

Stem [Stem en Ervaringen van Moeders]

Citation for published version (APA):

Vogels-Broeke, M. A. (2023). *Stem [Stem en Ervaringen van Moeders]: Voices and experiences of mothers*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20230209mv>

Document status and date:

Published: 01/01/2023

DOI:

[10.26481/dis.20230209mv](https://doi.org/10.26481/dis.20230209mv)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

9

Summary Samenvatting

CHAPTER 1

This chapter describes the background, rationale, and aims of this thesis.

A woman's experience during pregnancy and childbirth has long-lasting implications, not only for herself, but for her family, community, and the larger society. Studies of women's experiences during the perinatal period, in the Netherlands and elsewhere, have focused almost exclusively on care related aspects, ignoring the many other dimensions that are important to women, such as social aspects and the larger environment of the women.

It is only in the last few years that care providers, health care institutions, and policymakers have begun to recognize that the experience of childbirth is a central feature of quality maternity care. This is true in the Netherlands, where researchers and policy makers have started to pay attention to the fact that efforts to improve the quality of care must focus on how women *experience* the maternity care system. The interdisciplinary *Care Standard Integrated Maternity Care*, issued in 2016 [Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, from now on: Care Standard] explicitly mentioned the experience of care as a critical aspect of ensuring high quality maternity care. This government policy intended to improve and protect the health of mothers and babies, calls for optimizing women's experiences of pregnancy and childbirth via the adoption of woman-centred care. This is a good first step. The next step – implementing and promoting woman-centred care – requires increasing our knowledge of how women experience their care.

The aim of this thesis was to gain a broad and holistic overview of women's perinatal experiences. The research focused on women's experiences in the changing landscape of Dutch maternity care.

CHAPTER 2

This chapter offers a valuable overview of the many dimensions of women's experience of the perinatal period. The literature on women's experiences during the perinatal period is extensive, however, after an exhaustive literature search we found that a clear conceptualization of what is involved in the experience of the perinatal period is lacking. Most literature focuses on the care a woman receives or on the biomedical and psychological aspects of the perinatal period. Other aspects significant to women are ignored.

In our search for frameworks linked to quality of maternity care, we considered the framework of the Lancet paper Midwifery and the Standard Set of outcome measures of the International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) Pregnancy and Birth.

However, these frameworks lack a focus on women's experiences during the whole perinatal period or does not include the larger environment of the woman that also plays a role in her experience of the perinatal period. We therefore broadened our search by looking for frameworks describing patient experiences more generally. Our search for frameworks describing dimensions of patient experiences in other (health) care contexts led us to the Warwick Patient Experience framework (WaPEF). This framework offered insight into relevant dimensions of patient experiences that are transferable to maternity care and the perinatal period. We translated the WaPEF dimensions for the perinatal period and checked it against the frameworks of the Lancet papers Midwifery and ICHOM pregnancy and Birth. We identified seven dimensions that are relevant for women's experience of the perinatal period: (1) The woman as a unique individual (maternal characteristics); (2) Woman as an active participant in care; (3) Responsiveness of maternity care and health services – an individualized approach; (4) Lived experience of being pregnant, giving birth, and the postpartum period; (5) Communication and relationship with care providers' (6) Information and childbirth education, and (7) Support from social environment. The framework provided us with a conceptual foundation for the scoping review described in Chapter 3.

CHAPTER 3

This chapter presents the results of a scoping review of women's experience of the perinatal period, done to validate our earlier defined framework (Chapter 2). For this study, we conducted a systematic search using five electronic databases. In total 251 publications that focused on the experience of the perinatal period were included in this review. The findings of our review support the seven themes of the Warwick Patient Experience Framework. However, in the course of doing this review, we realized the focus of our framework was limited to the meso- and micro-level and that the experience of the perinatal period needs to be understood on the macro-level as well. As a result we added "societal influence" as an eighth dimension of our framework.

