

De wereld van prenatale voorlichting

Onderzoek naar de voorlichting door de
Nederlandse eerstelijns verloskundige

Vlissingen, mei 2016

Coralie van der Kooij



De wereld van prenatale voorlichting

Onderzoek naar de voorlichting door de
Nederlandse eerstelijns verloskundige

Coralie van der Kooij
0061765

HZ University of Applied Sciences
Bachelor in de Verpleegkunde/Vroedkunde
2015/2016

CU09322 - Praktijkgericht onderzoek 2

Begeleiders
M. de Rijke
L. Vanden Bergh

Vlissingen
18 Mei 2016



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

Voorwoord

Dit eindverslag vormt de uitwerking van mijn afstudeeronderzoek naar de voorlichting die gegeven wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van mijn afstuderen aan de combinatie-opleiding Verpleegkunde/Vroedkunde aan de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen en de Artesis Plantijn Hogeschool te Antwerpen. In september 2015 vond de start van het onderzoek plaats, welke wordt afgerond door middel van een eindpresentatie in juni 2016.

Het onderwerp voor dit onderzoek komt enigszins voort uit het schrijven van een systematic review vorig academiejaar als afstudeeropdracht voor mijn diploma Bachelor in de Vroedkunde. Deze systematic review heeft als onderwerp 'Bewegen tijdens de zwangerschap; 'Wat is het effect op de neonatale uitkomst?'. Uit deze review komt onder andere naar voren dat de leefstijl en gezondheid van de zwangere vrouw invloed hebben op de neonatale uitkomst (Van der Kooij, 2015). Naar aanleiding van deze opmerking heb ik gekozen voor het onderwerp 'Voorlichting tijdens de zwangerschap' en is de probleemstelling opgesteld. Na de uitvoering van het kwantitatief onderzoek is de probleemstelling beantwoord.

Het proces van voorbereiding tot verwerking van het onderzoek werd begeleid door docente Marjan de Rijke, namens de HZ University of Applied Sciences. Tijdens de begeleidingsuren bood ook Iris van de Velde begeleiding. Namens de Artesis Plantijn Hogeschool werd Leen Vanden Bergh betrokken bij dit onderzoek.

Ik wil allereerst de betrokken docenten bedanken voor de begeleiding en de gegeven feedback. Daarnaast wil ik alle respondenten bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek. Zij hebben bijgedragen aan het verkrijgen van inzicht in de voorlichting die gegeven wordt tijdens de zwangerschap door de eerstelijns verloskundige. Ten slotte wil ik mijn peergroup, vrienden en familie bedanken voor de feedback en motivatie om dit onderzoek te kunnen voltooien.

Coralie van der Kooij

Vlissingen, 18 mei 2016

Samenvatting

Aanleiding Voordat een kind geboren wordt, spelen de leefwijze en het gedrag van de moeder al een rol. Het ongeboren kind heeft hier zelf nog geen invloed op, hij of zij is volledig afhankelijk van zijn of haar moeder. De verloskundige kan door middel van gezondheidsvoorlichting en preventie aan aanstaande ouders bijdragen aan een gezondere zwangerschap en betere neonatale uitkomst. Uit eerder onderzoek blijkt dat deze informatievoorziening het belangrijkste verbeterpunt is voor verloskundigen. Naar aanleiding hiervan wordt inzicht verkregen in de prenatale voorlichting die gegeven wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige tijdens de prenatale consultaties.

Methode Een kwantitatief onderzoek is uitgevoerd door middel van een online enquête. De enquête, bestaande uit 26 vragen, werd aselect via e-mail verzonden naar 93 verloskundigenpraktijken in Nederland. De resultaten zijn met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) verwerkt. De analyse werd uitgevoerd door middel van frequentietabellen, een kruistabel, de centrummaat gemiddelde en de spreidingsmaat variatiebreedte.

Resultaten In dit onderzoek hebben 52 verloskundigen geparticipeerd. Tijdens de prenatale voorlichting worden de onderwerpen prenatale screening, het bloedonderzoek, de leefstijl en het verloop van de zwangerschap, bevalling en kraamtijd veelvuldig besproken. De onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit, de sociale verandering en de thuissituatie worden in mindere mate besproken. Wanneer onderwerpen besproken worden is dit met name kort en krachtig. De prenatale screening en het verloop van de zwangerschap en bevalling worden vooral uitgebreid besproken. Alle verloskundigen geven individuele voorlichting aangepast aan de situatie van de zwangere vrouw, vaak in combinatie met groepsvoorlichting en ondersteund door folders en brochures.

Discussie Mogelijk worden niet alle onderwerpen in dezelfde mate besproken door de tijd die ontbreekt om goede voorlichting te kunnen geven, wat zowel uit het onderzoek als de literatuur naar voren komt. Daarnaast is het mogelijk dat de zwangere vrouw niet altijd behoefte heeft aan het bespreken van al de aanbevolen onderwerpen. De aanpassingen in het geven van voorlichting in verschillende casussituaties laat zien dat verloskundigen de voorlichting aanpassen aan de situatie en behoeften van de zwangere vrouw. Echter kunnen de casussen de respondenten in een bepaalde richting hebben gestuurd.

Conclusie Geconcludeerd kan worden dat de Nederlandse eerstelijns verloskundige de voorlichting aanpast aan de wensen en behoeften van de zwangere vrouw. Daarnaast is duidelijk geworden dat de prenatale voorlichting niet volledig gegeven wordt en de onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit, sociale verandering, thuissituatie en infectieziekten uitgebreider behandeld dienen te worden tijdens de zwangerschap.

Aanbevelingen Naar aanleiding van dit onderzoek is het voor de beroepspraktijk sterk aanbevolen bijscholingen, symposia en congressen bij te wonen. Daarnaast dient een campagne opgezet te worden over het belang van de inhoud van de prenatale voorlichting en de toepassing van CenteringPregnancy. Ten slotte wordt aanbevolen om een observatieonderzoek naar het voorlichtingsgedrag van verloskundigen en een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en verwachtingen van zwangere vrouwen ten opzichte van de prenatale voorlichting uit te voeren.

Abstract

Objective Before a child is born, the mother's lifestyle and behavior already play an important role. The unborn child does not have an influence on this and is fully dependent on his or her mother. By means of health education and prevention information for the future parents, the midwife can contribute to a healthier pregnancy and better neonatal outcome. Research shows that there is the most room for improvement for midwives regarding the provision of information. According to this information, this research will study the prenatal care given by the Dutch primary midwife during the prenatal consultations.

Method This research is presented as a quantitative research, conducted through an online investigation. The investigation, which consisted of 26 questions, was randomly sent to 93 midwives' offices in the Netherlands. The results are processed with the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The analysis output were frequency tables, a crosstable, the central tendency mean and the dispersion measure range.

Results 52 midwives participated in this research. During the prenatal education, the following subjects were discussed frequently: prenatal screening, the blood test, the lifestyle and the progression of the pregnancy, the birth and maternity care. The subjects less discussed were stress, fear, depression, sexuality, social changes and the home situation. The subjects, if discussed, are discussed briefly and to the point. The prenatal screening and the progression of the pregnancy and labor are most of the time discussed extensively. All midwives give individual education which is modified to the situation of the pregnant woman and supported by flyers and brochures. Informative group sessions are also organized by midwives.

Discussion It is possible that not all the subjects are discussed to the same extent, because of a lack of time. This is supported by both the research and the literature. In addition, pregnant women may not feel the need for information about all the recommended subjects. The adjustments in education in different cases show that midwives customize the education towards the situation and needs of the pregnant woman. However, the cases could have steered the respondents in a certain direction.

Conclusion The Dutch primary midwife customizes the education towards the wishes and needs of the pregnant woman. It has also become clear that prenatal care is not always given to its full extent. The subjects stress, fear, depression, sexuality, social changes, home situation and infectious diseases need to be discussed more extensively during pregnancy.

Recommendations On the basis of this research it is recommended to the professional practice to participate in trainings, symposia and conferences. Besides, a campaign needs to be set up about the importance of the content of prenatal education and the use of CenteringPregnancy. Lastly, an investigation into the behavior of midwives during education activities is recommended. Also, a qualitative research about the experiences and expectations of pregnant women concerning prenatal care is recommended.

Inhoudsopgave

Inleiding	13
1. Theoretisch kader	15
1.1 - Zoekstrategie.....	15
1.2 - Verloskundige zorg in Nederland	17
1.3 - Samenvatting.....	22
2. Onderzoeksmethoden	25
2.1 - Onderzoekstype en -ontwerp	25
2.2 - Onderzoekspopulatie	25
2.3 - Onderzoekperiode en -plaats	25
2.4 - Wijze gegevensverzameling	25
2.5 - Wijze gegevensverwerking en -analyse	28
2.6 - Kwaliteitsbewaking	28
2.7 - Juridische en ethische aspecten.....	29
3. Resultaten	31
3.1 - Kenmerken van de respondenten.....	31
3.2 - Prenatale voorlichtingsonderwerpen	33
3.3 - Voorlichtingsmethoden.....	34
3.4 - Gelijkgestemdheid verloskundigen in casussituaties.....	36
4. Discussie	39
4.1 - Vergelijking resultaten en literatuur	39
4.2 - Sterke en zwakke punten van het onderzoek	40
5. Conclusie en aanbevelingen	41
5.1 - Conclusie	41
5.2 - Aanbevelingen.....	42
Literatuurlijst	45
Bijlage 1 - Enquête.....	49
Bijlage 2 - Codeboek	55

Inleiding

Voorlichting speelt een grote rol in de gezondheidszorg. De gezondheidszorg draait niet alleen om de behandeling van mensen met gezondheidsklachten, maar ook om het voorkomen van ziekten en het stimuleren van gezond gedrag. Preventie wordt hierin steeds belangrijker. Preventie heeft als doel de gezondheid te bevorderen en gezondheidsrisico's te beperken. Voorlichting vormt een belangrijke manier om preventie te bewerkstelligen (Meijer & Hamberg-van Reenen, 2011). Door preventie en voorlichting is de gezondheidstoestand in Nederland sterk verbeterd. Ruim een eeuw geleden was deze zeer zwak. Infectieziekten kwamen vaak voor en de zuigelingen- en kindersterfte was hoog. Tegenwoordig wordt het ziektepatroon in ons land gekenmerkt door welvaartsziekten, psychosomatische ziekten en chronische ziekten. De leefwijze en het gedrag van mensen spelen een rol bij het ontstaan van veel van deze ziekten (Sassen, 2013).

Voordat een kind geboren wordt, spelen de leefwijze en het gedrag van de moeder al een rol. Het ongeboren kind heeft hier zelf nog geen invloed op, hij of zij is volledig afhankelijk van zijn of haar moeder. Er zijn verschillende risicofactoren afkomstig van de moeder die in relatie staan tot de neonatale uitkomst en een verhoogde kans op perinatale sterfte (Van der Kooij, 2015). Voorbeelden van deze risicofactoren zijn haar leeftijd, sociaaleconomische status, etnische herkomst, gebruik van tabak en alcohol, chronische ziekten en complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling (Garssen & Van der Meulen, 2004). Aangezien Nederland op de zesde plaats in de ranglijst van 29 Europese landen staat wat betreft perinatale sterftecijfers, is er nog altijd winst te behalen (EURO-PERISTAT, 2013). De beschreven risicofactoren worden veelal beïnvloed door de leefwijze en het gedrag van de zwangere vrouw, deze verdienen dan ook meer aandacht binnen de verloskunde. Wanneer betere gezondheidsvoorlichting en preventie gegeven wordt aan aanstaande ouders, onder andere met betrekking tot de leefwijze en het gedrag, zal de babysterfte in Nederland verder teruggebracht kunnen worden (Poeran, Steegers & Bonsel, 2012).

Naast dat het geven van voldoende voorlichting aan de zwangere vrouw bijdraagt aan een gezondere zwangerschap en een betere neonatale uitkomst, heeft de zwangere vrouw ook een grote behoefte aan deze informatie tijdens de zwangerschap (de Boer, Zeeman & Offerhaus, 2008). Zwangeren proberen met de informatie die zij ontvangen grip te krijgen op gebeurtenissen tijdens de zwangerschap. De ontwikkelingen die horen bij de zwangerschapsduur op dat moment krijgen de meeste interesse. Cliëntgericht informeren is hierin erg belangrijk. Bij cliëntgericht informeren is de timing, de inhoud en de hoeveelheid informatie die aangeboden wordt van belang. Uit eerder onderzoek blijkt dat verloskundigen de informatiebehoefte van zwangere vrouwen nogal eens onderschatten (de Boer et al., 2008). Van Teeffelen (2005) stelt bovendien dat de informatievoorziening het belangrijkste verbeterpunt is voor verloskundigen. Om na te kunnen gaan op welk gebied de informatievoorziening verbeterd kan worden, dient deze eerst geïnventariseerd te worden. Naar aanleiding van de vraag naar deze inventarisatie zijn een doelstelling, probleemstelling en deelvragen opgesteld.

