Maastricht University

The place To Be

Citation for published version (APA):

van Haaren-ten Haken, T. M. (2018). The place To Be: Women's birth place preferences in the Netherlands. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. https://doi.org/10.26481/dis.20180518th

Document status and date:
Published: 01/01/2018

DOI:
10.26481/dis.20180518th

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.

Download date: 25 Apr. 2024

Summary | Samenvatting

SUMMARY OF THIS THESIS

Chapter 1

This chapter describes the background, rationale and aim of this thesis.
Place of birth is an important factor in the way a woman experiences her childbirth. It is known that women's birth place choices are influenced by their childbirth beliefs, motivated by their ideas regarding the competence of the body to perform birth, the need to control birth, and the desire to ensure the safety of the child. Studies on women's preferences, expectations and experiences regarding place of birth have often been conducted in countries with maternity care systems where home birth is not mainstream and is not widely and easily available. In the Netherlands, where all options for place of birth are more or less realistically accessible, women's preferences are likely driven by other factors. As part of the move toward 'women-centred care', women's preferences with regard to maternity services have become increasingly important to policy makers. To realize optimal women-centred care, knowledge of women's preferences is essential.

The aim of this thesis was to gain more insight into women's motives, preferences, expectations, and experiences regarding place of birth in the Netherlands, and to examine the influence of these on outcomes of care. The research focused on healthy nulliparous women with straightforward pregnancies.

Chapter 2

In this study we explored the characteristics and motives of women that play a part in their preference for a place of birth. As part of a prospective cohort study, we collected data using self-administered questionnaires among 550 healthy nulliparous women with a preference for a midwife-led home or hospital birth or an obstetrician-led hospital birth. We found significant differences in demographic, psychosocial and pregnancy-related characteristics between women who preferred obstetrician-led care and women who preferred midwife-led care. We observed no significant differences between women with a preference for a home birth and a midwife-led hospital birth. Women with a preference for a birth in obstetrician-led care were older, had a higher family income, were more frequently pregnancy after assisted reproduction and had a higher rate of previous miscarriage. They also differed on some psychological aspects: more women in obstetrician-led care had symptoms of a major depressive disorder and were worried about health issues. Women's choice for a home birth was driven by a desire for greater personal autonomy, whereas women's choice for a hospital birth was driven by a desire to feel safe and control risks.

The preference for a hospital birth was largely motivated by fear of something going wrong and it appeared that for these women, the assumed safety of the hospital setting was more important than type of care provider. This brings up the question whether women are fully aware of the possibilities of maternity care services. Women might need concrete information about the availability and the characteristics of the services within the maternity care system and the risks and benefits associated with either setting, in order to make an informed choice where to give birth.

Chapter 3

This chapter describes the results of a discrete choice experiment (DCE) at 16 weeks of gestation. We conducted this study to assess the strength and relative importance of women's preferences for different aspects of intrapartum care with regard to their preferred place of birth. We analysed the responses per intended place of birth of 562 questionnaires, with a total of 4,441 choice observations. An advantage of the DCE was, that it not only indicated which attributes of care were considered important, but it also provided information about the relative importance or value attached to the different attributes of intrapartum care. Place of birth was one of the most important aspects for women in our study. In addition, women in *all* groups preferred the possibility of influencing decision making and pain-relief treatment during birth (including women with an intended home birth) and no co-payment for childbirth. Women with an intended home birth preferred a home-like birth setting with the assistance of a midwife and transport during birth in case of complications. Type of birth setting and transport during birth were not considered important to women with an intended midwife- or obstetrician-led hospital birth.

Policies aimed at the improvement of maternity care must take into account that all women would benefit from a high level of involvement in decision making and should include efforts to explore options of pain-relief treatment in all settings of maternity care, including home birth. Furthermore, place of birth is one of the most important aspects of intrapartum care for all women; therefore it is not advisable to restrict women's birth place choices. The Dutch situation shows that freedom of choice about place of birth and caregiver stimulates women to be active in decisions about how and where they will give birth. The preferences of Dutch women range across the possibilities offered by the system. In other maternity care systems in the developed world, few women prefer a birth outside the hospital. Those who wish to promote less medical approaches to childbirth must consider how to counter the culturally embedded nature of women's preferences.