Moreover, we found that while each dimension of our framework is distinct, there are significant overlaps and close relationships between the dimensions. We were able to describe those interactions and to identify direct, indirect, and contradictory effects of aspects of women's experiences of the perinatal period, all of which illustrate how complicated it is to understand the mechanisms that drive a woman's experience of pregnancy and birth. The final result is the Maastricht Perinatal framework. This framework offers a lens for interpreting the large number of studies on the perinatal experience, but like all

frameworks, it must be tested and adjusted as new studies appear and we learn more about women's experiences.

CHAPTER 4

'Information and education' was an important dimension in our Maastricht Perinatal framework (dimension 6). In this chapter, we examined pregnant women's use of information sources and their assessment of the quality of that information.

The data came from our 'StEM' Study ('StEM' – **St**em en **Er**varingen van **Mo**eders, [Voice and Experiences of Mothers]). This cross-sectional study of women's preferences and experiences during pregnancy, childbirth, and the postpartum period conducted in the Netherlands between February 2019 and February 2020. Women were invited for one of three cohorts; (1) if they were between 12 and 20 weeks pregnant (*early pregnancy cohort*), (2) if they were more than 32 weeks pregnant (*late pregnancy cohort*), and (3) between 2-12 months postpartum (*childbirth cohort*). We designed a self-administered survey for each of the three cohorts. The surveys included questions about women's (background) characteristics, validated instruments, and for the childbirth cohort questions about the outcomes of birth.

A total of 1922 pregnant women were included for this study (*early pregnancy* 750, and *late pregnancy* 1172 women). Our results showed that the most used information sources were midwives (91.5%), family or friends (79.3%), websites (77.9%), and apps (61%). Leaflets provided by maternity care professionals were used less often than peers, apps, and websites. Despite the high use of digital sources, such as websites and apps, women in our study rated these media as the *least* trustworthy sources of information. Professional sources were regarded as more trustworthy and seen as offering more useful information. Personal characteristics of the participating women such as age, level of education and parity explain no, or only a small part of the variation in perceived quality of different information sources.

Our research points to the need to put more emphasis on developing professional information about pregnancy and childbirth in digital formats like websites and apps. Leaflets do not match the information needs of the contemporary generation of pregnant women.

We learned that maternity care providers should explore and discuss the information about pregnancy and childbirth that pregnant women are using and direct them to trustworthy and user-friendly digital information sources. These discussions will allow maternity

care providers to prevent inaccurate decisions based on misinformation and strengthen the process of shared decision-making.

CHAPTER 5

In this study, we explored another dimension of the Maastricht Perinatal Framework ‘the woman as active participant in her care’ by exploring women’s perceived autonomy in decision-making conversations with maternity care providers during pregnancy and childbirth.

A total of 3494 women of our StEM study were included in this study (1922 during pregnancy and 1572 during the postpartum period).

We found that women’s autonomy in decision-making conversations with midwives and obstetricians was mostly high, but with room for improvement, most notably in conversations with obstetricians during the latter stage of pregnancy (32 weeks +) and in childbirth. Our analyses showed that personal treatment was an important factor increasing women’s reported autonomy in their conversations with both midwives and obstetricians about pregnancy and childbirth related decisions. We also found that many women who had at least one intervention during birth reported pressure to accept or submit to the proposed interventions: this was true for 48.3% of all women with induced labor, 47.3% with an instrumental vaginal birth, 45.2% with augmented labor, and 41.9% of women with a caesarean birth.

Our results showed that personal treatment, including shared decision-making and the avoidance of pressure to accept interventions increased women’s perceived autonomy, pointing the way for maternity care providers to improve their practice and enhance the experience of childbirth for those in their care.

CHAPTER 6

In this study, we explored women’s beliefs about birth as a natural and medical process as two separate dimensions, and the factors associated with those birth beliefs. Data were obtained from our StEM study. A total 3494 women were included in this study and 678 women completed both the late pregnancy and postpartum survey, providing us with a longitudinal dataset of 678 women that allowed pre- and post-partum comparison of responses.

We found, that in general, women were more inclined to see birth as a natural process than as a medical process, a finding that corresponds with the philosophy of birth, i.e., that

pregnancy and childbirth are physiological processes that guides policy in the Netherlands. Mean scores for natural birth beliefs ranged between 3.73 to 4.01 points on a 5-point scale and medical birth beliefs scores ranged between 2.92 to 3.12 points.