Doelstelling onderzoek

Inzicht verkrijgen in de prenatale voorlichting die gegeven wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige tijdens de prenatale consultaties met de zwangere vrouw.

Probleemstelling

Welke onderwerpen worden tijdens de prenatale consultaties met de zwangere vrouw besproken door de Nederlandse eerstelijns verloskundige en op welke manier wordt over deze onderwerpen voorlichting gegeven?

Deelvragen

1. Welke onderwerpen worden tijdens de prenatale consultaties besproken met de zwangere vrouw door de Nederlandse eerstelijns verloskundige?
2. Op welke manier wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige prenatale voorlichting gegeven aan de zwangere vrouw?
3. In hoeverre zijn de Nederlandse eerstelijns verloskundigen gelijkgestemd wat betreft het geven van voorlichting in bepaalde casussituaties?

De relevantie voor het verpleegkundig/verloskundig beroep

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de bacheloropleiding Verpleegkunde en staat in relatie tot de opleiding Bachelor in de Vroedkunde. Het onderwerp van dit onderzoek is de voorlichting door de eerstelijns verloskundige. Voorlichting geven is een belangrijke taak van de verpleegkundige en de verloskundige in de gezondheidszorg. Deze taak komt terug in de vijf beroepsrollen van de bachelor verpleegkundige: zorgverlener, regisseur, coach, beroepsbeoefenaar en ontwerper (Pool, 2007). Volgens het Beroepsprofiel van de verloskundige (KNOV, 2014) vervult de verloskundige de rollen van medisch professional, coach en begeleider, voorlichter en counselor, casemanager, innovator en praktijkmanager. Als voorlichter en coach geeft de verloskundige voorlichting gericht op gedragsverandering en verbetering van de gezondheid van vrouwen. Daarnaast draagt zij bij aan voorlichtingscampagnes voor een gezonde leefstijl en het belang van borstvoeding. Als counselor begeleidt de verloskundige bij het krijgen van inzicht in gevoelens, gedrag en beslissingen. De zorg die de verloskundige verleent als gezondheidsbevorderaar levert een belangrijke bijdrage aan een gezonde samenleving. De verloskundige houdt in de begeleiding rekening met psychische, culturele, maatschappelijke en sociale aspecten om de ouders ondersteuning te bieden en de zelfzorg van de vrouw te bevorderen (KNOV, 2014). Zowel een verloskundige als een verpleegkundige dragen, als zorgverleners, bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt door middel van voorlichting, advies en begeleiding (Pool, 2007). De voorlichting door de verloskundige heeft een sterke preventieve rol om de gezondheid van de zwangere vrouw en het ongeboren kind te bevorderen en gezondheidsrisico's te beperken.

Leeswijzer

Hoofdstuk één vormt het theoretisch kader welke de zoekstrategie en de literatuurstudie bevat. Hoofdstuk twee betreft de onderzoeksmethoden. In dit hoofdstuk worden het onderzoeksontwerp, de gegevensverzameling en -analyse, kwaliteitsbewaking en juridische en ethische aspecten toegelicht. De onderzoekresultaten zijn opgesteld in hoofdstuk drie. In hoofdstuk vier worden in de discussie de onderzoeksresultaten met de literatuur vergeleken en worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek benoemd. Hoofdstuk vijf, de conclusie en aanbevelingen, beantwoordt de deelvragen en de probleemstelling. Daarnaast worden er in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor de praktijk en eventueel vervolgonderzoek. Hierna volgt de literatuurlijst met een overzicht van alle bronnen die gebruikt zijn in dit onderzoek. Ten slotte zijn de enquête en het codeboek toegevoegd als bijlages.

1. Theoretisch kader

Het theoretisch kader vormt de theoretische achtergrond die relevant is voor het onderzoek. In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie verduidelijkt met behulp van een zoekboom. De zoekboom vormt een schematisch overzicht van de zoektocht naar de literatuur. De literatuurstudie beschrijft de verloskundige zorg en prenatale voorlichting in Nederland.

1.1 - Zoekstrategie

Naar aanleiding van de probleemstelling zijn zoekvragen opgesteld als richtlijn voor het onderzoek. De volgende zoekvragen zijn opgesteld:

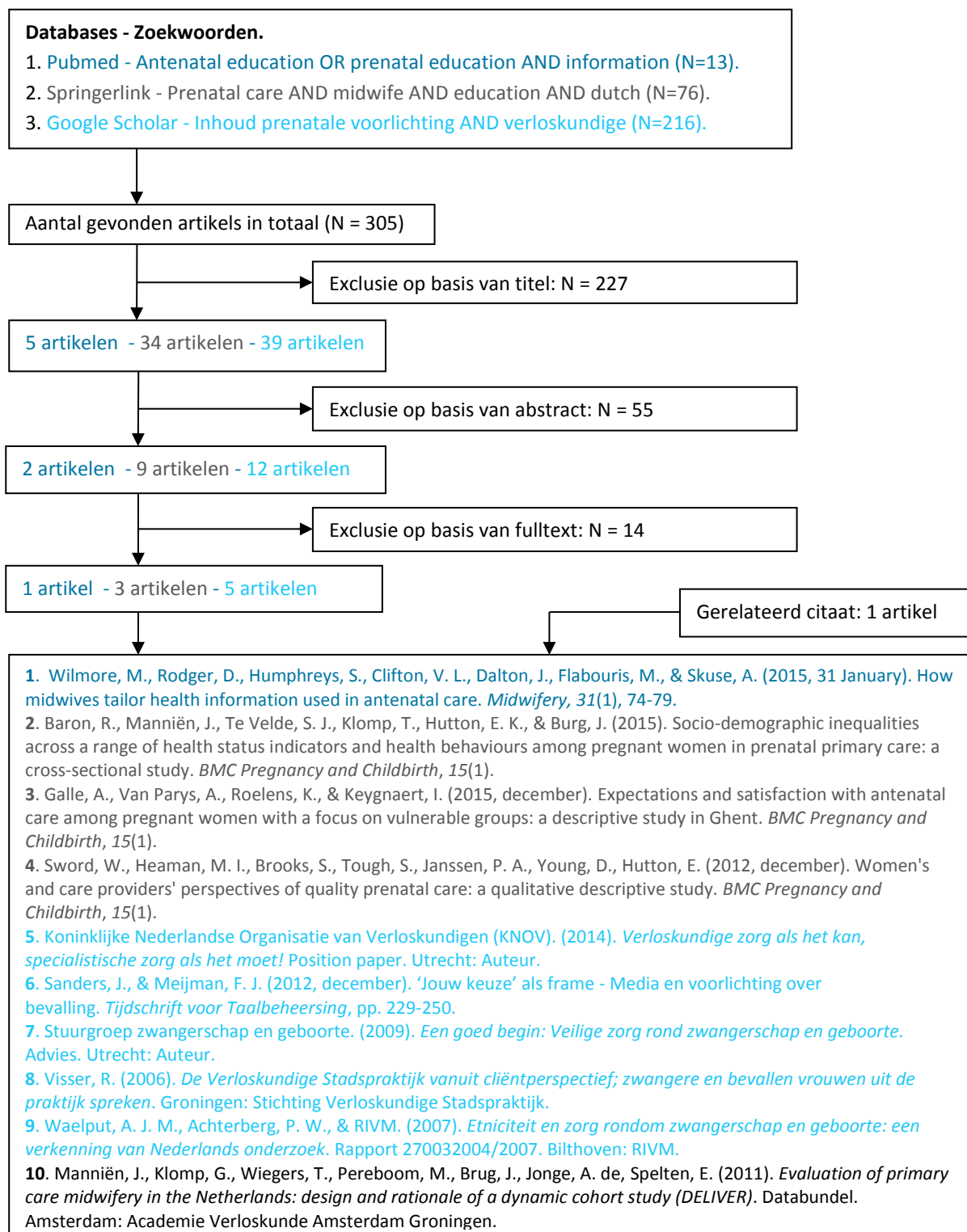
- Wat houdt prenatale voorlichting in en wat is het doel hiervan?
- Hoe is de verloskundige zorg in Nederland geregeld met betrekking tot de prenatale consultaties?
- Welke onderwerpen worden normaliter besproken tijdens de prenatale consultaties?
- Op welke manieren kan prenatale voorlichting gegeven worden?
- Waarop is de voorlichting door de verloskundige gebaseerd?

Om de literatuurstudie te kunnen uitvoeren, is gebruik gemaakt van de databanken Pubmed en Springerlink. Daarnaast werd de zoekmachine Google Scholar gebruikt. In de databanken is gericht gezocht naar literatuur met behulp van de zoekwoorden 'OR' en 'AND' als booleaanse operatoren (Verhoeven, 2011). Deze zoekwoorden zijn bij de bijbehorende databank opgesteld in de zoekboom in figuur 1.

Om te bepalen welke bronnen bruikbaar zijn voor het onderzoek zijn vooraf inclusiecriteria opgesteld. Allereerst is de literatuur gepubliceerd na 2006 en is een fulltext artikel beschikbaar. Daarnaast is de literatuur gepubliceerd in het Nederlands of Engels en gericht op de eerstelijns verloskundige. Enkel de literatuur die binnen de inclusiecriteria valt, is bruikbaar voor het onderzoek.

Eén artikel is gevonden als verwijzing in een ander artikel, welke bruikbaar is voor het onderzoek. Dit wordt de sneeuwbalmethode genoemd (Verhoeven, 2011). Dit artikel is geïnccludeerd in de literatuurstudie en benoemd in de zoekboom.

Ter verduidelijking van de selectie van relevante literatuur is gebruik gemaakt van een zoekboom, zie figuur 1. De gevonden literatuur is geselecteerd op basis van de titel, de inhoud van het abstract en de inhoud van het fulltext artikel. De bronvermelding van de artikelen is volgens de American Psychological Association richtlijnen (APA-richtlijnen) opgesteld.



Figuur 1 - Zoekboom

1.2 - Verloskundige zorg in Nederland

In Nederland is de verloskundige zorg op een unieke manier geregeld. In tegenstelling tot veel andere landen wordt in Nederland de verloskundige gezien als eerste aanspreekpunt tijdens de zwangerschap. De Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) heeft dan ook als uitgangspunt dat de verloskundige zorg in eerste instantie door verloskundigen geleverd moet worden en als het niet anders kan door een medisch specialist. De juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener staan hierbij centraal (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 2014).

De verloskundige zorg in Nederland is verdeeld in de eerste-, tweede- en derdelijns zorg. Vrouwen met een laag risico tijdens de zwangerschap worden opgevolgd in de eerste lijn. Eerstelijnszorg is toegankelijke zorg dicht bij huis. De eerstelijns verloskundige begeleidt de zwangere vrouw zolang de zwangerschap fysiologisch verloopt. Wanneer sprake is van complicaties of een verhoogd risico daarop, vindt doorverwijzing plaats naar de tweede- of derde lijn. In de tweede lijn zijn de klinisch verloskundige, gynaecoloog en kinderarts werkzaam. De derde lijn is specialistische zorg die geleverd wordt in een academisch centrum (KNOV, 2013).

