwen die tijdens het interview borstvoeding of flesvoeding gaven. Zo werden enkele interviews onderbroken door huilende zuigelingen en werd het interview vervat tijdens of na het voeden. Tijdens twee interviews werd de partner ook gehoord op de achtergrond. De aanwezigheid van de partner kan een invloed hebben gehad op de antwoorden van deze vrouwen. Aangezien interviews beter plaatsvinden in een rustige omgeving zonder afleidingen (Byrne, 2001), kunnen deze variabelen een storende invloed hebben gehad op de resultaten.

7. TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Midwife-led continuity models of care hebben in eerdere onderzoeken talrijke voordelen en een vergelijkbare veiligheid ten opzichte van andere modellen van zorg bewezen (Sandall et al., 2016). Daarbovenop werd in het Verenigd Koninkrijk een kostenbesparend effect aangetoond van midwife-led care voor intrapartale zorg bij vrouwen met een laag risico op complicaties (Devane et al., 2010; Ryan et al., 2013; Sandall et al., 2016, Schroeder et al., 2012). Aangezien besparingen in de gezondheidszorg nodig en onvermijdelijk zijn, kan het interessant zijn om de kosteneffectiviteit van midwife-led care in Vlaanderen te onderzoeken.

In Vlaanderen is de vroedvrouw als zorgverlener voor velen een onbekende en heeft de gynaecoloog een centrale rol in de arbeid en de bevalling, ondanks de opleiding en de wettelijke bevoegdheden van de vroedvrouw enerzijds en de bewezen voordelen van midwife-led care anderzijds. Verder onderzoek naar de structurele barrières van het midwife-led care model is bijgevolg nodig. Daarbij zou het interessant zijn om een dieper inzicht te krijgen in hoe ontvankelijk niet alleen vrouwen, maar ook ziekenhuizen in Vlaanderen zijn voor het midwife-led care model. Hoewel midwife-led care en medical-led care in dit onderzoek als twee uiteenlopende en strijdige zorgmodellen besproken werden, zouden combinaties van deze modellen ook geëxploreerd moeten worden met een focus op geïntegreerde zorg en continuïteit.

In het huidig onderzoek werd een indruk gegeven van wat vrouwen belangrijk vinden en wat hun verwachtingen zijn naar hun zorgverlener toe tijdens de arbeid en de bevalling, namelijk veilige zorg, op een plaats waar men zich goed voelt (al dan niet in een medische setting) met een zorgverlener die men al kent en/of waar men zich goed bij voelt. De WHO onderkent immers een positieve geboorte-ervaring als significant uitgangspunt voor alle bevallende vrouwen (World Health Organization, 2018). In kader van het verlenen van kwalitatieve zorg kan het bijgevolg interessant zijn om te onderzoeken wat vrouwen wensen en in welke mate de intrapartale zorg verbeterd kan worden.

8. CONCLUSIE

Deze masterproef had als doelstelling om de voorkeuren van vrouwen in Vlaanderen te exploreren met betrekking tot hun zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Uit vijftien interviews werden drie types vrouwen geïdentificeerd, namelijk de normvolgers, de risicomijders en de normoverstijgers. Deze drie types vrouwen onderscheiden zich op vlak van de gewenste aanpak en zorgrelatie, de plaats waar ze wensen te bevallen, de (sociale) omgeving waarin ze zich bevinden en de heersende sociale normen en tot slot de eigen kennis en ervaring.

Hoewel de normvolgers en de risicomijders de gynaecoloog lijken te verkiezen en de normoverstijgers de vroedvrouw lijken te verkiezen, moet deze keuze echter genuanceerd worden. Zo laten de normvolgers zich voornamelijk beïnvloeden door hun omgeving en de heersende sociale normen. Dit type kiest voor het bekende en staat niet noodzakelijk stil bij een bestaande keuze. De risicomijders verkiezen ook om in het ziekenhuis te bevallen met een gynaecoloog, maar niet zozeer omdat het de norm is. Dit type hecht vooral belang aan de setting, namelijk het ziekenhuis, waar medisch apparatuur en een multidisciplinair team aanwezig is waardoor er onmiddellijk ingegrepen kan worden in het geval dat er iets misgaat. Daarbij wordt veel waarde gehecht aan de expertise van de gynaecoloog en wordt het ziekenhuis beschouwd als de veiligste plaats om te bevallen. De normoverstijgers denken hier echter anders over en kiezen weloverwogen voor het alternatief. Dit type is goed ingelicht over de keuzemogelijkheden en wenst actief betrokken te worden in het gehele proces. Het natuurlijke aspect van de arbeid en de bevalling staat voornamelijk centraal, waardoor de aanpak van de vroedvrouw en een niet-medische setting de voorkeur geniet.