Chapter 4

This chapter presents the results of a prospective study on pregnancy and birth outcomes in relation to women's initial preferred place of birth at the beginning of pregnancy. We compared medical indications during pregnancy, and birth outcomes of 576 women who were healthy and had a normal pregnancy at the start of their care. Data were obtained by a questionnaire before 20 weeks of gestation and by medical records of both midwives and obstetricians. Analyses were performed according to the initial preferred place of birth instead of the actual place of birth. Healthy nulliparous women who preferred a home birth with midwife-led care were less likely to be diagnosed with a medical indication during pregnancy compared to healthy women who preferred a birth with obstetrician-led care. Preferring a birth with midwife-led care – both at home and in hospital – was associated with lower odds of induced labour and epidural analgesia. In addition, women who preferred a home birth were less likely to experience augmentation of labour and narcotic analgesia compared to women who preferred a birth with obstetrician-led care. We observed no significant association between preferred place of birth and mode of birth in this study.

Our study demonstrated significant differences in the course of pregnancy and labour in relation to the preferred place of birth, as showed by the fewest number of diagnosed medical indications during pregnancy and the fewest intrapartum interventions among women who preferred a home birth. Although some differences can be attributed to the model of care, we suggest that characteristics and attitudes of women also play an important role.

Chapter 5

In the study described in this chapter, we examined the relationship between birth place preference and expectations and experiences regarding duration of labour and labour pain in healthy nulliparous women. For this prospective study we collected data using three questionnaires (before 20 weeks gestation, 32 weeks gestation and 6 weeks postpartum) and medical records. Analyses were performed according to the initial preferred place of birth. We found that, compared to women who preferred a birth with obstetrician-led care, women who preferred a home birth were significantly less likely to be worried about the duration of labour and coping with pain, and they less often experienced their labour pain as unpleasant. These findings suggest a more natural orientation toward birth with the acceptance of labour pain as part of giving birth in women with a preference for a home birth. On the other hand, women who preferred a midwife-led birth – *either home or hospital* – were more likely to report that it was

not possible to make their own choices regarding pain relief and women who preferred a home birth were less satisfied about the management of pain relief.

When caregivers know what women expect from their upcoming birth, they will be better equipped to prepare women for childbirth and to help them to set realistic expectations. This knowledge can also be used to help women choose a setting for birth that fits their cognitive frame, increasing their chance of a positive birth experience.

Chapter 6

In this study we used a qualitative descriptive design to gain a further understanding of how women's cognitions about birth influence their choice of birth place. We interviewed 23 healthy nulliparous women with straightforward pregnancies in their third trimester of pregnancy. Using a modified form of framework analysis we identified three main themes: (i) beliefs – conceptions about birth, risk and care; (ii) expectations – approaching the unknown; and (iii) choice – preference not demand. Women based their decisions for place of birth primarily on aspects of safety, but women vary in their perceptions of safety. Women who chose hospital birth wanted to be safe, while women who chose home birth wanted to feel safe. In general, women had low expectations of birth, resulting in a 'take it as it comes' attitude. This pragmatic approach can be an ideal strategy for facing something unfamiliar: being flexible and adaptable in changing circumstances. But it may also relate to unfulfilled desires and negative experiences. Birth place preferences were not always viewed from a strictly binary perspective – with a polarization between a home or hospital birth –, but rather were seen as a continuum between home and hospital, making permeable the boundary between a preference for a home or hospital birth. Our findings underscore the importance of talking with women about their expectations and paying attention to women's knowledge about childbirth. Providing up-to-date information will empower women to make realistic, informed and well-considered choices.

Chapter 7

In this chapter we discuss the main findings of this thesis and the implications for maternity care practice. To reduce the outcomes of this thesis to a simple 'home or hospital birth?' ignores the many different factors that shape the experience of birth. A critical analysis for 'good' maternity care and childbirth requires a tolerance of complexity and an ability to think beyond simplistic dichotomies. We need to ask ourselves if it is useful to keep thinking in different paradigms, like the social or the medical paradigm. When we can combine

elements of all paradigms, we have a unique opportunity to create an effective, integrated maternity care system that respects each individual woman. The place of birth a woman chooses to give birth reflects a combination of personal characteristics, beliefs, preferences, expectations, and social factors. Generally, Dutch women still see birth as a normal, physiological process and they value the ability to make their own choice regarding birth setting positively. Given what we and others have learned regarding birth outcomes in relation to place of birth, there appears to be no reason to restrict women's birth place choices. It is part of 'good' maternity care that a woman is encouraged to examine her own assumptions and beliefs about childbirth and place of birth. Together with a midwife who provides her with up-to-date and complete information, offers her a realistic strategy for achieving her desired pregnancy and birth, and respects her choice, she will be empowered to choose a setting that will be most supportive and comfortable to her. In this, midwives need to strengthen their role in promoting trust in normal birth, while balancing the demands of risk management with the principle of woman-centred care. The development of these competencies must begin during midwifery education. Women's birthing choices are more diverse and this is placing greater demands on what a midwife needs to know and be prepared for. We need to make sure that the midwives of the future are ready for the challenges ahead of them to create a strong, future-proof midwifery.