Pregnant women with an obstetrician as the main care provider had stronger beliefs about birth as a medical process and weaker beliefs about birth as a natural process than women who received care from a midwife. The same was found for women who had an obstetrician-led hospital birth compared to women with midwife-led home birth. On average, women's natural birth belief scores declined after childbirth and their medical birth-beliefs scores increased. Although this change was significant, the average change was minimal and strongly affected by women's prenatal birth belief scores.

Our regression analyses showed that (previous) childbirth experiences were the most consistent predictor of women's birth beliefs. Positive childbirth experiences had a positive effect on women's belief in birth as a natural process and a negative effect on women's beliefs in birth as a medical event. Our study also suggests that women's overall perception of their childbirth experience has a greater influence on their beliefs about birth than do obstetric interventions.

We conclude that maternity care providers must be aware of women's birth beliefs and recognize how they influence those beliefs. Their contribution to a woman's perinatal experiences will affect, her beliefs about birth and her choices for care in the future.

CHAPTER 7

This chapter presents the results of a qualitative, descriptive study of care professionals' experience with and opinions about integrating women's voices into the process of quality improvement. The Maternity Care Collaboration (MCC's) that recruited women for our StEM study, received a report of the anonymized results of women's perinatal experiences receiving care in their MCC. Using semi-structured interviews, we explored how maternity care professionals used the data about women's experiences to improve the quality of care in their MCC. Twelve maternity care professionals involved in quality improvement activities from eight MCC's were included in this study. A content analysis was performed using both inductive and deductive coding strategies to identify themes and patterns between themes.

We found that quality improvement based on women's voices was still in its infancy, and experienced as an important but challenging topic. Maternity care professionals in this study mentioned that structured follow-up in quality improvement activities was low after

the StEM reports came available. They indicated that their ability to use women's experiences to make structural changes that will improve quality is hindered by a combination of a lack of expertise, existing organizational structures, insufficient time, and limited financial resources. Furthermore, we found that transparency about data of women's experiences felt a sensitive issue as this might reinforce a sense of competition.

There is a need to develop strategies for implementing quality improvement in the cross-organizational context of an MCC. External support might boost actions of care professionals for integrating women's voices in quality improvement, for example from professional associations offering a national, validated survey and standard reports of the results. Additionally, actions and expertise of the care professionals should be stimulated.

CHAPTER 8

This chapter presents an overview of the main findings of this thesis and the implications for maternity care practice.

Together, our studies give a broad view of a number of critical aspects of women's perinatal experience. Central to our work is our conceptual model, the Maastricht Perinatal Framework, capturing eight essential dimensions of women's experiences during the perinatal period. This framework showed that the perinatal experience is a complex, multidimensional concept that involves much more than just childbirth and the care offered before, during, and after birth. It is essential to recognize that perinatal experience is a concept influenced by organizational, physical, psychological, and social aspects. Moreover, our research allowed us to identify direct, indirect, and contradictory effects of aspects of women's perinatal experiences, illustrating how complicated it is to understand the mechanisms implicated in the way a woman experiences pregnancy and childbirth. Amidst this complexity, it appears that "being in control" and relational aspects of care are of more importance for shaping women's perinatal experiences than obstetric interventions and personal characteristics. These findings underscore the impact and importance of individualized woman-centred care as a crucial facilitator of positive perinatal experiences. To improve women's perinatal experiences personalised woman-centred care must be structurally embedded in all levels of Dutch maternity care. A salutogenic orientation – with a focus on factors that support health and wellbeing, rather than responding to pathology – promotes the provision of woman-centred care. Midwifery care in particular includes several salutogenic qualities that must not be lost in the changing landscape of Dutch maternity care.

Finally, our results suggest that several recommendations of the Care Standard have not yet been optimally implemented and point to areas that need to be addressed, such as clear and reliable information tailored to women's individual needs and ensuring that maternity care providers preferences are not "forces upon the women".