Uit deze masterproef kan geconcludeerd worden dat de keuze in zorgverlener niet noodzakelijk een weloverwogen keuze is en dat veel vrouwen neigen naar wat ze al kennen en wat de norm is, namelijk in het ziekenhuis bevallen met een gynaecoloog. De risico-averse aanpak en medicalisering van de arbeid en de bevalling spelen hier geen onbelangrijke rol in. Daarbij wordt ook veel waarde gehecht aan de setting zoals de veiligheid van het ziekenhuis enerzijds of net het niet-medische van een huiselijke setting anderzijds waardoor de keuze in zorgverlener soms van secundair belang is.

Hoewel de kennis en de expertise van de gynaecoloog voor veel vrouwen belangrijk is, speelt de bestaande zorgrelatie en vertrouwensband ook een belangrijke rol, wat men vaak nog niet heeft met een vroedvrouw tot de arbeid en de bevalling. Zo blijft de vroedvrouw voor velen een onbekende. Enkelen gaan echter actief op zoek naar informatie en kiezen voor het alternatief, maar dit blijft een kleine minderheid gezien de huidige organisatie van de perinatale zorg en het kennistekort omtrent de bevoegdheden van de vroedvrouw.

Hoewel vrouwen niet ontevreden lijken te zijn over de organisatie van de perinatale zorg in Vlaanderen, toont onderzoek talrijke voordelen van midwife-led care waardoor de integratie hiervan niet alleen de kwaliteit van zorg ten goede zou kunnen komen maar ook een mogelijks kostenbesparend effect kunnen betekenen.

Tot slot onderkent de WHO een positieve geboorte-ervaring als significant uitgangspunt voor alle bevallende vrouwen waarbij een vrouw wordt bijgestaan door een zorgverlener naar keuze doorheen de arbeid en de bevalling (World Health Organisation, 2018). Aangezien veel vrouwen zich niet altijd bewust zijn van een keuze in zorgverlener en ook niet altijd een keuze aangeboden krijgen in de standaard prenatale zorg, zouden interventies genomen moeten worden om vrouwen hiervan bewust te maken en correct te informeren. Daarbij is het belangrijk dat vrouwen preconceptie en prenataal geïnformeerd worden over de alternatieven en dat vrouwen vroeger in contact komen met de vroedvrouw om een zorgrelatie enerzijds en continuïteit van zorg anderzijds tot stand te brengen.

LITERATUURLIJST

- Arcia, A. (2013). US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery*, 29, 885-894.
- Benyamini, Y., Molcho, M.L., Dan, U., Gozlan, M., & Preis, H. (2017). Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 30(5), 424-430.
- Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., Torloni, M.R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*, 11(2), e0148343.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., Moller, A.B., et al. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*, 392, 1341-1348.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54, 119-126.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Burgess, J.D., Kimble, R.M., Watt, K., & Cameron, C.M. (2017). The adoption of social media to recruit participants for the cool runnings randomized controlled trial in Australia. *JMIR Research Protocols*, 6(10), e200.
- Byrne, M. (2001). Interviewing as a data collection method. *AORN Journal*, 74, 233-235.
- Cooper, T., & Lavender, D.T. (2013). Women's perceptions of a midwife's role: an initial investigation. *British Journal of Midwifery*, 21(4), 246-272.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25, e11-e19.
- Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M., & de Vries, R. (2013). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29, e1-e8.