Further research is needed to identify what women need to make good decisions about place of birth in order to optimize the likelihood of a positive birth experience. This means that more and continuous research is needed on women's cognitions about pain, safety, and risk and how these cognitions are affected by the experiences and social location of women.

SAMENVATTING VAN DIT PROEFSCHRIFT

Hoofdstuk 1

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding en het doel van dit proefschrift.
De plaats van de bevalling speelt een belangrijke rol in hoe vrouwen hun bevalling ervaren. De keuze voor een plaats wordt mede beïnvloed door de opvattingen en denkbeelden die vrouwen hebben ten aanzien van de bevalling. De mate waarin vrouwen vertrouwen hebben in hun eigen lichaam om te baren, de ideeën die zij hebben ten aanzien van het hebben van controle over de bevalling en de wens voor een goede uitkomst voor hun kind dragen hier aan bij. Eerdere studies over voorkeuren, verwachtingen en ervaringen met betrekking tot de plaats van de bevalling zijn vaak uitgevoerd in landen waar een ziekenhuisbevalling de norm is en waar de mogelijkheid van een thuisbevalling beperkt of moeilijk te realiseren is. In Nederland spelen bij de voorkeur voor een bepaalde plaats van de bevalling mogelijk andere factoren een rol, omdat zowel een thuis- als een ziekenhuisbevalling een geaccepteerde en toegankelijke optie is. In het kader van de ontwikkelingen op het gebied van cliëntgerichte zorg wordt het voor zorgprofessionals en beleidsmakers steeds belangrijker om inzicht te hebben in de voorkeuren en keuzes van vrouwen. Anders gezegd: om optimale zorg te leveren, waarbij de vrouw daadwerkelijk centraal staat, is het essentieel om inzicht te hebben in de voorkeuren van vrouwen.

Het doel van dit proefschrift was om meer inzicht te krijgen in de keuzes die vrouwen maken ten aanzien van de plaats van de bevalling in Nederland en welke voorkeuren, verwachtingen en ervaringen hierbij een rol spelen. Het onderzoek richtte zich op gezonde nulliparae met een normaal verlopende zwangerschap.

Hoofdstuk 2

In deze studie hebben we onderzocht welke karakteristieken en beweegredenen een rol spelen bij de voorkeur van vrouwen voor de plaats van de bevalling. De studie was onderdeel van een prospectieve cohortstudie. Voor de dataverzameling hebben we gebruik gemaakt van vragenlijsten die door 550 gezonde nulliparae werden ingevuld. De onderzoeksgroep bestond uit vrouwen die een voorkeur hadden voor een thuisbevalling, een poliklinische bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige of een klinische bevalling in de tweede lijn onder leiding van een klinisch verloskundige of gynaecoloog. Vrouwen die bij aanvang van de studie onder controle waren in de tweede lijn hadden hiervoor geen officiële medische indicatie. We vonden significante verschillen in demografische, psychosociale en zwangerschapsgerelateerde karakteristieken tussen vrouwen met een voorkeur voor eerstelijns zorg – met een voorkeur voor