Eerstelijns verloskundigen zijn werkzaam in een eigen praktijk of een maatschap. De meeste praktijken zijn tegenwoordig groepspraktijken met meerdere verloskundigen (Manniën et al., 2011). Uit onderzoek bleek dat Nederland op 1 januari 2015 532 verloskundigenpraktijken telt (Hassel, Kasteleijn & Kenens, 2016). Deze praktijken zijn onderverdeeld in solopraktijken (15%), duo praktijken (24%) en groepspraktijken (61%). In de groepspraktijken werkt 58% samen met drie of vier verloskundigen. De overige 42% is werkzaam in een praktijk met vijf of meer verloskundigen. Uit dezelfde registratie bleek dat in Nederland begin vorig jaar 3150 verloskundigen werkzaam zijn. Van deze verloskundigen is 71% werkzaam in de eerste lijn als zelfstandige of in dienst bij een zelfstandig gevestigde verloskundige. Het merendeel van de eerstelijns verloskundigen werkt in de provincies Zuid-Holland (20%), Noord-Holland (17%), Noord-Brabant (14%) en Gelderland (14%). In Zeeland zijn de minste eerstelijns verloskundigen werkzaam, namelijk 23, welke staan voor één procent van het totaal aan eerstelijns verloskundigen in Nederland (Hassel et al., 2016). Gemiddeld zijn in Nederland 6,7 eerstelijns verloskundigen werkzaam per 10.000 vrouwen. Deze vrouwen vallen binnen de vruchtbare leeftijdscategorie van vijftien tot 39 jaar (KNOV, 2015). De werkweek van de gemiddelde verloskundige bedraagt ruim vier dagen per week. Verloskundigen werken gemiddeld 37,8 uur per week, waarvan 14,1 uur besteed wordt aan het houden van spreekuur.

Zwangere vrouwen komen dertien tot vijftien keer op consult bij de verloskundige tijdens de zwangerschap. De helft van de consulten vinden plaats in het derde trimester, tussen de 27 en 40 weken zwangerschap (KNOV, 2015).

1.2.1 - De verloskundige

Een verloskundige voert verschillende taken uit, variërend van preconceptioneel advies tot postnatale zorg. Preconceptioneel advies is het inzetten van zorg vóór de conceptie voor een zo gezond mogelijke start van de zwangerschap (Waelput, Achterberg, & RIVM, 2007). Volgens het Beroepsprofiel van de verloskundige (KNOV, 2014) vervult zij de rollen van medisch professional, coach en begeleider, voorlichter en counselor, casemanager, innovator en praktijkmanager. De verloskundige houdt in de begeleiding rekening met psychische, culturele, maatschappelijke en

sociale aspecten om de ouders ondersteuning te bieden en de zelfzorg van de vrouw te bevorderen (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 2014).

Naast het geven van voorlichting en advies heeft de verloskundige een poortwachter functie. Ze houdt de gezondheid van moeder en kind in de gaten en voert daarbij risicoselectie uit. De verloskundige signaleert bijzonderheden en de kans op complicaties. Zij maakt een inschatting of doorverwijzing naar een andere discipline nodig is. Doordat de verloskundige een vertrouwensrelatie opbouwt met de zwangere vrouw is het vroegtijdig signaleren van risico's mogelijk (Centrum voor Jeugd en Gezin, 2010).

1.2.2 - Voorlichting

Zoals eerder beschreven is het geven van voorlichting een grote, belangrijke taak van de verloskundige. Voorlichting kan volgens Stalenhoef (2009) gedefinieerd worden als: 'Bewuste en doelgerichte communicatie waardoor de patiënt informatie kan verkrijgen, verwerken en toepassen'. Voorlichting kan gegeven worden door te informeren, adviseren en instrueren. Tijdens de prenatale consultaties is zowel sprake van intentionele als faciliterende voorlichting (Sassen, 2013). Door middel van intentionele voorlichting wordt een poging gedaan om het gedrag van de zwangere vrouw te beïnvloeden ter verbetering van de gezondheid. Daarnaast wordt faciliterende voorlichting toegepast om de kennis van de zwangere vrouw te vergroten met betrekking tot de zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Het geven van voorlichting kent meerdere doelen zoals: Preventie, kennis, therapietrouwheid, gedragsverandering, ondersteuning van zelfzorg of geruststelling (Maertens & Maris, 2000). Preventie vormt een belangrijk item van het geven van voorlichting. Preventie heeft als doel om de gezondheid te bevorderen en gezondheidsrisico's te beperken. Tijdens de zwangerschap kan preventie de uitkomst van de zwangerschap en de levenskansen van moeder en kind sterk verbeteren. Volgens de Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) valt op het vlak van preventie veel winst te behalen om maternale en perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen.

Voorlichtingsmanieren

Mensen onthouden lang niet alle informatie die zij te verwerken krijgen. In het algemeen wordt tien procent onthouden van wat men leest, twintig procent van wat men hoort en dertig procent van wat men ziet (Stalenhoef, 2009). Hier dient rekening mee gehouden te worden door meerdere communicatiematerialen te gebruiken in het geven van voorlichting, namelijk schriftelijk-, demonstratie-, audiovisueel-, multimediaal- en massamediamateriaal. Voorlichting kan zowel individueel als in groepsverband worden gegeven (Manniën et al., 2011). Volgens het onderzoek onder verloskundigen en cliënten van 20 verloskundigenpraktijken door Manniën et al. (2011) wordt groepsvoorlichting minder vaak toegepast door verloskundigen. Toch zijn in Nederland in 2011 de eerste verloskundigenpraktijken gestart met CenteringPregnancy (Van Zwicht, Rijnders, Aalhuizen, Crone & Pal-de Bruin, 2013). Bij CenteringPregnancy vindt alleen het eerste consult individueel plaats. De overige consulten vinden in groepsverband plaats met zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur. Deze groepsbijeenkomsten duren minstens een uur en bieden ruimte voor uitgebreidere voorlichting en het uitwisselen van kennis en ervaringen. De effectiviteit van voorlichting wordt verhoogd wanneer verschillende methoden worden gebruikt. Het geven van groepsvoorlichting leent zich goed wanneer de voorlichting gaat over onderwerpen die alle zwangeren aangaat. Individuele voorlichting is gericht op de specifieke situatie van de zwangere vrouw, waardoor dit noodzakelijk blijft. Schriftelijke informatie ondersteunt de mondelinge informatie die de verloskundige geeft (de Boer et al., 2008).

1.2.3 - Prenatale voorlichting

Prenatale zorg is een van de meest gebruikte preventieve zorgvoorzieningen in ontwikkelde landen. Prenatale zorg kan gedefinieerd worden als de detectie, behandeling en preventie van ongewenste uitkomsten, zowel maternaal, foetaal als bij de pasgeborene (Sword et al., 2012). Daarnaast draait prenatale zorg om interventies gericht op psychosociale stress, schadelijk gezondheidsgedrag en ongunstige sociaaleconomische omstandigheden. Kijkend naar de prenatale zorg is de kwaliteit belangrijker dan de kwantiteit. Naar aanleiding van interviews onder veertig verloskundigen en veertig zwangere vrouwen is vastgesteld dat de adequaatheid en timing van de zorg van meer belang zijn ten opzichte van het aantal consultaties (Sword et al., 2012). Binnen de prenatale zorg vindt veel voorlichting plaats tijdens de consultaties in de zwangerschap, dit wordt de prenatale voorlichting genoemd.

Al voor de bevalling moeten verschillende keuzes gemaakt worden door de toekomstige ouders. Prenatale voorlichting is hierbij een belangrijke, maar niet de enige bron van kennis (Sanders & Meijman, 2012). Tegenwoordig is veel informatie te verkrijgen via massamedia en sociale media. Op internet en televisie worden persoonlijke ervaringen omtrent de zwangerschap, bevalling en de kraamtijd openlijk besproken. Zwangere vrouwen worden door deze informatie beïnvloed en nemen deze mee in hun beslissingen. Toch blijft volgens de analyse van Sanders en Meijman (2012) professionele voorlichting een belangrijke bron van informatie voor patiënten en dit geldt zeker voor zwangere vrouwen die zich voorbereiden op hun bevalling, kraamtijd en toekomstig gezin. Volgens Wilmore et al. (2015) is het, volgens 21 geïnterviewde verloskundigen in Adelaide, Zuid-Australië belangrijk dat de verloskundige voorlichting op maat geeft. De voorlichting dient aangepast te zijn aan de wensen en noden van de patiënt. Daarnaast kan gestandaardiseerde voorlichting de prenatale voorlichting verbeteren. Verloskundigen zien het als hun taak om de zwangeren van uitgebreide informatie te voorzien, maar door weinig tijd kan de invloed hiervan beperkt zijn. De verloskundige baseert de informatie op een combinatie van haar medische kennis en ervaring, de wensen van de cliënt en de nieuwste inzichten uit wetenschappelijk onderzoek (Manniën et al., 2011).

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft een uitgebreide brochure uitgebracht als algemeen voorlichtingsmiddel voor zwangere vrouwen en hun partners (NVOG et al., 2015). Bij de samenstelling van de informatie waren meerdere organisaties betrokken, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het nationaal informatiecentrum erfelijkheid (ERFO), de Koninklijke Nederlandse Vereniging ter Bevordering der Pharmacie, het Voedingscentrum, het Kenniscentrum Kraamzorg en het RIVM.

1.2.4 - De zwangere vrouw en voorlichting

De gezondheid van zwangere vrouwen is niet altijd optimaal. Overgewicht, ondergewicht, depressie en stress zijn suboptimale gezondheidscondities. Deze condities zijn vaak geassocieerd met negatieve zwangerschapsuitkomsten. Daarnaast kan ook de leefstijl hier invloed op hebben volgens het cross-sectioneel onderzoek onder 6711 zwangere vrouwen door Baron et al. (2015). Onder de leefstijl wordt onder andere roken, alcoholgebruik, beweging en ongezonde voeding verstaan. De verloskundige bespreekt de gezondheidscondities van de zwangere vrouw en geeft hierin begeleiding en advies.

Informatie aan de zwangere vrouw tijdens de zwangerschap draagt sterk bij aan de kwaliteit van de prenatale zorg. Sword et al. (2012) geeft aan dat het belangrijk is dat de verloskundige volledige informatie geeft aan de zwangere vrouw en geen dingen achterhoudt. De zwangere vrouw voelt zich op deze manier meer voorbereid en krijgt meer zelfvertrouwen. Daarnaast is het belangrijk dat de informatie op een eerlijke, duidelijke en begrijpelijke manier aan de zwangere gegeven wordt. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het opleidingsniveau en de afkomst. Continuïteit in het geven van voorlichting blijkt te leiden tot tevredenheid onder zwangere vrouwen. Wanneer zwangere vrouwen meerdere zorgverleners of verloskundigen treffen, is een soepele overgang tussen de zorgverleners van belang. Tijdige, efficiënte en volledige overdracht van informatie spelen daarin mee. Daarnaast is goede communicatie tussen samenwerkende verloskundigen gewenst, zodat onderling geen tegenstrijdige informatie gegeven wordt en men op de hoogte is van wat eerder besproken is (Manniën et al., 2011). Rapportage speelt hierin een belangrijke rol (de Boer et al., 2008). De verloskundige krijgt de voorkeur voor de begeleiding tijdens de zwangerschap ten opzichte van de gynaecoloog of de huisarts. De verloskundige benadert de zwangerschap minder medisch en ziet deze als een normale fysiologische gebeurtenis. Daarbij wordt meer aandacht besteed aan de persoonlijke situatie van de zwangere en zou de zwangere meer gestimuleerd worden om mee te denken in beslissingen.

1.2.5 - Voorlichtingsschema's

Zoals eerder benoemd kan gestandaardiseerde voorlichting de prenatale voorlichting verbeteren (Wilmore et al., 2015). Voorlichtingsschema's dragen hieraan bij en vormen een overzicht van de inhoud en timing van de prenatale voorlichting. Er zijn verschillende zorg- en klinische paden voor handen. Een zorg- of klinisch pad wordt volgens de European Pathway Association gedefinieerd als: 'Een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader (Vanhaecht, Sermeus & De Witte, 2007). Voorbeelden van klinische paden zijn het geboorteplan 'een goed begin' (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009), zorgpad project2Move)) (Ijsseldijk, 2011) en de Belgische nationale richtlijn prenatale zorg: 'Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap?' (KCE, 2015). Daarnaast is de praktijkkaart en het consultschema 'Prenatale verloskundige begeleiding' beschikbaar gesteld door de KNOV (2013) als hulpmiddel bij het geven van voorlichting. Volgens dit consultschema wordt rond de zwangerschapstermijn van twintig weken voorlichting gegeven over het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), hypertensieve klachten, zwangerschapscursussen, borstvoeding en kindsbewegingen. Daarnaast is ruimte voor vragen en medische en psychosociale aspecten (KNOV, 2013).

Verloskundigenpraktijken zijn vrij in het wel of niet gebruiken van een voorlichtingsschema. Het is niet bekend of voorlichtingsschema's veelvuldig gebruikt worden in de Nederlandse verloskundigenpraktijken. De verloskundigen bepalen zelf of en wanneer zij welke voorlichting geven tijdens de consultaties.