In the context of developments around integrated care – as suggested in the Care Standard – further research is needed to evaluate women's perinatal experiences in relation to newly adopted and proposed models of care. By comparing outcomes of these models of care, we can learn which models most positively affect women's perinatal experiences, enhance the woman-centredness of Dutch maternity care, and optimize outcomes.

HOOFDSTUK 1

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding en het doel van dit proefschrift.

De ervaringen van een vrouw tijdens haar zwangerschap, bevalling en kraamtijd [vanaf nu de perinatale periode] hebben langdurige gevolgen. Niet alleen voor haarzelf, maar ook voor haar familie, haar omgeving en de maatschappij waarin zij leeft. Studies naar ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode, zowel in Nederland als elders, richtten zich doorgaans op zorggerelateerde aspecten. Hierbij wordt veelal geen notie genomen van andere aspecten die voor een vrouw van belang zijn tijdens de perinatale periode.

Pas de laatste jaren zijn zorgprofessionals en beleidsmakers gaan inzien dat ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode een belangrijk uitkomstmaat is voor de geboortezorg. In Nederland zijn we steeds meer aandacht gaan besteden aan het feit dat inspanningen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren zich onder andere moet richten op positieve ervaringen. In 2016 werd de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg in Nederland uitgebracht met als doel de kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse geboortezorg te verbeteren. Deze zorgstandaard benoemt het optimaliseren van perinatale ervaringen door middel van persoonsgerichte zorg als een kritisch aspect voor het waarborgen van kwalitatief hoogwaardige geboortezorg. Dit is een goede eerste stap. De volgende stap - het implementeren en bevorderen van persoonsgerichte geboortezorg - vereist het vergroten van onze kennis over hoe vrouwen de perinatale periode ervaren.

Het doel van dit proefschrift was dan ook om een breed en holistisch overzicht te krijgen van de ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode. Het onderzoek richtte zich daarbij voornamelijk op de ervaringen van vrouwen in het veranderende landschap van de Nederlandse geboortezorg.

HOOFDSTUK 2

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van verschillende dimensies die relevant zijn voor de ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode. De literatuur over ervaringen tijdens de perinatale periode is omvangrijk. Na een uitgebreide literatuurstudie vonden wij echter dat het ontbrak aan een duidelijke conceptueel model dat een overzicht biedt van alle relevante dimensies die van invloed zijn op de ervaring van een vrouw tijdens de perinatale periode. De meeste literatuur richt zich op de zorg die een vrouw ontvangt, of op de biomedische en psychologische aspecten van haar zwangerschap en bevalling. Andere aspecten die voor een vrouw van belang zijn, worden veelal buiten beschouwing gelaten.

Tijdens onze zoektocht naar een conceptueel model dat verband houdt met de kwaliteit van de geboortezorg, hebben wij het framework van de Lancet papers of Midwifery en de uitkomstenset Zwangerschap van het International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) bestudeerd. In deze sets ontbreekt echter de focus op de ervaringen van vrouwen tijdens de *gehele* perinatale periode of wordt er geen rekening gehouden met de sociale omgeving van de vrouw die ook een rol speelt in de beleving van haar zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Daarom hebben we onze zoektocht verbreed naar kaders die patiëntervaringen meer in het algemeen beschrijven. Deze zoektocht leidde ons naar het Warwick Patient Experience framework (WaPEF). Dit framework biedt inzicht in relevante dimensies van patiëntervaringen die overdraagbaar zijn naar de geboortezorg. Vervolgens hebben wij de WaPEF dimensies naar de perinatale periode vertaald en deze getoetst aan de Lancet papers of Midwifery en de uitkomstenset Zwangerschap en Geboorte van de ICHOM. Daaropvolgend hebben wij een framework ontwikkeld dat zeven dimensies beschrijft die relevant zijn voor de ervaringen van vrouwen tijdens de gehele perinatale periode. Deze zeven dimensies zijn: (1) De vrouw als uniek individu (persoonlijke kenmerken); (2) De vrouw heeft een actieve rol in het zorgproces; (3) Geboortezorg waarbij de zorgvraag centraal staat – zorg passend bij de individuele situatie; (4) Zwangerschap en bevallen is een ingrijpende levensgebeurtenis dat doorleefd en doorvoelt wordt; (5) Communicatie en relatie met zorgverleners; (6) Informatie en voorlichting over zwangerschap, bevalling en kraamtijd; en tot slot (7) Steun van de sociale omgeving. Deze zeven dimensies verschaffen ons een conceptuele basis voor de scoping review die wordt beschreven in Hoofdstuk 3.