een thuis- of poliklinische bevalling – en vrouwen met een voorkeur voor tweedelijns zorg. Vrouwen met een voorkeur voor de tweede lijn hadden gemiddeld een hogere leeftijd, een hoger inkomen, waren vaker zwanger na een fertiliteitstraject en hadden vaker een miskraam in de voorgeschiedenis. Daarnaast vertoonden deze vrouwen vaker symptomen van een depressie en maakten zij zich meer zorgen om gezondheidsgerelateerde problemen. We zagen geen verschil in karakteristieken tussen vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling of een eerstelijns poliklinische bevalling.
De wens om zelf de regie te behouden tijdens de bevalling was de voornaamste reden om voor een thuisbevalling te kiezen. Vrouwen die voor een ziekenhuisbevalling kozen, deden dit vooral uit een gevoel van veiligheid en – externe – controle.
De voorkeur voor een ziekenhuisbevalling werd voornamelijk ingegeven door de angst dat er iets mis zou gaan tijdens de bevalling. Voor deze vrouwen was de veronderstelde veilige omgeving van het ziekenhuis belangrijker dan de uiteindelijke zorgprofessional die hen zou begeleiden. Dit roept de vraag op of vrouwen wel voldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden die het verloskundige systeem in Nederland biedt en wat bijvoorbeeld de verschillen zijn tussen een poliklinische of klinische bevalling. Meer concrete informatie over de mogelijkheden binnen het systeem, met voor- en nadelen van de verschillende settingen, zou kunnen bijdragen aan een beter geïnformeerde keuze van vrouwen voor de plaats van de bevalling.

Hoofdstuk 3

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een *discrete choice experiment* (DCE), uitgevoerd bij 16 weken zwangerschap. Dit experiment stelde ons in staat om te meten voor welke specifieke aspecten of kenmerken van natale zorg vrouwen een voorkeur hebben en hoe belangrijk vrouwen deze specifieke kenmerken ten opzichte van elkaar vinden (relatieve belang). Hierbij vergeleken we drie groepen: vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling, vrouwen met een voorkeur voor een poliklinische bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige en vrouwen met een voorkeur voor een klinische bevalling in de tweede lijn onder leiding van een klinisch verloskundige of gynaecoloog. Voor de analyse gebruikten we 562 vragenlijsten wat een totaal van 4.441 keuzeopties binnen het *discrete choice experiment* opleverde. De daadwerkelijke plaats van de bevalling was voor de vrouwen in onze studie één van de belangrijkste aspecten. Daarnaast vonden vrouwen in alle groepen het belangrijk om invloed te kunnen hebben op beslissingen tijdens de bevalling, geen eigen bijdrage te hoeven betalen en een mogelijkheid voor pijnbestrijding te hebben. Dit gold ook voor vrouwen met een voorgenomen thuisbevalling. Vrouwen die een voorkeur

hadden voor een thuisbevalling vonden het belangrijk om een huiselijke omgeving te hebben met een verloskundige als zorgprofessional en de mogelijkheid van een transfer tijdens de bevalling in het geval van complicaties. Vrouwen met een voorkeur voor een ziekenhuisbevalling – zowel poliklinisch als klinisch – vonden de bevallingsomgeving (huiselijk of klinisch) en de mogelijkheid van een transfer tijdens de bevalling niet belangrijk.
Bij het ontwikkelen van beleid gericht op het verbeteren van de geboortezorg moet rekening gehouden worden met het feit dat vrouwen er baat bij hebben om betrokken te worden bij besluitvorming rondom hun bevalling. Ook zouden (nieuwe) mogelijkheden van pijnbestrijding binnen alle settingen onderzocht kunnen worden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het toedienen van lachgas bij een thuisbevalling, zoals mogelijk is bij thuisbevallingen in het Verenigd Koninkrijk. De plaats van de bevalling bleek één van de meest belangrijke aspecten van natale zorg voor alle vrouwen en dit pleit voor het behoud van keuzevrijheid voor de plaats van de bevalling.
De resultaten binnen het Nederlandse verloskundige systeem laten zien dat vrijheid van keuze voor plaats van bevalling en zorgprofessional maakt dat vrouwen actief een keuze maken over waar en hoe zij willen bevallen. De voorkeuren van vrouwen weerspiegelen hierbij de mogelijkheden die er zijn binnen het systeem. In verloskundige systemen buiten Nederland kiezen vrouwen minder vaak voor een bevalling buiten het ziekenhuis, omdat deze keuze minder geaccepteerd is. Degenen die een minder gemedicaliseerde benadering van zwangerschap en geboorte willen bevorderen, moeten rekening houden met de wijze waarop de voorkeuren van vrouwen maatschappelijk en cultureel bepaald zijn.