- Christiaens, W., Van De Velde, S., & Bracke, P. (2011). Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women Health, 51*(3), 220-239.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. London: Sage.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Quality Checklist*. Opgehaald 12 augustus, 2018, van <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Devane, D., Brennan, M., Begley, C., Clarke, M., Walsh, D., Sandall, J., et al. (2010). *A Systematic Review, Meta-Analysis, Meta-Synthesis and Economic Analysis of Midwife- Led Models of Care*. London: Royal College of Midwives.
- Devlieger, R., Martens, E., Martens, G., Van Mol, C., & Cammu, H. (2018). *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2017*. Brussel: SPE.
- De Vries, R., Benoit, C., Van Teijlingen, E., & Wrede, S. (2001). *Birth by design: pregnancy, maternity care and midwifery in North America and Northern Europe*. New York: Routledge.
- Fairbrother, N., Stoll, K., Schummers, L., & Carty, E. (2012). Obstetrician, family physician, or midwife: preferences of the next generation of maternity care consumers. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, 11*(2), 8-15.
- Fawsitt, C.G., Bourke, J., Lutomski, J.E., Meaney, S., McElroy, B, Murphy, R., & Greene, R.A. (2017). What women want: exploring pregnant women's preferences for alternative models of care. *Health Policy, 121*, 66-74.
- Galotti K.M., Pierce B., Reimer R.L., & Luckner A.E. (2000). Midwife or doctor: a study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health, 45*(4), 320-329.
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., & Mårtensson, L.B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery, 28*(3), 380-390.
- Hammer, R.P., & Burton-Jeangros, C. (2013). Tensions around risk in pregnancy: a typology of women's experiences of surveillance medicine. *Social Science & Medicine, 93*, 55-63.

- Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. (2002). Appraising the evidence: Reviewing disparate data systematically. *Qualitative health research*, 12(9), 1284-1299.
- Holten, L. & de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*, 38, 55-62.
- Howell-White, S. (1997). Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition. *Social Science & Medicine* 45(6), 925-936.
- Jacquemyn, Y., Foulon, W., Hanssens, M., & Temmerman, M. (2011). *Handboek verloskunde*. Leuven: Acco.
- Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324, 892-895.
- Koninklijk besluit van 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw. *Belgisch Staatsblad*, 6 april 1991.
- Lo Iacono, V., Symonds, P., & Brown, D.H.K. (2016). Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews. *Sociological Research Online*, 21(2).
- Lothian, J.A. (2001). Back to the future: trusting birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 15(3), 13-22.
- MacDorman, M.F., & Declercq, E. (2016). Trends and characteristics of United States out-of-hospital births 2004–2014: new information on risk status and access to care. *Birth*, 43(2), 116-124.
- Mead, M., Bogaerts, A., & Reyns, M. (2007). Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour, in The Flanders, Belgium. *Midwifery*, 23, 361-371.
- Moher, D. Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine* 6(7).
- Morgan L. (2015). Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Revue Canadienne de la recherche et de la pratique sage-femme*, 15(1), 8-15.

- Parry, D.C. (2008). "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 784-806.
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative Research and evaluation methods: integrating theory and practice*. Los Angeles: Sage.
- Perined. (2018). *Perinatale Zorg in Nederland 2016*. Utrecht: Perined.
- Pitchforth, E., van Teijlingen, E., Watson, V., Tucker, J., Kiger, A., Ireland, J., et al. (2009). "Choice" and place of delivery: a qualitative study of women in remote and rural Scotland. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 42-48.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ryan, P., Revill, P., Devane, D., & Normand, C. (2013). An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, 29(4), 368-376.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(4).
- Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., & Brocklehurst, P. (2012). Cost-effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*, 344, e2292.
- Soltani, H., Fair, F., & Duxbury, A. (2014). Exploring health professionals' and women's awareness of models of maternity care evidence. *British Journal of Midwifery*, 23(1), 22-31.
- Stoll, K., Fairbrother, N., & Thordarson, D.S. (2018). Childbirth fear: relation to birth and care provider preferences. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(1), 58-67.
- Thomas, T., & Harden, A. (2008). Methods for thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45.

- Vanhaelewyn, B., & De Marez, L. (2017). *IMEC Digimeter 2017: measuring digital media trends in Flanders*. Opgehaald 13 oktober, 2018, van <https://www.imec-int.com/digimeter>
- Van Kelst, L., Spitz, B., Sermeus, W., & Thomson, A.M. (2013). A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery*, 29(1), 9-17.
- Vermeulen, J., Swinnen, E., D'haenens, F., Buyl, R., & Beeckman, K. (2016). Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study. *Midwifery*, 40, 177-186.
- Wilson, K.L., & Sirois, F.M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83.
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 75-81.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Kwaliteitsbeoordeling – Hawker et al. (2002)