HOOFDSTUK 3

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van een scoping review, die wij hebben uitgevoerd om de zeven dimensies uit hoofdstuk 2 te valideren en te verifiëren. Voor deze studie hebben we een literatuursearch uitgevoerd in vijf elektronische databases. In totaal werden 251 publicaties die betrekking hebben op de ervaring van vrouwen tijdens de perinatale periode geïnccludeerd. De bevindingen van deze scoping review ondersteunen de eerder gedefinieerde zeven dimensies die wij in hoofdstuk 2 hebben gedefinieerd. In de loop van deze review realiseerden wij ons dat de focus van deze dimensies zich beperkte tot factoren op meso- en microniveau. Ervaringen tijdens de perinatale periode moeten echter ook op macroniveau worden gezien. Daarom hebben we "maatschappelijke invloed" als achtste dimensie aan ons initiële framework toegevoegd.

Daarnaast ontdekten we dat, hoewel elke dimensie van ons framework uniek is, er nauwe relaties en aanzienlijke overlap bestaat tussen de verschillende dimensies. Tot slot identificeerden wij zowel directe als indirecte en tegenstrijdige effecten van aspecten die van belang zijn voor de ervaringen van een vrouw tijdens de perinatale periode. Dit illustreert hoe ingewikkeld het is om de mechanismen van perinatale ervaringen te begrijpen.

Met dit framework hebben wij een eerste stap gezet een kader te creëren en te valideren, dat het multidimensionale en dynamische fenomeen van perinatale ervaringen beschrijft. Het zal echter getest en aangepast moeten worden naarmate er nieuwe studies verschijnen en we meer te weten komen over de ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode.

HOOFDSTUK 4

In de studie beschreven in dit hoofdstuk onderzochten we de derde dimensie “voorlichting en educatie” van ons framework dat is beschreven in hoofdstuk 3. In deze studie onderzochten we het gebruik van informatiebronnen door zwangere vrouwen en hun oordeel over de betrouwbaarheid en bruikbaarheid hiervan.

De data voor deze studie was afkomstig uit onze 'SteM'-studie [Stem en Ervaringen van Moeders]. Deze kwantitatieve studie naar de voorkeuren en ervaringen van vrouwen tijdens de zwangerschap, bevalling en de kraamtijd werd uitgevoerd in Nederland tussen februari 2019 en februari 2020. Vrouwen werden uitgenodigd als ze (1) tussen 12 en 20 weken zwanger waren, (2) als ze meer dan 32 weken zwanger waren, en (3) 2-12 maanden na de bevalling. Voor elk van deze drie groepen werd er een aparte vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijsten bevatte vragen over (achtergrond)kenmerken van de vrouw, enkele gevalideerde meetinstrumenten, en voor het bevallingscohort vragen over de uitkomsten van de bevalling.

Voor deze studie werden in totaal 1922 zwangere vrouwen geïncludeerd (750 vrouwen bij een zwangerschapsduur tussen de 12-20 weken, en 1172 vrouwen na een zwangerschapsduur van 32 weken). Onze resultaten toonden aan dat de verloskundige de meest gebruikte informatiebron was (91,5%), gevolgd door familie of vrienden (79,3%), websites (77,9%), en apps (61%). Folders die door verloskundige zorgverleners werden verstrekt, werden minder vaak geraadpleegd dan familie of vrienden, websites en apps. Ondanks het veelvuldig gebruik van digitale bronnen, zoals websites en apps, beoordeelden de vrouwen in dit onderzoek deze digitale bronnen als minst betrouwbaar. Bronnen die door verloskundige zorgverleners werden aangeboden, werden als betrouwbaarder en bruikbaar-

der gezien. Desalniettemin werden deze bronnen veel minder vaak geraadpleegd dan digitale informatiebronnen. Tot slot vonden wij dat de persoonlijke kenmerken van de deelnemers aan ons onderzoek (bijvoorbeeld leeftijd en opleidingsniveau), geen of slechts een klein deel van de variatie in beoordeelde kwaliteit van de informatiebronnen verklaarden.