Hoofstuk 4

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van een prospectieve studie waarin we onderzochten wat de invloed was van de voorgenomen plaats van de bevalling op het verloop van de zwangerschap en de bevalling. In deze studie vergeleken we de zwangerschaps- en bevallingsuitkomsten van 576 gezonde, nullipare zwangere vrouwen die vóór 20 weken zwangerschap de voorkeur gaven aan een bevalling thuis, poliklinisch of klinisch. Voor de dataverzameling maakten we gebruik van vragenlijsten en van de medische dossiers van de betrokken verloskundigen en gynaecologen. De analyses werden uitgevoerd op basis van de voorgenomen plaats van de bevalling aan het begin van de zwangerschap. Vrouwen onder zorg in de eerste lijn en met een voorkeur voor een thuisbevalling, bleken significant minder vaak een medische indicatie tijdens de zwangerschap te krijgen dan vrouwen met een voorkeur voor een klinische bevalling in de tweede lijn. Vrouwen met een voorkeur voor eerstelijns zorg (thuis en poli- klinisch) werden minder vaak ingeleid en kregen minder vaak een epiduraal tijdens de bevalling.

Daarnaast kregen vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling minder vaak bijstimulatie en medicamenteuze pijnbestrijding tijdens de bevalling dan vrouwen met een voorkeur voor een klinische bevalling. Wij vonden geen significante associatie tussen de voorgenomen plaats van de bevalling en de wijze van bevallen (spontaan, kunstverlossing, of sectio).
Onze studie toonde verschillen aan in het verloop van de zwangerschap en bevalling in relatie tot de voorgenomen plaats van de bevalling. Hierbij hadden vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling het laagste aantal medische indicaties en interventies tijdens zwangerschap en baring. Hoewel een deel van de gevonden verschillen toegeschreven kan worden aan de setting en de betrokken zorgprofessionals, suggereren we dat karakteristieken en attitudes van vrouwen zelf ook een belangrijke rol spelen.

Hoofdstuk 5

In deze studie onderzochten we de relatie tussen de voorgenomen plaats van de bevalling en de verwachtingen en ervaringen van gezonde, nullipare zwangere vrouwen ten aanzien van de duur van de bevalling en bevallingspijn. Dataverzameling vond plaats door middel van 3 vragenlijsten (20 en 32 weken zwangerschap en 6 weken post partum) en de medische dossiers. De analyses werden uitgevoerd op basis van de voorgenomen plaats van de bevalling aan het begin van de zwangerschap. Vergeleken met vrouwen die een voorkeur hadden voor een klinische baring in de tweede lijn, maakten vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling zich tijdens de zwangerschap minder vaak zorgen over de duur van de bevalling en hoe zij om zouden gaan met bevallingspijn. Daarnaast hadden vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling de bevallingspijn minder vaak als 'vervelend' ervaren. Deze uitkomsten suggereren dat vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling een meer natuurlijke benadering hebben van zwangerschap en geboorte waarbij bevallingspijn meer geaccepteerd wordt als iets wat erbij hoort. Aan de andere kant gaven vrouwen met een voorkeur voor een bevalling in de eerste lijn – zowel thuis als poliklinisch – vaker aan dat het niet of nauwelijks mogelijk was om hun eigen keuzes te maken ten aanzien van pijnbestrijding tijdens de bevalling. Vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling bleken daarnaast het minst tevreden over de zorg rondom pijnbestrijding.
Wanneer een zorgprofessional goed op de hoogte is van wat een vrouw verwacht van haar bevalling zal hij of zij beter in staat zijn om de vrouw te ondersteunen in haar voorbereidingen en te komen tot meer realistische verwachtingen. Hierdoor wordt een vrouw in staat gesteld om een goede keuze voor een plaats van de bevalling te maken die past bij haar denkbeelden, met een grotere kans op een positieve bevallingservaring.

Hoofdstuk 6

In deze studie hebben we een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de denkbeelden en opvattingen van vrouwen over zwangerschap en bevalling en op welke manier dit van invloed is op hun keuze voor de plaats van de bevalling. We interviewden 23 gezonde, nullipare zwangeren vrouwen in het derde trimester van de zwangerschap. Voor de data-analyse maakten wij gebruik van een aangepaste vorm van thematische analyse (*modified form of framework analysis*) waarbij we 3 hoofdthema's identificeerden: (i) overtuigingen – opvattingen over geboorte, risico en zorg; (ii) verwachtingen – het aangaan van het onbekende; (iii) keuze – voorkeur, niet een eis.