Bijlage 2: Flow Diagram van het selectieproces

Bijlage 3: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek

Bijlage 4: Informatiebrief deelnemers

Bijlage 5: Vragenlijst deelnemers

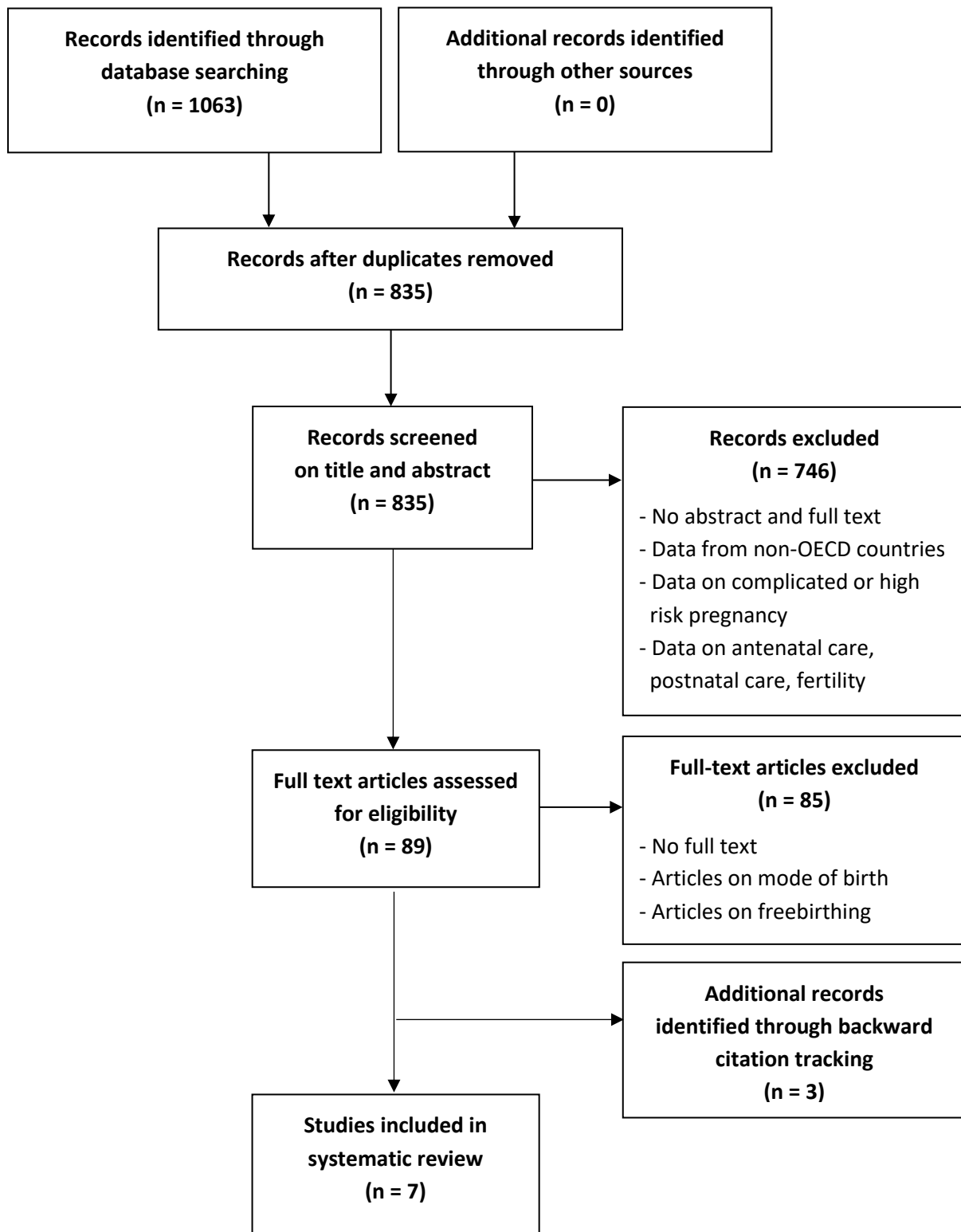
Bijlage 6: Instemmingsformulier deelnemers

Bijlage 7: Interviewleidraad

Bijlage 1: Kwaliteitsbeoordeling – Hawker et al. (2002)