Dit onderzoek wijst op de noodzaak om meer nadruk te leggen op het ontwikkelen van professionele informatie over zwangerschap en bevalling in digitale bronnen, aangezien folders niet lijken aan te sluiten bij de informatiebehoefte van de hedendaagse generatie zwangere vrouwen. Tevens leerden wij van dit onderzoek dat het belangrijk is dat verloskundige zorgverleners bespreken welke informatie vrouwen reeds hebben verkregen en welke bronnen zij hiervoor gebruikten. Verloskundige zorgverleners spelen een belangrijk rol in het aanbieden van betrouwbare en gebruiksvriendelijke informatiebronnen. Dit kan het proces van gezamenlijke besluitvorming versterken en tevens worden vrouwen hierdoor in staat gesteld om beslissingen gebaseerd op verkeerde informatie te beperken of te voorkomen.

HOOFDSTUK 5

In de studie beschreven in dit hoofdstuk onderzochten we de tweede dimensie van ons framework 'de vrouw speelt een actieve rol in de zorg'. Hierin geven wij de resultaten weer van een studie over de ervaren autonomie van vrouwen tijdens besluitvormende gesprekken met verloskundigen en gynaecologen tijdens hun zwangerschap en/of bevalling.

In totaal werden 3494 vrouwen uit onze StEM-studie geïncludeerd voor dit onderzoek (1922 vrouwen tijdens hun zwangerschap en 1572 vrouwen na hun bevalling).

In deze studie vonden wij dat de ervaren autonomie van vrouwen in besluitvormende gesprekken met verloskundigen en gynaecologen over het algemeen hoog was, maar dat er ruimte was voor verbetering. Dit kwam vooral naar voren tijdens gesprekken met gynaecologen in de laatste fase van de zwangerschap (32+ weken) en tijdens de bevalling. Deze studie toonde aan dat persoonlijke behandeling een belangrijke factor is die de autonomie van vrouwen in besluitvormende gesprekken vergroot met zowel verloskundigen als gynaecologen. Tevens vonden wij dat veel vrouwen bij wie ten minste één ingreep tijdens de bevalling plaatsvond, druk rapporteerden om de voorgestelde ingreep te accepteren of te ondergaan: Dit gold voor 48,3% van alle vrouwen bij wie de bevalling werd ingeleid, 47,3% van de vrouwen die een vaginale kunstverlossing ondergingen, 45,2% van de vrouwen waarvan de bevalling werd bijgestimuleerd (weeënopwekkers kregen) en 41,9% van de vrouwen die een keizersnede ondergingen.

Dit onderzoek liet zien dat een persoonlijke behandeling, met inbegrip van gezamenlijke besluitvorming en het vermijden van druk om interventies te aanvaarden, de waargenomen autonomie van vrouwen vergroot. Dit biedt belangrijke aanknopingspunten voor zorgverleners hoe zij hun zorg kunnen optimaliseren en de perinatale ervaringen kunnen verbeteren voor degenen die zij onder hun hoede hebben.

HOOFDSTUK 6

Hoofdstuk 6 beschrijft een studie waarin wij de opvattingen van vrouwen over het zien van een bevalling als een natuurlijk en een medisch proces onderzochten, en de factoren die die hiermee samenhangen. De gegevens voor dit onderzoek werden verkregen uit onze StEM-studie. In totaal werden 3494 vrouwen geïncludeerd voor deze studie. Daarnaast vulden 678 vrouwen zowel de vragenlijst in na de 32^e week van hun zwangerschap, alsmede de vragenlijst na hun bevalling. Hierdoor beschikten wij over een longitudinale dataset van 678 vrouwen. Dit maakte een vergelijking mogelijk hoe opvattingen over bevallen als een medisch en natuurlijk proces veranderden na de bevalling.