1.2.6 - Verwachtingen van de voorlichting

Zwangere vrouwen krijgen veel informatie te verwerken tijdens de zwangerschap. Voornamelijk tijdens het intakegesprek ontvangen de cliënten veel folders en brochures. De 41 deelnemende cliënten aan de focusgroepgesprekken binnen De Verloskundige Stadspraktijk (Visser, 2006) beschouwen de hoeveelheid aan folders en brochures groot. Zij verwachten meer mondelinge informatie van de verloskundige. Uit recent onderzoek onder 155 zwangere vrouwen in Gent, België

(Galle, Van Parys, Roelens & Keygnaert, 2015) blijkt dat de informatie die gegeven wordt tijdens de zwangerschap nog verbeterd kan worden. Een kwart van de cliënten vindt dat de informatievoorziening vanuit de verloskundige te kort schiet. Onderwerpen die meer behandeld kunnen worden zijn zwangerschaps cursussen, de bevalling, prenatale screening, borstvoeding en het zwangerschapsverloop. Punten van verbetering die naar voren komen in het onderzoek van Visser (2006) zijn een langer consult, meer persoonlijke begeleiding, meer begeleiding bij het maken van keuzes, informatieavonden en een meer gestructureerd informatieaanbod.

1.2.7 - Prenatale voorlichtingsonderwerpen

Uit de voorlichtingsschema's in voorgaande paragraaf komen veel onderwerpen naar voren die tijdens de zwangerschap aandacht behoren te krijgen in de prenatale voorlichting. De KNOV (2008) raadt de verloskundige aan deze onderwerpen te bespreken tijdens de prenatale consultaties.

Verloop zwangerschap, bevallen en de kraamtijd

Allereerst verlangt de zwangere vrouw uitgebreide informatie te ontvangen over het verloop van de zwangerschap, bevalling en de kraamtijd. Deze informatie vormt de voorbereiding op wat komen gaat en draagt bij aan de beleving van de zwangerschap (Sword et al., 2012). De keuze voor borst- en flesvoeding is een onderwerp dat veel besproken wordt onder zwangere vrouwen. De verloskundige speelt in deze keuze een grote rol.

Leefstijl

Vervolgens dient voorlichting gegeven te worden over de leefstijl, volgens Manniën et al (2011) verdient deze meer aandacht gedurende de zwangerschap. De leefstijl bestaat uit verschillende factoren, waaronder beweging, voeding, ontspanning en middelengebruik. Bij een gezonde leefstijl is sprake van algemeen welzijn in een zwangerschap, zowel voor moeder als kind (Huber, 2012). Ter bevordering van de gezondheid van moeder en kind wordt het gebruik van extra vitaminen en foliumzuur tijdens de zwangerschap aanbevolen (KNOV, 2013).

Fysiek, psychologisch en sociaal welbevinden

Naast een gezonde leefstijl is het fysieke, psychologische en sociale welbevinden van de aanstaande ouders een voorwaarde voor een voorspoedige groei, ontwikkeling en gezondheid van het kind (KNOV, 2013). De onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit en werk staan in relatie tot dit welbevinden. Een stabiel gezinsleven begint met goede voorbereiding op het ouderschap. Voorlichting met betrekking tot de thuissituatie en sociale verandering dragen bij aan deze voorbereiding.

Infectieziekten

In Nederland wordt standaard gescreend op hepatitis B, syfilis en hiv. Op de infectieziekten cytomegalovirus (CMV), toxoplasmose en listeria wordt niet standaard gescreend. Deze infectieziekten kunnen echter nadelige gevolgen hebben voor zowel de zwangere vrouw als het ongeboren kind. Besmetting kan voorkomen worden door het juiste gedrag aan te moedigen met betrekking tot voedsel en de omgang met personen en dieren (Manniën et al., 2011).

Onderzoeken

De zwangere vrouw zal verschillende onderzoeken ondergaan tijdens de zwangerschap. Naast bloedonderzoek is de prenatale screening een belangrijk onderzoek tijdens de zwangerschap. Prenatale screening is het onderzoek naar mogelijk aangeboren afwijkingen bij het ongeboren kind. Dit kan gedaan worden door middel van het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) op een zwangerschapstermijn van twintig weken. Bij de screening is voorlichting van groot belang, aangezien deze onzekerheid, verwarring en geruststelling over de gezondheid van het kind met zich mee kan brengen (de Boer et al., 2008).

1.2.8 - Prenatale voorlichting ten opzichte van etniciteit en sociaaleconomische status

Prenatale voorlichting wordt niet enkel verstrekt aan gezonde, zwangere vrouwen. De kans op perinatale complicaties en perinatale sterfte kan verhoogd worden door verschillende factoren, zoals jongere en oudere leeftijd van de moeder, alleenstaand ouderschap, sociaaleconomische status, lengte, etnische herkomst en gebruik van tabak en alcohol door de moeder (Waelput et al., 2007). Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben gemiddeld een slechtere gezondheid dan mensen met een hogere sociaaleconomische status (Baron et al., 2015). Daarnaast blijkt dat lager opgeleide zwangeren een verminderde gezondheidsconditie hebben ten opzichte van hoger opgeleide zwangere vrouwen. De prevalentie van bijvoorbeeld obesitas, overgewicht, roken en depressie is hoger bij lager opgeleide zwangeren dan bij hoger opgeleide zwangeren. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat zwangeren met een andere etnische afkomst hun algehele gezondheid lager beoordelen en meer last hebben van overgewicht, zwangerschapsklachten en depressies. Daarbij komt dat vrouwen van een andere etnische afkomst minder deelnemen aan prenatale lessen (Baron et al., 2015).

Mede door de lagere gezondheidsopvatting zijn de zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen en hun kinderen van allochtone afkomst minder gunstig dan bij autochtone zwangeren en hun kinderen. Het verschil in risicofactoren is te verklaren door het minder bekend zijn met preventieve maatregelen en het later melden voor verloskundige zorg. Deze punten zorgen ervoor dat zij de kans missen om tijdig informatie te krijgen om de gezondheid van zichzelf en hun kind zo optimaal mogelijk te maken. Daarnaast zijn achterliggende factoren, zoals het niet beheersen van de Nederlandse taal of sociaaleconomische verschillen, verklaringen voor het gezondheidsverschil tussen allochtone en autochtone zwangeren (Waelput et al., 2007). Om vrouwen van allochtone afkomst toch voldoende te informeren, kunnen voorlichtingsavonden georganiseerd worden door allochtone zorgconsulenten. Ook is een draaiboek ontwikkeld voor Turkse en Marokkaanse aanstaande moeders. Daarnaast hebben de sociale- en maatschappelijke situatie bij zwangere vrouwen met een lagere sociaaleconomische status meer aandacht nodig (Waelput et al., 2007).

1.3 - Samenvatting

In tegenstelling tot veel andere landen wordt in Nederland de verloskundige gezien als eerste aanspreekpunt tijdens de zwangerschap. De verloskundige voert verschillende taken uit, variërend van preconceptioneel advies tot postnatale zorg. De verloskundige vervult de rollen van medisch professional, coach en begeleider, voorlichter en counselor, casemanager, innovator en praktijkmanager. De verloskundige houdt in de begeleiding rekening met psychische, culturele, maatschappelijke en sociale aspecten om de ouders ondersteuning te bieden en de zelfzorg van de vrouw te bevorderen. Voorlichting geven is een grote, belangrijke taak van de verloskundige. Preventie maakt onderdeel uit van de voorlichting en kan de uitkomst van de zwangerschap en de levenskansen van moeder en kind sterk verbeteren. Professionele voorlichting blijft een belangrijke

bron van informatie voor zwangere vrouwen. De informatie die gegeven wordt tijdens de zwangerschap kan verbeterd worden. Zo worden onderwerpen aangeraden die meer behandeld kunnen worden tijdens de zwangerschap. Vrouwen met een andere etniciteit of lage sociaaleconomische status hebben extra ondersteuning nodig tijdens de zwangerschap. Deze extra ondersteuning kan geboden worden door de verloskundige.

2. Onderzoeksmethoden

Om het onderzoek uit te kunnen voeren, is op voorhand een plan opgesteld. De uitvoering van dit plan is allereerst opgesteld in het onderzoekstype en -ontwerp, de onderzoekspopulatie en de onderzoeksperiode. Vervolgens zijn de gegevensverzameling en -analyse opgesteld. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek met betrekking tot kwaliteitsbewaking worden benoemd. Ten slotte komen de juridische en ethische aspecten aan bod.

2.1 - Onderzoekstype en -ontwerp

Naar aanleiding van de probleemstelling en de deelvragen is gekozen voor een kwantitatief onderzoek om een grote hoeveelheid respondenten te kunnen werven en informatie te verkrijgen in de vorm van cijfers en termen van hoeveelheid (Verhoeven, 2011). Dit onderzoek betreft een surveyonderzoek door middel van een online enquête. Vanwege het verkrijgen van zoveel mogelijk informatie bij een zo groot mogelijke populatie is gekozen voor een online enquête. Door middel van de enquête is de werkwijze van de Nederlandse eerstelijns verloskundige met betrekking tot de prenatale voorlichting gemeten. Een online enquête verlaagt de kans op verkeerd of niet ingevulde vragen ten opzichte van een papieren enquête. Daarnaast verloopt het invullen en uitwerken sneller en bepaalt de respondent zelf het tijdstip en het tempo van invullen van de enquête (Burns & Bush, 2006).

2.2 - Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie in dit onderzoek bestaat uit Nederlandse eerstelijns verloskundigen. De verloskundigen zijn werkzaam in een eerstelijns verloskundigenpraktijk en voeren spreekuur uit met zwangere vrouwen. Op 1 januari 2015 zijn 2174 verloskundigen werkzaam in 532 eerstelijns verloskundigenpraktijken (Hassel et al., 2016). Vanwege de grote onderzoekspopulatie is een aselechte steekproef met behulp van een toevalsgenerator uitgevoerd. Met behulp van de toevalsgenerator op www.random.org zijn 93 verloskundigenpraktijken geselecteerd. Deze verloskundigenpraktijken konden zowel solo-, duo- als groepspraktijken zijn.

2.3 - Onderzoeksperiode en -plaats

Het volledige onderzoek van voorbereiding tot afronding heeft plaatsgevonden van september 2015 tot en met juni 2016. De enquête is 26 februari 2016 verzonden. Drie maart 2016 is de herinneringsmail gestuurd. De enquête is op 19 maart 2016 offline gehaald. De online enquête is verspreid onder eerstelijns verloskundigen in geheel Nederland.

2.4 - Wijze gegevensverzameling

Om de data te verzamelen die nodig is om uiteindelijk een conclusie te kunnen trekken, is gebruik gemaakt van een enquête, deze is bijgevoegd in bijlage 1. De enquêtevragen zijn opgesteld aan de hand van een operationaliseringsschema welke de onderbouwing van de enquête vormt (Verhoeven, 2011).

Vanuit de hoofdvraag: 'Welke onderwerpen worden tijdens de prenatale consultaties met de zwangere vrouw besproken door de Nederlandse eerstelijns verloskundige en op welke manier wordt over deze onderwerpen voorlichting gegeven?' zijn drie deelvragen opgesteld. Deze deelvragen zijn in het operationaliseringsschema gekoppeld aan de enquêtevragen met bijbehorende

literatuur. De enquêtevragen zijn in het operationaliseringsschema benoemd middels het onderwerp van de vraag.

Met zicht op de verwerking van de resultaten zijn de meetniveaus tevens in het schema opgenomen. Deze niveaus geven aan waarop een variabele gemeten kan worden, variërend van nominaal (NOM), ordinaal (ORD), interval (INT) en ratio (RAT) (Verhoeven, 2011). Het operationaliseringsschema met daarin de nummers van de enquêtevragen, de onderwerpen, de bijbehorende literatuur, de deelvragen en de meetniveaus is opgesteld in tabel 1.

De deelvragen zijn als volgt:

1. Welke onderwerpen worden in welke mate tijdens de prenatale consultaties besproken met de zwangere vrouw door de Nederlandse eerstelijns verloskundige?
2. Op welke manier wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige prenatale voorlichting gegeven aan de zwangere vrouw?
3. In hoeverre zijn de Nederlandse eerstelijns verloskundigen gelijkgestemd wat betreft het geven van voorlichting in bepaalde casussituaties?