	Arcia (2013)	Fairbrother et al. (2012)	Fawsitt et al. (2017)	Galotti et al. (2000)	Howell-White (1997)	Parry et al. (2008)	Wilson et al. (2010)
1. Abstract and title							
Did they provide a clear description of the study?	4	4	4	2	4	2	4
2. Introduction and aims							
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4	3	4	4	4	4	4
3. Method and data							
Is the method appropriate and clearly explained?	4	4	4	4	4	3	4
4. Sampling							
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4	2	3	3	4	3	4
5. Data analysis							
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4	3	4	1	3	3	4
6. Ethics and bias							
Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	4	2	2	2	1	1	3
7. Findings/results							
Is there a clear statement of the findings?	4	4	4	3	4	4	3
8. Transferability/generalizability							
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4	2	3	3	4	3	4
9. Implications and usefulness							
How important are these findings to policy and practice?	4	3	3	4	4	3	3
TOTALSCORE	36	27	31	26	32	26	33

Bijlage 2: Flow Diagram van het selectieproces



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Bijlage 3: Goedkeuring Commissie voor Medische Ethiek

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

REVAKI
Polikliniekgebouw 5 - 1ste Verdieping
De heer Wim PEERSMAN
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE
ETHIEK
Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2018/0025	29-jan-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Perinatale zorg: Een exploratieve studie naar de voorkeuren van vrouwen in Vlaanderen - Scriptie Britney Cardott

Belgisch Registratienummer: B670201834849

- * Begeleidende brief dd. 27/12/2017
- * CV : Britney Cardott
- * Antwoord onderzoekers : dd. 20/01/2018 (ontv. 25/01/2018) op opmerkingen EC dd. 19/01/2018
- * Adviesaanvraagformulier dd. 20/01/2018 : (versie 3)
- * (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 20/01/2018
+ vragenlijst (versie 3)
- * Diverse dd. 20/01/2018 : Interviewleidraad voor semi-gestructureerde interviews (versie 2)

Advies werd gevraagd door:
De heer W. PEERSMAN ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/01/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR
25/01/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimtra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/01/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/01/2019, THIS
ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

Before initiating the study, please contact Bimtra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/02/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/02/2018**

- ° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- ° *Het Ethisch Comité beklemtont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- ° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- ° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- ° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- ° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- ° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- ° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- ° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- ° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- ° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- ° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee


Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimtra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
De heer W. PEERSMAN - UZ Gent - REVAKI



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 4: Informatiebrief deelnemers

Beste deelnemer,

In kader van de opleiding Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg aan de UGent wordt een onderzoek gevoerd naar de voorkeuren van vrouwen in zorgverlener voor de begeleiding tijdens een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Dit onderzoek vindt plaats onder supervisie van dr. Wim Peersman (Senior Researcher bij de Vakgroep Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie, UGent en het Hoger Instituut voor de Gezinswetenschappen, Odisee Hogeschool) en dhr. Joeri Vermeulen (opleidingshoofd vroedkunde, Erasmushogeschool Brussel).

Tot op heden is relatief weinig onderzoek gedaan naar de perinatale voorkeuren van vrouwen, specifiek de keuze in zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Deze studie tracht door middel van interviews inzicht te krijgen in de factoren die een invloed hebben op de keuze in zorgverlener voor een ongecompliceerde arbeid en bevalling. Deze kennis zal toelaten dat het gezondheidsbeleid en de opleidingen gezondheidszorg beter kunnen rekening houden met de voorkeuren van de vrouwen. Uw deelname vereist het invullen van een korte vragenlijst gevolgd door een interview van maximum 60 min. Het interview zal opgenomen worden. Na transcriptie wordt de opname verwijderd. De vragenlijst en het interview zullen enkel gebruikt worden in kader van het onderzoek.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens de studie worden geanonimiseerd. Uw anonimiteit wordt gegarandeerd conform de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002. Uw deelname is ook geheel vrijwillig. U kunt op elk moment weigeren om deel te nemen aan het onderzoek zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is zeer laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Door het bijgevoegd toestemmingsformulier te ondertekenen, geeft u toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek. Mocht u aanvullende informatie wensen over de studie kan u per mail contact opnemen via onderstaande contactgegevens.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om bijgesloten vragenlijst en toestemmings- formulier ingevuld mee te nemen naar het interview.

Uw deelname wordt enorm op prijs gesteld, alvast hartelijk bedankt!

Britney Cardott (britney.cardott@ugent.be)

Bijlage 5: Vragenlijst deelnemers

Naam en voornaam:

Geboortjaar:

Wat is uw hoogst behaalde diploma?

.....

Wat is uw job functie?

.....

Heeft u kinderen?

- Ja
- Neen

Zo ja...

Aantal zwangerschappen:

Aantal bevallingen:

Aantal kinderen:

Zo neen...

Bent u al eens zwanger geweest?