Wij vonden in deze studie dat vrouwen over het algemeen geneigd waren een bevalling meer te zien als een natuurlijk proces dan als een medisch proces. Deze bevindingen komen overeen met de algemeen geldende filosofie in Nederland dat zwangerschap en bevallen natuurlijke (fysiologische) processen zijn. In ons onderzoek varieerden de gemiddelde scores met betrekking tot de overtuiging dat bevallen een natuurlijk proces is van 3,73 tot 4,01 punten (op een 5-puntsschaal) en voor de scores met betrekking tot de opvatting dat bevallen een medisch proces is, was dit 2,92 tot 3,12 punten (op een vijf-puntsschaal). Daarnaast vonden wij dat zwangere vrouwen met een gynaecoloog als hoofdbehandelaar hoger scoorden op de opvatting dat bevallen een medisch proces is ten opzichte van vrouwen die zorg ontvingen van een verloskundige. Tevens scoorden deze vrouwen lager op de opvatting dat bevallen een natuurlijk proces is. Hetzelfde gold voor vrouwen met een ziekenhuisbevalling onder leiding van een gynaecoloog in vergelijking tot vrouwen die thuis bevielen onder leiding van een verloskundige. Gemiddeld gezien daalden na de bevalling de scores met betrekking tot de opvatting dat bevallen een natuurlijk proces is en stegen de scores met betrekking tot de opvatting dat bevallen een medisch proces is. Hoewel deze verandering significant was, was de gemiddelde verandering zeer minimaal en werd deze verandering sterk beïnvloed door de scores voorafgaand aan de bevalling.

Regressieanalyses in dit onderzoek toonden aan dat (eerdere) bevallingservaringen de meest consistente voorspeller was voor opvattingen over bevallen als medisch en natuurlijk proces. Positieve bevallingservaringen hadden een positief effect op de opvatting dat bevallen een natuurlijk proces is en een negatief effect op de opvatting dat bevallen een medische proces is. Tot slot toonde deze studie aan dat de daadwerkelijke bevallingservaring van een vrouw een grotere invloed heeft op haar opvattingen over bevallen als een natuurlijk en medisch proces dan ondergane medische interventies.

In dit onderzoek concludeerden wij dat verloskundige zorgverleners zich bewust moeten zijn welke opvattingen vrouwen hebben met betrekking tot bevallen. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverleners herkennen hoe zij deze opvattingen beïnvloeden. De bijdrage die zij leveren aan de ervaringen van een vrouw tijdens haar zwangerschap en bevalling, zijn van invloed op haar opvatting over bevallen als een natuurlijk en medisch proces en de daaruit voortvloeiende keuzes die zij maakt met betrekking tot haar bevalling.

HOOFDSTUK 7

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van een kwalitatief, beschrijvend onderzoek naar de ervaringen en meningen van geboortezorgprofessionals over het integreren van de ervaringen van vrouwen in het kwaliteitsverbeteringsproces. De verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) die vrouwen includeerden voor het StEM-onderzoek, ontvingen een geanonimiseerd rapport over de ervaringen van vrouwen die zorg ontvingen binnen hun VSV. Met behulp van semi-gestructureerde interviews onderzochten we hoe verloskundige professionals deze gegevens gebruikten om de kwaliteit van zorg binnen hun VSV te verbeteren. Twaalf professionals die betrokken waren bij kwaliteitsverbeteringsactiviteiten uit acht VSV's namen deel aan dit onderzoek. Een content analysis werd uitgevoerd met behulp van zowel inductieve als deductieve coderingsstrategieën om thema's en patronen tussen deze thema's te identificeren.

We ontdekten dat alhoewel kwaliteitsverbetering op basis van de ervaringen van vrouwen waardevol werd bevonden het veelal nog in de kinderschoenen stond. De deelnemende professionals in dit onderzoek gaven aan dat de gestructureerde follow-up in kwaliteitsverbeteringsactiviteiten gering was, ook nadat de StEM-rapporten beschikbaar waren gekomen. Het vermogen om de ervaringen van vrouwen te gebruiken voor structurele veranderingen binnen het VSV wordt veelal belemmerd door een combinatie van gebrek aan deskundigheid, de organisatiestructuur, onvoldoende tijd, en beperkte financiële middelen. Daarnaast vonden wij dat transparantie over ervaringen van vrouwen een gevoelige kwestie is omdat dit een gevoel van concurrentie binnen een VSV zou kunnen versterken.