Tabel 1 - Operationaliseringsschema

Nr.	Onderwerp	Literatuur	Deel-vraag	Meet-niveau
1	Leeftijd	De personen die deelnemen aan een vragenlijstonderzoek, worden respondenten genoemd. De respondenten hebben toestemming gegeven tot deelname en vormen het deel van de steekproef dat aan het onderzoek meedoet (Verhoeven, 2011). De algemene vragen vormen een overzicht van de kenmerken van de respondenten.	-	RAT
2	Opleidingsplaats			NOM
3	Provincie			NOM
4	Jaren werkzaam			RAT
5	Praktijkvorm			NOM
6	Spreekuur			ORD
7	Tijdsduur consult	De verloskundige zorg tijdens de zwangerschap in Nederland bestaat uit een eerste individueel consult waar de anamnese wordt afgenomen en hierna uit consulten van gemiddeld vijftien minuten (de Boer et al., 2008).	-	RAT
8	Hoeveelheid zwangeren	Zie 1-6.	-	RAT
9	Aantal consulten	Gemiddeld komen zwangere vrouwen dertien tot vijftien keer op consult bij de verloskundige tijdens de zwangerschap. De helft van de consulten vinden plaats in het derde trimester, tussen de 27 en 40 weken zwangerschap (KNOV, 2015).	-	RAT
10	Opleidingsniveau cliënten	Zie 1-6	-	NOM
11	Herkomst cliënten			NOM
12	Gemiddelde leeftijd cliënten			ORD
13	Voorlichtings-onderwerpen	In de standaard van de KNOV worden onderwerpen aanbevolen om als verloskundige te bespreken tijdens de prenatale consultaties (de Boer et al., 2008). Voeding, beweging en gewicht staan in relatie tot elkaar binnen de leefstijl. Alcohol-, nicotine- en drugsgebruik vallen samen binnen de categorie middelengebruik (KNOV, 2013).	1	INT
14	Meebeslissen zwangere vrouw	De verloskundige bepaalt samen met de cliënt de momenten waarop zij informatie aanbiedt. Het is belangrijk dat de cliënt de ruimte heeft om vragen te kunnen stellen. De informatiebehoefte van de cliënt is dus steeds het uitgangspunt (de Boer et al., 2008).	2	NOM

15	Vervolgafpraak	Wanneer een zwangere meer informatie nodig heeft tijdens de zwangerschap, kan een extra consult worden gepland. Een doorverwijzing kan uitkomst bieden wanneer informatie nodig is wat past binnen een andere discipline, hierbij kan gedacht worden aan een bekkenfysiotherapeut (de Boer et al., 2008).	2	NOM
16	Goede voorlichting	Volgens de DELIVER-studie ontbreekt het verloskundigen aan tijd om de ontwikkelingen, zoals groepsvoorlichting en het kindervenssprekkuur, goed invulling te kunnen geven. Verder beoordelen verloskundigen in ruime meerderheid het overleg met collega's als redelijk goed (Manniën et al, 2011).	2	NOM
17	Casus gezonde zwangere vrouw	De praktijkkaart van de KNOV geeft aan dat op een zwangerschapstermijn van twintig weken in principe actief informatie wordt gegeven over lichamelijke en psychosociale ontwikkelingen. Naar behoefte kan informatie gegeven worden over de bevalling, kraamtijd en beginnend ouderschap. De stemming, stress, lichamelijke klachten en psychosociale veranderingen zullen aandacht krijgen (KNOV, 2011).	3	NOM
18	Casus kwetsbare zwangere vrouw	Kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap is het gelijktijdig bestaan van medische en niet-medische risico's voor een ongezonde zwangerschap. Daarnaast zijn psychiatrische-, psychosociale- of verslavingsproblemen aanwezig. Ten slotte is een gebrek aan middelen om problemen op te kunnen lossen en staan kwetsbare zwangeren minder open voor informatievoorziening en adviezen (de Graaf, Steegers, Bonsel, Rombout, 2015).	3	NOM
19	Casus allochtone zwangere vrouw	De zwangerschapsuitkomsten bij allochtone vrouwen en hun kinderen zijn over het algemeen minder gunstig dan bij zwangere vrouwen en hun kinderen dan bij Nederlandse vrouwen. De verschillen zijn deels te verklaren door verschillen in risicofactoren. Allochtone vrouwen zijn minder bekend met preventieve maatregelen zoals extra foliumzuurgebruik, melden zich later voor verloskundige zorg en maken minder gebruik van kraamzorg (Alakay, Singels, der Stouwe, Kuhlman & Brouns, 2008).	3	NOM
20	Voorlichtings-manieren	Vele manieren zijn voor handen om voorlichting te geven, variërend van individuele voorlichting tot groepsvoorlichting (de Boer et al., 2008).	2	NOM
21	Beste voorlichtings-methode	Het meest effectief is als verschillende methoden worden gebruikt als voorlichting (de Boer et al., 2008).	2	NOM
22	Voorlichtings-materiaal allochtonen	Voorlichting aan allochtonen in Nederland wordt steeds vaker gegeven in de eigen taal en vanuit de eigen cultuur. Naast een voorlichtingsmap bestaat een set van voorlichtingsplaten (Alakay et al., 2008).	2	NOM
23	Achtergrond voorlichting	De verloskundige handelt op basis van een combinatie van haar medische kennis en ervaring, de wensen van de cliënt en de nieuwste inzichten uit wetenschappelijk onderzoek (Manniën et al., 2011).	2	NOM
24	Samenwerking collega's	Betere communicatie tussen de verloskundigen is gewenst zodat ze onderling geen tegenstrijdige informatie geven en op de hoogte zijn van wat er eerder besproken is (Manniën et al., 2011). Rapportage speelt hierin een belangrijke rol (de Boer et al., 2008).	2	NOM
25	Voorlichtings-schema	Meerdere voorlichtingsschema's zijn voor handen om te gebruiken als een leidend schema voor de consulten en bijbehorende voorlichting. De verloskundigenpraktijk bepaald zelf of ze een schema gebruikt en welk schema.	2	NOM
26	Voorlichtingsfolder 'Zwanger!'	Het RIVM heeft een brochure als voorlichtingsmiddel uitgebracht met algemene informatie voor vrouwen die zwanger zijn en hun partners (NVOG et al., 2015).	2	NOM

De enquête is met behulp van www.thesistools.com online gezet. De uitnodiging tot deelname aan het onderzoek is verzonden via e-mail naar in eerste instantie 68 verloskundigenpraktijken. In de e-mail werd in de begeleidende tekst uitleg gegeven over het onderzoek en verwezen naar de link van de online enquête. Na twee weken is een herinneringsmail verzonden en zijn nog eens 22 verloskundigenpraktijken gecontacteerd.

De enquête bestaat uit zowel open als gesloten vragen met verschillende typen antwoordmogelijkheden, zodat de antwoorden uitsluitend en uitputtend zijn. Gesloten vragen hebben de overhand in verband met het kwantitatieve karakter van het onderzoek. In de enquête is gebruik gemaakt van het enkelvoudige antwoordtype, een lijst, open-, halfopen- en meervoudige antwoorden en een Likertschaal (Verhoeven, 2011). De Likertschaal is toegepast bij de vraag over de mate van behandeling van voorlichtingsonderwerpen (zie bijlage 1). Door middel van deze Likertschaal kan nagegaan worden welke onderwerpen nooit, tot welke onderwerpen altijd en uitgebreid worden behandeld.

2.5 - Wijze gegevensverwerking en -analyse

De resultaten van de online enquête zijn via Excel overgezet en vervolgens geanalyseerd met behulp van IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software © Copyright IBM Corporation 1994, 2014. Allereerst is een codeboek opgesteld, zie bijlage 2, waarbij de enquêtevragen zijn omgezet in variabelen. De open antwoordmogelijkheden bij de vragen naar aanleiding van de casussen zijn omgezet in categorieën, zodat deze kwantitatief benaderd konden worden. De resultaten zijn met behulp van het statistisch analyseprogramma verwerkt. Het overgrote deel van de data is verwerkt door middel van frequentietabellen. Daarnaast is, met name bij de kenmerken van de respondenten, gebruik gemaakt van de centrummaat gemiddelde en de spreidingsmaat variatiebreedte. Een kruistabel is gemaakt van de Likertschaal. De verwerkte data is vormgegeven in tabellen en grafieken, waarna verbanden en conclusies zijn getrokken.

2.6 - Kwaliteitsbewaking

Om de kwaliteit van een onderzoek te waarborgen, worden de betrouwbaarheid en validiteit bepaald. Deze begrippen duiden de soorten fouten aan die kunnen voorkomen in een onderzoek. Wanneer sprake is van weinig fouten, zal het onderzoek tot kwalitatief goede conclusies leiden (Verhoeven, 2011).

2.6.1 - Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de resultaten geeft aan in hoeverre toevallige fouten voorkomen in een onderzoek. De betrouwbaarheid kan onderzocht worden, wanneer het onderzoek herhaalbaar is (Verhoeven, 2011). Dit onderzoek onder eerstelijns verloskundigen kan op een later moment herhaald worden met behulp van de enquête. De resultaten die uit een herhalingsonderzoek binnen bepaalde tijd naar voren zullen komen, zouden hoogstwaarschijnlijk tot dezelfde resultaten leiden. Hier is sprake van wanneer nog geen vernieuwingen hebben plaatsgevonden in de verloskunde. De herhaling van resultaten maakt dit onderzoek betrouwbaar. Daarnaast is peer examination toegepast in dit onderzoek. De enquête is van tevoren beoordeeld op fouten, opbouw en ordening door medestudenten, de begeleidende docent namens de HZ University of Applied Sciences en een leek op het gebied van verloskunde. De resultaten zijn tevens beoordeeld door een peergroup en de begeleidende docent. Om de betrouwbaarheid te verhogen is een aselechte steekproef uitgevoerd. De steekproefgrootte is berekend met een steekproefcalculator op www.steekproefcalculator.com met

behulp van een toevalsgenerator. In de berekening is uitgegaan van een foutenmarge van 10%, betrouwbaarheidsniveau van 95% en een spreiding in de data van 50%. Naar aanleiding van de onderzoekspopulatie van 2174 werkzame eerstelijns verloskundigen, kwam de steekproefgrootte uit op 93 verloskundigen. De antwoorden uit de enquête zijn online overgezet in SPSS, waardoor geen sprake is van toevallige fouten door het handmatig uitwerken van de enquête. Enkel de antwoorden met betrekking tot de casussen zijn handmatig overgezet in SPSS, hier kunnen mogelijk toevallige fouten hebben plaatsgevonden. Om fouten te voorkomen in het overzetten, is dit tweemaal uitgevoerd ter extra controle.

2.6.2 - Validiteit

Wanneer de gegevens betrouwbaar zijn, wil dat niet zeggen dat ze ook geldig of valide zijn. Validiteit geeft aan dat gemeten is wat beoogd is te meten (Baarda & De Goede, 2006). Het draait hierbij om de geldigheid en zuiverheid van het onderzoek. Bij het meten van de validiteit wordt nagegaan in welke mate systematische fouten worden gemaakt. De enquête is opgesteld aan de hand van de hoofd- en deelvragen en literatuur. Dit bevordert de validiteit doordat de vragen allen vallen onder de hoofdvraag en deel uitmaken van het onderzoek. De enquêtevragen zijn daarnaast te verantwoorden door de onderbouwende literatuur. De online enquête is tijdens het onderzoek niet bijgesteld, dit draagt bij aan de interne validiteit om juiste conclusies te kunnen trekken. De enquête kon op een zelfgekozen tijdstip en tempo ingevuld worden door de respondenten. Daarnaast is op voorhand aangegeven dat de enquête anoniem wordt verwerkt, waarmee sociaal wenselijke antwoorden zijn voorkomen.

De respondenten zijn aselekt verkozen tot participatie in het onderzoek, waardoor geen selectie op voorhand heeft plaatsgevonden. De respondenten zijn in heel Nederland benaderd, waardoor de steekproef een afspiegeling vormt van de populatie. Dit draagt bij aan de vergroting van de externe validiteit.

2.7 - Juridische en ethische aspecten

De online enquête is via e-mail verstuurd naar verloskundigenpraktijken. Door deel te nemen aan de online enquête hebben de respondenten toestemming gegeven om deel te nemen aan dit onderzoek. De enquête is volledig anoniem, aangezien geen persoonsgegevens zijn verzameld. De onderzoeksresultaten zijn enkel in dit onderzoek verwerkt en nadien verwijderd.

3. Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Deze resultaten zijn verkregen uit de online enquête onder Nederlandse verloskundigen. Allereerst zijn de kenmerken van de respondenten en de bijbehorende cliëntenpopulatie opgesteld. Nadien zijn de opvallende resultaten benoemd en uitgewerkt bij de bijbehorende deelvragen.

3.1 - Kenmerken van de respondenten

De uiteindelijke respons van dit onderzoek is 55, dit komt neer op een respons van 59% van de benaderde verloskundigenpraktijken. Drie respondenten zijn vroegtijdig gestopt met de enquête na het invullen van de respondentgegevens. Deze respondenten werden geëxcludeerd uit het onderzoek. In totaal hebben 52 verloskundigen geparticipeerd in dit onderzoek. Nog drie respondenten stopten na vraag zestien en één na vraag negentien, de hierop volgende vragen zijn verwerkt als 'missings'. Missings zijn onbeantwoorde vragen, welke resulteren in ontbrekende antwoorden (Verhoeven, 2011).

De enquête is verspreid onder verloskundigenpraktijken in geheel Nederland. Gelderland (21%), Noord-Brabant en Noord-Holland vormen de grootste groep van respondenten. Flevoland en Zeeland leverden geen respondenten aan. De respondenten zijn allen Nederlandse verloskundigen, werkzaam in een verloskundigenpraktijk. In tabel 2 zijn een aantal karakteristieken van de respondenten opgesteld. Ruim de helft van de verloskundigen valt binnen de leeftijdscategorie 21-40 jaar. Amsterdam, Rotterdam en België vormen de voornaamste opleidingsplaatsen van de verloskundigen. De werkervaring varieert van één tot veertig jaar, waarbij de helft van de respondenten tien jaar of minder werkzaam is als verloskundige. De ruime meerderheid van de verloskundigen is werkzaam in een groepspraktijk.

Tabel 2 - Kenmerken van de respondenten

Karakteristieken	N=52	Percentage
Leeftijd		
21-30 jaar	14	27%
31-40 jaar	15	29%
41-50 jaar	9	17%
51-60 jaar	11	21%
>61 jaar	3	6%
Opleidingsplaats		
Amsterdam	10	19%
Groningen	6	11%
Heerlen	4	8%
Kerkrade	2	4%
Maastricht	8	15%
Rotterdam	10	19%
België	10	19%
Verenigd Koninkrijk	2	4%

Karakteristieken	N=52	Percentage
Werkervaring		
0-5 jaar	15	29%
6-10 jaar	11	21%
11-15 jaar	7	14%
16-20 jaar	6	12%
21-25 jaar	3	6%
26-30 jaar	3	6%
31-35 jaar	4	8%
36-40 jaar	3	6%
Praktijkvorm		
Eenmanspraktijk	3	6%
Duo praktijk	13	25%
Groepspraktijk	36	69%

Consultaties

Het overgrote deel van de participerende verloskundigen voert zes tot tien uur spreekuur uit per week. Eén verloskundige voert 31-40 uur spreekuur per week uit. Gemiddeld zien de verloskundigen 254 zwangere vrouwen persoonlijk op jaarbasis. Het minimum aantal zwangeren dat wordt gezien door een verloskundige is vijftig zwangere vrouwen per jaar. Twee verloskundigen hebben de hoge waarde van 999 zwangere vrouwen aangegeven.

Uitgaande van een volledig voldragen, gezonde zwangerschap komen zwangere vrouwen gemiddeld dertien keer op consultatie bij de verloskundige. Dit aantal varieert per verloskundige van acht tot zestien consulten per zwangerschap. Gemiddeld duurt een consult bij de verloskundige achttien minuten. De spreidingsbreedte van de tijdsduur van een consult loopt van tien tot veertig minuten, variërend van een eerste of een vervolgconsult.

Clëntenpopulatie

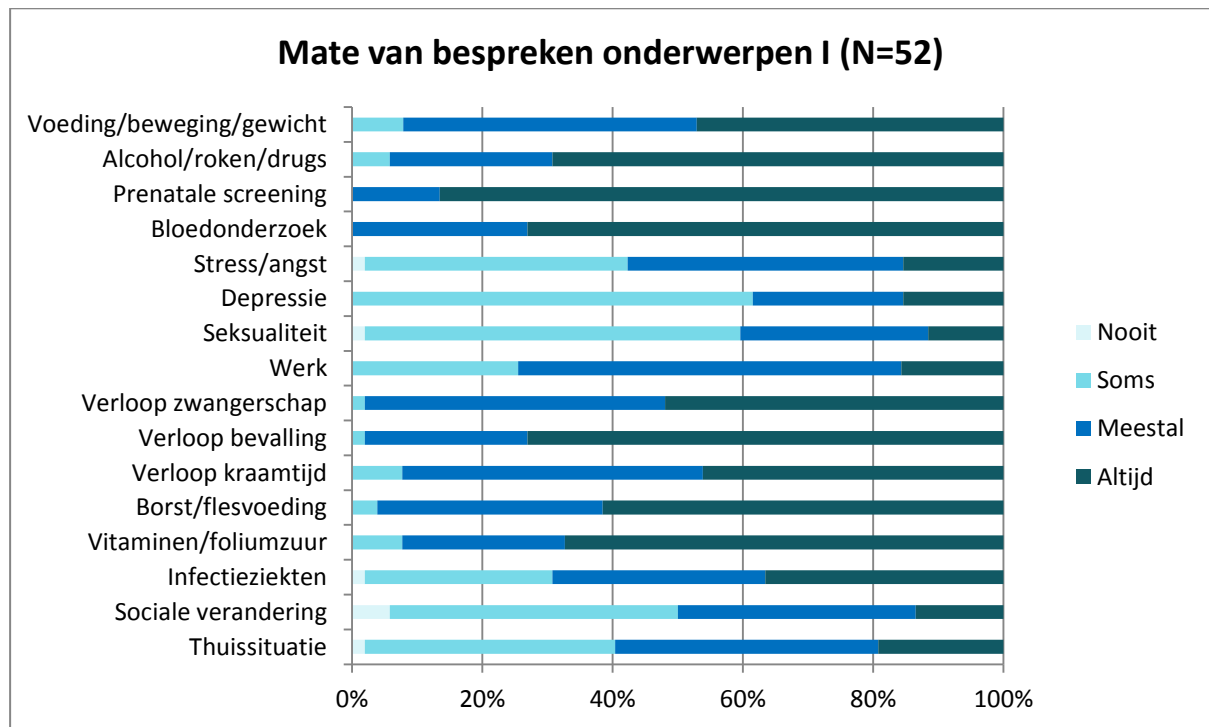
De karakteristieken van de cliëntenpopulatie zijn opgesteld in tabel 3. Deze karakteristieken zijn gebaseerd op de antwoorden van de verloskundigen en worden door de verloskundigen veelal nagevraagd tijdens het kennismakingsgesprek. De ruime meerderheid van de cliënten valt binnen de categorie 21-30 jaar. Voornamelijk komen autochtone vrouwen op consultatie bij de verloskundigen. Het opleidingsniveau van de cliënten is volgens de verloskundigen voornamelijk middelbaar of gelijk verdeeld van laag- tot hoog niveau.

Tabel 3 - Kenmerken van de cliëntenpopulatie volgens de verloskundigen

Karakteristieken	N=52	Percentage
Gemiddelde leeftijd cliënten		
21-30 jaar	35	67%
31-40 jaar	17	33%
Herkomst van cliënten		
Voornamelijk autochtone vrouwen	40	77%
Voornamelijk allochtone vrouwen	5	10%
Gelijk aantal autochtone en allochtone vrouwen	7	14%
Opleidingsniveau van cliënten		
Voornamelijk hoogopgeleid	7	14%
Voornamelijk middelbaar opgeleid	24	46%
Voornamelijk laagopgeleid	2	4%
Gelijk aantal hoogopgeleiden, middelbaar opgeleiden en laagopgeleiden	19	37%

3.2 - Prenatale voorlichtingsonderwerpen

De aanbevolen voorlichtingsonderwerpen worden in verschillende mate besproken tijdens de prenatale consultaties met de zwangere vrouw, zie figuur 2.



Figuur 2 - Mate van besproken onderwerpen I

In figuur 3 is af te lezen of onderwerpen uitgebreid of kort en krachtig worden behandeld tijdens de consultaties. De onderwerpen voeding, beweging en gewicht worden door negentig procent van de verloskundigen meestal of altijd besproken tijdens de zwangerschap. Alcohol, roken en drugs wordt door de ruime meerderheid altijd besproken (69%). De prenatale screening wordt door 43 verloskundigen altijd uitgebreid besproken. Driekwart van de verloskundigen bespreekt het bloedonderzoek altijd met de zwangere vrouw, met name kort en krachtig (54%).

De onderwerpen stress en angst worden soms (40%) of meestal (42%) besproken tijdens de consultaties. Wanneer deze onderwerpen besproken worden, is dit in de meeste gevallen uitgebreid. Eén verloskundige geeft aan deze onderwerpen nooit te behandelen.

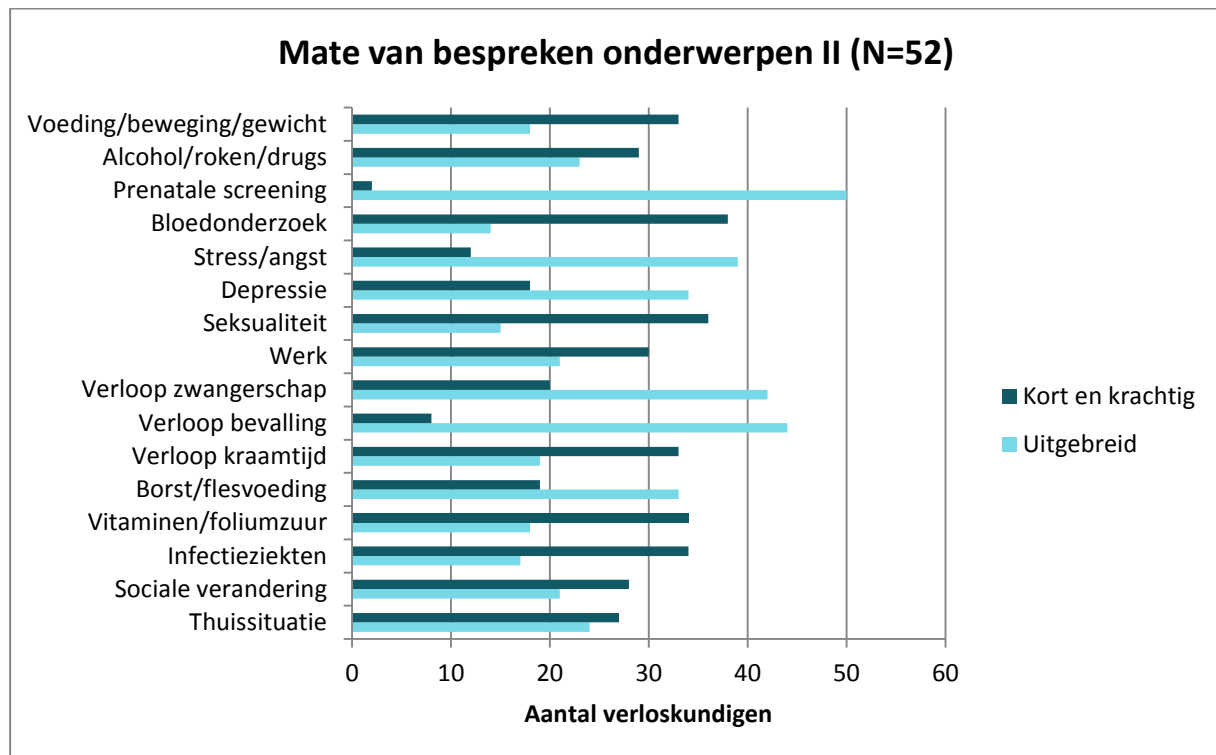
De onderwerpen depressie en seksualiteit worden door de meerderheid van de verloskundigen soms behandeld (62% respectievelijk 58%). Het onderwerp depressie wordt met name uitgebreid besproken indien dit aan bod komt. Eén verloskundige behandelt het onderwerp seksualiteit nooit. Het verloop van de zwangerschap wordt door 39% van de verloskundigen altijd en uitgebreid behandeld. Het verloop van de bevalling wordt door de ruime meerderheid altijd en uitgebreid besproken. Eén verloskundige geeft aan de bevalling soms, kort en krachtig te bespreken. Het thema borst- en flesvoeding komt meestal tot altijd aan bod (87%). Twee verloskundigen behandelen de voeding van het kind soms.