- Ja
- Neen

Heeft u een kinderwens?

- Ja
- Neen

Bijlage 6: Instemmingsformulier deelnemers

Ik (naam) verklaar hierbij dat ik het informatieformulier en toestemmingsformulier heb gelezen en op een voor mij begrijpelijke wijze schriftelijk en mondeling ben ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengt en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

Ik ben er mij van bewust dat ik mij op elk moment kan terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Gelezen en goedgekeurd

Handtekening deelnemer

Datum

Bijlage 7: Interviewleidraad

Geïnterviewde:	
Contactgegevens:	
Datum en locatie:	
Begin- en eindtijd:	

Small talk

- Goed gevonden? Bedankt dat het bij u thuis kon, of u tot hier wilde komen.
- Vragenlijst kunnen invullen? Informatiebrief doorgenomen?

Voorstelling

- Onderzoeker: wie je bent, (voor)opleiding, ... onderzoek in kader van masterproef
- Thema en focus: voorkeuren van vrouwen in perinatale zorg, uitleg arbeid/bevalling
- Verloop: interview wordt opgenomen, +- 30 min
open vragen
mag weigeren vragen te beantwoorden, geen reden voor geven
geen juiste of foute antwoorden
gesprek over zorgverleners, geen oordeel, de een niet superieur t.o.v. ander
- Informatiebrief en toestemmingsformulier beknopt overlopen

Interview

- Ingevulde vragenlijst erbij nemen en overlopen
- *Volgende vragen zijn bedoeld als leidraad en mogen enkel beschouwd worden als instrument om het interview te faciliteren en de conversatie gaande te houden*

Wat weet u over bevallen?

- Bent u er zelf of via vrienden/familie al eens mee in aanraking gekomen?
- Vertel eens over eerdere bevallingen?
- Heeft u er zelf al eens over nagedacht? Of bent u er helemaal niet mee bezig?

Welke visie heeft u over bevallen?

- Waar denkt u aan als ik zeg "arbeid en bevalling"? Wat komt spontaan naar boven?
- Positieve ervaring? Negatieve ervaring?
- Ziet u bevallen als een natuurlijk proces of een proces waarbij ingegrepen moet worden?
- Ziet u bevallen als iets riskant?
- Ziet u bevallen als iets beangstigend?

Wat kunt u me vertellen over de opties die u hebt voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling? Weet u bij wie u kan bevallen/wie u kan begeleiden?

- Welke zorgverleners spelen volgens u een rol tijdens de arbeid en de bevalling?
- Kunt u mij de rollen van een vroedvrouw en gynaecoloog kort beschrijven?
+ Eigen rol?

Als u kijkt naar de keuzes die u hebt, wat gaat uw keuze in begeleiding bepalen/beïnvloeden? Welke aspecten spelen een rol in het beslissingsproces? Waar houdt u rekening mee?

- Wat vindt u belangrijk op vlak van zorg?
- Hebben verhalen/ervaringen van anderen/uw eigen ervaring een invloed op uw keuze?
- Heeft wat u ziet in de media een invloed hierop?
- Op welk vlak speelt uw visie over bevallen een rol in uw keuze?
- Heeft locatie/plaats van bevallen een invloed op uw keuze?
- Speelt het huidige gezondheidszorgsysteem een rol in uw voorkeur van begeleiding? Voldoet het systeem aan uw keuze? Zou u het liever anders zien?

Wie verkiest u voor de begeleiding van een ongecompliceerde arbeid en bevalling?

- Keuze voor gynaecoloog omdat... Keuze niet voor vroedvrouw omdat...
- Sommige vrouwen bevallen onder begeleiding van een vroedvrouw, wat denkt u hierover?
- Keuze voor vroedvrouw omdat... Keuze niet voor gynaecoloog omdat...
- Veel vrouwen bevallen onder begeleiding van de gynaecoloog, (ZH) wat denkt u hierover?

Afronden en evaluatie

- Gesprek kort samenvatten

- Zaken die een rol spelen bij uw keuze in zorgverlener zijn ...
.....
.....
.....
- Uw voorkeur gaat hierdoor uit naar ...
.....
.....
.....
- Nog iets toe te voegen? Is er nog iets dat u kwijt wilt over dit onderwerp?

- Toestemming vragen om te bellen/mailen bij verdere vragen

- Wenst deelnemer kopie verslag interview of onderzoek na afronding?

- Bedanking