Dit onderzoek laat zien dat er behoefte is aan de ontwikkeling van strategieën voor de implementatie van kwaliteitsverbetering in de organisatie-overschrijdende context van een VSV. Externe ondersteuning kan zorgverleners stimuleren de stem van vrouwen structureel te integreren in kwaliteitsverbetering. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door support van externe partijen. Bovendien moeten acties en deskundigheid van zorgverleners om de stem van vrouwen te integreren in kwaliteitsverbetering worden gestimuleerd. Beroepsverenigingen of andere landelijke partijen kunnen hiertoe bijdragen door bijvoorbeeld een nationale, gevalideerde enquête aan te bieden met rapporten van deze resultaten.

HOOFDSTUK 8

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen van dit proefschrift en de implicaties voor de (Nederlandse) geboortezorg.

Gezamenlijk geven onze studies een breed beeld van een aantal cruciale aspecten van de ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode. Centraal stond ons conceptueel model, het 'Maastricht Perinatal Framework', waarin acht essentiële dimensies van de ervaringen van vrouwen tijdens de perinatale periode zijn beschreven. Dit framework laat zien dat de ervaringen van een vrouw tijdens de perinatale periode een complex, multidimensioneel concept is dat veel meer omvat dan alleen de bevalling en de zorg die voor, tijdens en na de bevalling wordt geboden. Het is essentieel te erkennen dat perinatale ervaringen beïnvloed worden door organisatorische, fysieke, psychologische en sociale aspecten. Bovendien stelde dit onderzoek ons in staat directe, indirecte en tegenstrijdige effecten te identificeren van aspecten die van invloed zijn op de ervaringen van een vrouw tijdens de perinatale periode. Dit illustreert hoe ingewikkeld het is de mechanismen te begrijpen die van invloed zijn op de manier waarop een vrouw de perinatale periode ervaart. Te midden van deze complexiteit blijkt echter dat "in controle zijn" en relationele aspecten van de zorg die een vrouw ontvangt, van groter belang zijn voor de vorming van ervaringen tijdens de perinatale periode, dan ondergane medische interventies en de persoonlijke kenmerken van de vrouw.

Onze bevindingen onderstrepen de impact en het belang van geïndividualiseerde persoonsgerichte zorg als cruciale facilitator voor positieve ervaringen tijdens de perinatale periode. Om de ervaringen van een vrouw tijdens de perinatale periode te verbeteren moet geïndividualiseerde persoonsgerichte zorg structureel worden ingebed in alle lagen van de Nederlandse geboortezorg. Een salutogenetische benadering - met een focus op factoren die de gezondheid en het welzijn ondersteunen, in plaats van te acteren op pathologie - bevordert de implementatie van persoonsgerichte zorg. De zorg die geboden wordt

door verloskundigen heeft verschillende salutogenetische kwaliteiten die daarbij niet verloren mogen gaan in het veranderende landschap van de Nederlandse geboortezorg.

Ten slotte wijzen onze resultaten er op dat verschillende aanbevelingen van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg nog niet optimaal zijn geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Punten die nog moeten worden aangepakt zijn: het verstrekken van duidelijke en betrouwbare informatie die is afgestemd op de individuele behoeften van een vrouw, en de garantie dat de voorkeuren van de zorgverlener niet aan de vrouw wordt opgedrongen.

In de context van ontwikkelingen rond integrale zorg - zoals vastgesteld in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg - is verder onderzoek nodig om de ervaringen van vrouwen in relatie tot nieuw ingevoerde en voorgestelde verloskundige organisatiemodellen te evalueren. Door de uitkomsten van deze organisatiemodellen met elkaar te vergelijken, kunnen we leren welke modellen de ervaringen van vrouwen het meest positief beïnvloeden, de persoonsgerichtheid van de Nederlandse geboortezorg vergroten en uitkomsten verder optimaliseren.