De keuze voor de plaats van de bevalling werd vooral ingegeven door aspecten van veiligheid, maar vrouwen verschilden in hun perceptie hiervan. Vrouwen die voor een ziekenhuisbevalling kozen wilden vooral in een veilige omgeving zijn;vrouwen die voor een thuisbevalling kozen gaven aan zich thuis veiliger te voelen. Over het algemeen hadden vrouwen weinig verwachtingen ten aanzien van de bevalling: ze lieten het over zich heen komen en zagen wel wat er zou gaan gebeuren. Deze pragmatische houding kan een ideale strategie zijn om om te kunnen gaan met een onbekende situatie: flexibel zijn en je makkelijk aan kunnen passen in wisselende omstandigheden. Maar het zou ook kunnen leiden tot onvervulde wensen en negatieve ervaringen wanneer vrouwen zich te zeer laten leiden door wat er op dat moment gebeurt. De keuze voor een plaats van de bevalling werd niet altijd gezien als een dichotome keuze – met een polarisatie tussen een thuis- of ziekenhuisbevalling –, maar meer vanuit een continuüm. Vrouwen noemden vaak persoonlijke voor- en nadelen van beide locaties.

Onze bevindingen onderstrepen het belang om in gesprek te gaan met vrouwen over hun kennis en verwachtingen ten aanzien van de bevalling. Dit gaat verder dan alleen te vragen naar de voorkeur of de gemaakte keuze. Realistische, up-to-date informatie zal vrouwen beter in staat stellen om een goed geïnformeerde en weloverwogen keuze te maken die bij hen past.

Hoofstuk 7

In dit hoofdstuk bespreken we de hoofdbevindingen van dit proefschrift en de implicaties voor de verloskundige praktijk. Om de uitkomsten van dit proefschrift te reduceren tot een simpel 'thuis of ziekenhuis?' gaat voorbij aan de complexiteit van het onderwerp en de vele factoren die een rol spelen bij hoe keuzes en bevallingservaringen tot stand komen. Een kritische analyse van 'goede' geboortezorg en een 'goede' bevalling betekent dat we voorbij simpele dichotomieën moeten kijken. We moeten onszelf hierbij de vraag stellen of het zinvol is om te blijven denken in verschillende paradigma's, zoals het sociale of het biomedische paradigma. Als we waardevolle elementen van alle paradigma's

zouden kunnen combineren, hebben we de unieke kans om een effectief, integraal verloskundig zorgsysteem te creëren met respect voor iedere zwangere vrouw.
De gekozen plaats van de bevalling weerspiegelt een combinatie van persoonlijke karakteristieken, opvattingen, voorkeuren, verwachtingen en sociale factoren. Over het algemeen zien Nederlandse vrouwen de bevalling nog steeds als een normaal, fysiologisch proces en hechten ze belang aan de mogelijkheid om zelf een keuze te kunnen maken voor de plaats van de bevalling. Gegeven wat er bekend is uit andere studies en onze resultaten ten aanzien van bevallingsuitkomsten in relatie tot de plaats van de bevalling, is er geen reden om de vrije keuze voor de plaats van de bevalling te beperken. Goede geboortezorg betekent dat een vrouw wordt aangemoedigd om haar ideeën en opvattingen over zwangerschap en bevalling te verkennen. Samen met een verloskundige die haar voorziet van goede informatie en die haar respecteert in haar keuze, zal een vrouw in staat gesteld worden om een setting te kiezen die het beste bij haar past. Verloskundigen zouden hierbij moeten streven naar het bevorderen van het vertrouwen in een normale, fysiologische bevalling en daarbij een balans zien te vinden tussen risicomanagement en de principes van cliëntgerichte zorg (de zwangere centraal). Met de ontwikkeling van deze competenties zou al begonnen moeten worden tijdens de opleiding voor verloskundigen. De keuzes die vrouwen moeten maken tijdens hun zwangerschap of bevalling worden steeds complexer en verloskundigen moeten hier de benodigde kennis, het inzicht en de vaardigheden voor hebben. We moeten ervoor zorgen dat de verloskundigen van de toekomst klaar zijn om deze uitdagingen aan te gaan zodat ze bij kunnen dragen aan een toekomstbestendige verloskundige zorg: *creating the future of midwifery*.

Verder onderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in wat vrouwen nodig hebben om een goede keuze te kunnen maken voor de plaats van de bevalling en zo de kans op een positieve bevallingservaring te vergroten. Dit betekent dat er behoefte is aan meer onderzoek naar de cognities van vrouwen ten aanzien van pijn, veiligheid, risico en risicoperceptie en hoe deze cognities worden beïnvloed door ervaringen als ook de sociale positie van vrouwen.