Drie verloskundigen behandelen de sociale veranderingen nooit en één verloskundige behandelt de infectieziekten en de thuissituatie van de zwangere vrouw nooit.

Het merendeel van de onderwerpen wordt met name altijd besproken tijdens de zwangerschap door de verloskundigen. Drie onderwerpen worden door de meerderheid soms besproken, dit betreffen

de onderwerpen depressie, seksualiteit en de sociale verandering. Tevens drie onderwerpen worden meestal besproken tijdens de consultaties, dit zijn stress/angst, werk en de thuissituatie. Een aantal verloskundigen gaven aan stress/angst, seksualiteit, infectieziekten, sociale verandering en de thuissituatie nooit te bespreken.

Tien onderwerpen worden met name kort en krachtig besproken. Zes onderwerpen worden uitgebreid besproken door de meeste verloskundigen, zie figuur 3.



Figuur 3 - Mate van bespreken onderwerpen II

3.3 - Voorlichtingsmethoden

Het merendeel van de verloskundigen (58%) laat de zwangere vrouw meebeslissen in het krijgen van de informatie waar zij behoefte aan heeft, maar bespreekt een aantal onderwerpen standaard met iedere cliënte. Het overige deel van de verloskundigen (40%) slaat een onderwerp over wanneer de cliënte aangeeft hier geen informatie over wenst te krijgen. Eén verloskundige geeft aan standaard met iedere cliënte dezelfde informatie te bespreken. Wanneer een bepaald onderwerp meer aandacht verdiend wordt er een extra consult gepland (54%), vindt er doorverwijzing plaats (10%) of beide (37%).

De verloskundigen baseren de informatie die zij meegeven aan de zwangere vrouw op kennis vanuit de opleiding (88%), kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek (90%) en kennis uit eigen ervaring (81%).

Soort voorlichting

De verloskundigen geven op verschillende manieren voorlichting. Alle verloskundigen geven aan dat zij individuele voorlichting geven aan de zwangere vrouw. De individuele voorlichting wordt ondersteund met folders en brochures door 47 verloskundigen. Eén verloskundige geeft aan geen gebruik te maken van folders en brochures. Groepsvoorlichting wordt door 73% van de verloskundigen toegepast. De verloskundigen maken veel gebruik van een eigen website (94%) en

sociale media (67%) als voorlichtingsmiddel. Daarnaast is in 31% van de gevallen een app beschikbaar gesteld. Videomateriaal (13%), een vragensprekkuur (19%) en gespreksgroepen (4%) worden in mindere mate toegepast. Eénentwintig verloskundigen (44%) passen huisbezoeken toe.

Individuele voorlichting wordt als meest effectieve voorlichtingsmethode beschouwd door de verloskundigen (88%). Daarnaast komen groepsvoorlichting (58%), folders/brochures (35%), de eigen website (29%) en een zwangerschapscursus (40%) naar voren als effectieve manieren om voorlichting te geven. Vrijwel alle verloskundigen (94%) hebben meerdere voorlichtingsmethoden aangeduid. De helft van de verloskundigen geeft aan de combinatie van individuele- en groepsvoorlichting als meest effectief te beschouwen.

Gespreksgroepen, waarbij zwangeren bij elkaar komen om enkel ervaringen te bespreken, worden door twee verloskundigen toegepast. Acht verloskundigen geven aan dit een effectieve manier van voorlichting geven te vinden.

De voorlichtingsfolder 'Zwanger!', uitgebracht door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is bekend bij alle verloskundigen. Het overgrote merendeel gebruikt deze folder in de praktijk. Vijf verloskundigen geven aan deze folder niet te gebruiken.

Prenatale voorlichting ten opzichte van etniciteit en sociaaleconomische status

Verloskundigen maken gebruik van meerdere middelen om voorlichting te kunnen geven aan zwangere vrouwen die beperkt Nederlands en Engels spreken. Ruim de helft van de verloskundigen (63%) maakt gebruik van een tolk of de tolkentelefoon. De grootste groep verloskundigen maakt gebruik van informatiebrochures (92%) en zet indien mogelijk de partner in als tolk (71%). In mindere mate worden thema-avonden en filmmateriaal ingezet (8%). Door zestien verloskundigen worden illustraties gebruikt om uitleg te kunnen geven. Eén verloskundige geeft aan geen vrouwen op consultatie te krijgen die beperkt Nederlands spreken.

Goede voorlichting

Nagegaan is wat de verloskundigen missen om goede voorlichting te kunnen geven. De verloskundigen missen met name tijd (60%) om goede voorlichting te kunnen geven tijdens de zwangerschap. Ruim een kwart van de verloskundigen geeft aan dat niets ontbreekt om goede voorlichting te geven. Vier verloskundigen geven aan kennis te missen.

Samenwerking verloskundigen

In duo- of groepspraktijken wordt onderling samengewerkt met collega verloskundigen om te zorgen voor een overeenstemming in het geven van voorlichting. Driekwart van de verloskundigen houdt rapportage bij over de zwangere vrouw. De ruime meerderheid, 88% van de verloskundigen, heeft een gezamenlijk overleg over de cliënten. Daarnaast worden gezamenlijke bijscholing en een individueel zorgplan ingezet door 27 verloskundigen om te zorgen voor een goede samenwerking.

Voorlichtingsschema's

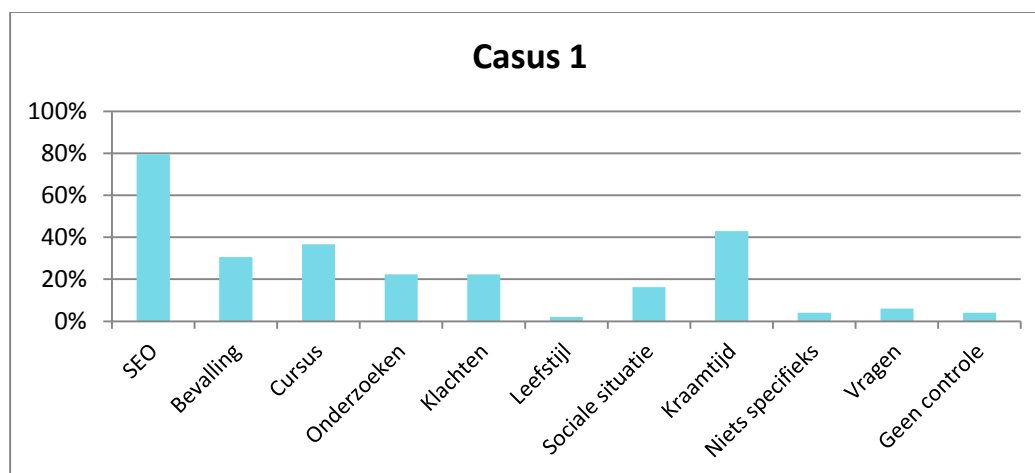
Een voorlichtingsschema wordt door 96% van de verloskundigen ingezet om op een gestructureerde manier voorlichting te kunnen geven. Een eigen schema binnen de praktijk (85%) wordt met name gebruikt. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de praktijkkaart 'Prenatale verloskundige begeleiding' van de KNOV (40%) en het geboortepan van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, 'een goed begin' (19%). De 'Nationale richtlijn prenatale zorg: Klinisch pad' van de KCE en het zorgpad van het project '2MoVe))' worden niet gebruikt door de verloskundigen.

3.4 - Gelijkgestemdheid verloskundigen in casussituaties

Drie casussen werden voorgelegd aan de verloskundigen over de voorlichting die gegeven wordt op een zwangerschapstermijn van twintig weken in verschillende situaties. De volledige casussen zijn te lezen in bijlage 1.

Casus 1 - Gezonde, zwangere vrouw

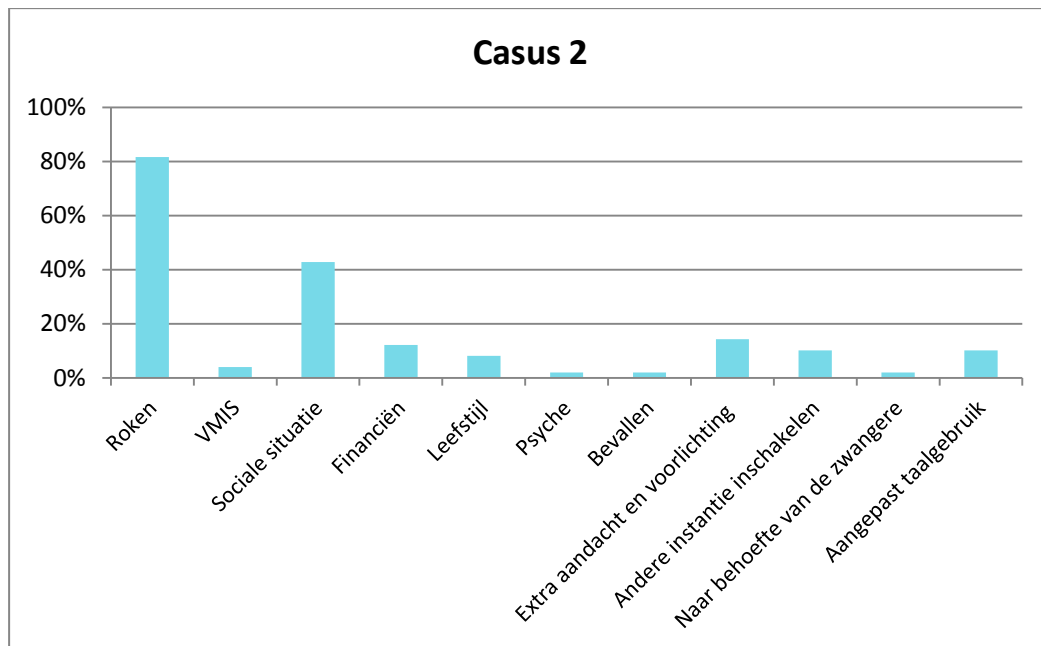
De eerste casus betrof een gezonde vrouw, zwanger van haar eerste kindje. In figuur 4 zijn de onderwerpen opgesteld welke naar voren kwamen in de antwoorden van de verloskundigen. Het structureel echo onderzoek (SEO) wordt door 80% van de verloskundigen besproken in deze situatie. Daarnaast komen de kraamtijd, bevalling en de mogelijkheid tot het doen van cursussen veelvuldig naar voren. Twee verloskundigen geven aan geen controle op deze zwangerschapstermijn te hebben ingepland. Twee verloskundigen behandelen op deze termijn niets specifieks.



Figuur 4 - Casus 1 - Gezonde, zwangere vrouw

Casus 2 - Alleenstaande, zwangere vrouw

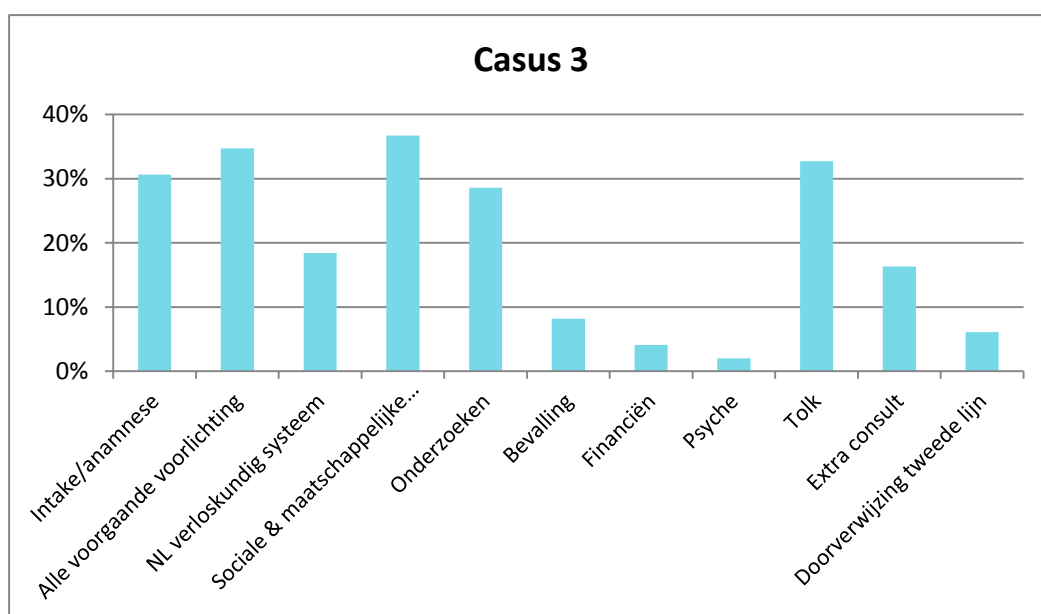
Casus twee betrof een alleenstaande vrouw, zwanger van haar tweede kindje. Mevrouw woont in een achterstandssituatie, heeft een laag inkomen en rookt dagelijks meerdere sigaretten. De verloskundigen gaven aan de voorlichting ten opzichte van de eerste casus aan te passen door het onderwerp 'roken' extra te benadrukken (82%). Daarnaast krijgt de sociale situatie van de zwangere vrouw extra aandacht (43%), zie figuur 5.



Figuur 5 - Casus 2 - Alleenstaande, zwangere vrouw

Casus 3 - Allochtone, zwangere vrouw

In de derde casus werd de situatie van een allochtone vrouw beschreven. Mevrouw is zwanger van haar vijfde kindje en nog niet eerder op consultatie geweest. Mevrouw is afkomstig uit Marokko, woont sinds een half jaar in Nederland en heeft nog geen verblijfsvergunning. Mevrouw spreekt zeer beperkt Nederlands en Engels. De verloskundigen gaven aan wat zij zouden aanpassen in de voorlichting bij deze casus, zie figuur 6. De sociale en maatschappelijke situatie krijgen extra aandacht in deze situatie (37%). Zestien verloskundigen zetten een tolk in om de benodigde voorlichting te kunnen geven. Eén derde van de verloskundige voert een intakegesprek en een anamnese uit. Zeventien verloskundigen verstrekken alle voorgaande voorlichting. Drie verloskundigen geven aan dat doorverwijzing naar de tweede lijn nodig is in verband met een niet opgevolgde zwangerschap.



Figuur 6 - Casus 3 - Allochtone, zwangere vrouw

4. Discussie

In de discussie wordt het verkregen inzicht in de prenatale voorlichting die gegeven wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige vergeleken met de literatuur. Daarnaast worden in dit hoofdstuk de sterke en zwakke punten van het onderzoek benoemd.

4.1 - Vergelijking resultaten en literatuur

Met de resultaten met betrekking tot de kenmerken van de respondenten kan gesteld worden dat de steekproef representatief is voor de verloskundige zorg in Nederland. Allereerst komt de verhouding van deelnemende verloskundigenpraktijken overeen met de verdeling van eenmans-, duo en groepspraktijken in Nederland. Daarnaast voert het overgrote deel van de participerende verloskundigen zes tot tien of elf tot twintig uur spreekuur uit per week. Dit komt zo goed als overeen met het gemiddelde van 14,1 uur wat besteed wordt door de Nederlandse verloskundige aan het houden van spreekuur (KNOV, 2015). Uit het onderzoek blijkt dat de zwangere vrouw gemiddeld dertien keer op consultatie komt tijdens de zwangerschap. Dit komt overeen met de dertien tot vijftien keer volgens het onderzoek van de KNOV (2015).

Voorlichtingsonderwerpen

De onderwerpen met betrekking tot de leefstijl worden door de verloskundigen meestal tot altijd besproken. Dit staat in contrast met de constatering van Manniën et al. (2011) dat de leefstijl meer aandacht verdient gedurende de zwangerschap. Het belang van voorlichting rondom de prenatale screening en het bloedonderzoek met betrekking tot het bloedbeeld wordt nageleefd (de Boer et al., 2008). Infectieziekten worden in mindere mate besproken tijdens de zwangerschap. Juist de infectieziekten CMV, toxoplasmose en listeria horen altijd besproken te worden tijdens de consultaties, aangezien deze niet gescreend worden in Nederland en nadelige gevolgen kunnen hebben voor zowel de zwangere vrouw als het ongeboren kind (Manniën et al., 2011). De onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit, de sociale verandering en de thuissituatie worden in mindere mate behandeld. Hierin kan nog verbetering plaatsvinden, aangezien het fysieke, psychologische en sociale welbevinden van de aanstaande ouders een voorwaarde voor een voorspoedige groei, ontwikkeling en gezondheid van het kind is (KNOV, 2013). De bevalling, zwangerschap en fles- en borstvoeding worden meestal tot altijd besproken met de zwangere vrouw. Volgens Galle et al. (2015) zouden deze onderwerpen niet voldoende besproken worden volgens de zwangere vrouwen. Mogelijk worden niet alle onderwerpen in dezelfde mate besproken door de tijd die ontbreekt om goede voorlichting te kunnen geven, wat zowel uit het onderzoek als de literatuur naar voren komt (Manniën et al., 2011). Daarnaast is het mogelijk dat de zwangere vrouw niet altijd behoefte heeft aan het bespreken van al de aanbevolen onderwerpen.

Voorlichtingsmethoden

Zoals zowel uit het onderzoek en de literatuur naar voren komt, is individuele voorlichting noodzakelijk (Manniën et al., 2011). Groepsvoorlichting wordt door driekwart van de verloskundigen toegepast. Volgens Manniën et al. (2011) zou dit minder toegepast worden in de praktijk. De voorlichting die gegeven wordt volgens de verloskundigen op de zwangerschapstermijn van twintig weken komt overeen met het consultschema van de KNOV (2013). Eigen voorlichtingsschema's worden door vrijwel alle verloskundigen ingezet. Hierin wordt voldaan

aan de verbetering om de prenatale voorlichting te verbeteren door gestandaardiseerde voorlichting (Wilmore et al., 2015).

De verloskundigen bestempelen, overeenstemmend met de literatuur (Manniën et al., 2011), de combinatie van verschillende voorlichtingsmethoden als de meest effectieve wijze om voorlichting te geven. Opvallend is dat gespreksgroepen door twee verloskundigen worden toegepast. Dit terwijl acht verloskundigen aangeven dit een effectieve manier van voorlichting te vinden. Mogelijk is er geen ruimte of onvoldoende animo voor gespreksgroepen of CenteringPregnancy in de prenatale voorlichting.

Casuïstiek

Uit de casussen over de alleenstaande en allochtone vrouwen komt naar voren dat het rookgedrag en de sociale situatie de meeste aandacht opeisen in de voorlichting. Dit komt overeen met de extra aandacht die de sociale- en maatschappelijke situatie en de leefstijl nodig hebben bij zwangere vrouwen met een lagere sociaaleconomische of andere etnische status (Waelput et al., 2007).

Voorlichtingsavonden zijn een zeer goede manier om allochtone zwangeren van voldoende informatie te voorzien (Waelput et al., 2007). Het zou kunnen dat deze voorlichtingsavonden weinig georganiseerd worden doordat allochtone zorgconsulenten niet beschikbaar zijn.

De aanpassingen in het geven van voorlichting in verschillende casussituaties laat zien dat verloskundigen de voorlichting aanpassen aan de situatie en behoeften van de zwangere vrouw.

4.2 - Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Gedurende het onderzoek hebben gebeurtenissen plaatsgevonden die van invloed zouden kunnen zijn op de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek. In hoofdstuk twee zijn in de alinea over kwaliteitsbewaking meerdere onderdelen met betrekking tot de betrouwbaarheid en validiteit beschreven. Daarnaast zijn in de enquête kenmerken van de cliëntenpopulatie bevraagd. Achteraf gezien bleken deze vragen niet relevant genoeg om te betrekken in dit onderzoek. Vervolgens was opvallend dat een aantal respondenten vroegtijdig gestopt zijn met het invullen van de online enquête. Vier respondenten stopten met de enquête rondom de casussen. Mogelijk kostte de enquête te veel tijd of raakte de respondent de interesse kwijt. Daarnaast kan een verklaring zijn dat de casussen onduidelijk waren of moeilijk te beantwoorden. Wanneer dit het geval is, kan het zijn dat de respondenten de beantwoording van de casussen onderling anders hebben geïnterpreteerd en deze antwoorden mogelijk minder betrouwbaar zijn. Daarbij komt dat de casussen de respondenten in een bepaalde richting gestuurd kunnen hebben doordat nadruk werd gelegd op de sociaaleconomische en etnische kenmerken. Dit verlaagt de validiteit van het onderzoek.

In het benaderen van de populatie is gekozen om de verloskundigenpraktijken in plaats van de individuele verloskundigen te benaderen. Hierdoor is niet te achterhalen hoeveel verloskundigen in totaal zijn gecontacteerd en welk responsaantal uiteindelijk bereikt is. Uiteindelijk hebben 52 verloskundigen geparticipeerd in dit onderzoek. De vooraf bepaalde steekproef van 93 respondenten is daarmee overduidelijk niet behaald. Tevens is niet na te gaan of er selectiebias heeft plaatsgevonden. Mogelijk voelden de verloskundigen die een groter belang hechten aan de prenatale voorlichting zich meer aangesproken om te participeren in dit onderzoek. Dit verlaagt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Daarentegen komen de respondentenkenmerken overeen met de gemiddelden in de literatuur. Dit maakt dat de respondenten een goede weerspiegeling maken van de totale populatie, wat bijdraagt aan de validiteit.

5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de deelvragen en de probleemstelling beantwoord, welke leiden tot de conclusie van dit onderzoek. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de opleiding en eventueel vervolgonderzoek.

5.1 - Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de prenatale voorlichting die gegeven wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige tijdens de prenatale consultaties met de zwangere vrouw. Dit inzicht is verkregen om te inventariseren op welk gebied de informatievoorziening door de verloskundige mogelijk verbeterd kan worden.

Welke onderwerpen worden in welke mate tijdens de prenatale consultaties besproken met de zwangere vrouw door de Nederlandse eerstelijns verloskundige?

De onderwerpen die aanbevolen worden door de KNOV (2008) worden door slechts een deel van de verloskundigen altijd behandeld. Dit houdt in dat veel zwangere vrouwen niet worden geïnformeerd over alle aspecten en belangen die bij de zwangerschap, bevalling en kraamtijd komen kijken. Zo krijgen de onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit, de sociale verandering en de thuissituatie te weinig aandacht in de prenatale voorlichting. Stress, angst, seksualiteit, infectieziekten en de sociale verandering worden zelfs door een aantal verloskundigen nooit besproken. De infectieziekten CMV, toxoplasmose en listeria worden tevens lang niet altijd behandeld, terwijl voorlichting complicaties kan voorkomen.

Daarentegen worden de onderwerpen prenatale screening, het bloedonderzoek, de leefstijl en het verloop van de zwangerschap, bevalling en kraamtijd veelvuldig besproken tijdens de prenatale consultaties.

Wanneer de onderwerpen prenatale screening, stress, angst, depressie, zwangerschap, bevalling en borst- en flesvoeding worden besproken tijdens de consultatie, is dit wel uitgebreid. De overige onderwerpen worden kort en krachtig besproken door de verloskundigen.

Op welke manier wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige prenatale voorlichting gegeven aan de zwangere vrouw?

De Nederlandse eerstelijns verloskundige voert individuele voorlichting uit tijdens de zwangerschap en ziet dit als meest effectieve manier van voorlichting geven. Deze individuele voorlichting wordt ondersteund met folders en brochures. Groepsvoorlichting wordt daarnaast veelvuldig georganiseerd om de zwangeren in groepsverband informatie te verstrekken. Om voorlichting te kunnen geven aan zwangere vrouwen die beperkt Nederlands en Engels spreken, wordt gebruik gemaakt van een tolk, de tolkentelefoon, de partner als tolk en informatiebrochures.

Concluderend kan gezegd worden dat de verloskundige in het geven van de voorlichting rekening houdt met de wensen en behoeften van de zwangere vrouw en hier de voorlichting op aanpast.

In hoeverre zijn de Nederlandse eerstelijns verloskundigen gelijkgestemd wat betreft het geven van voorlichting in bepaalde casussituaties?

Naar aanleiding van de casussen kan geconcludeerd worden dat de Nederlandse eerstelijns verloskundigen gelijkgestemd zijn in het geven van voorlichting in bepaalde casussituaties. In de casus met betrekking tot de gezonde, zwangere vrouw komt het structureel echo onderzoek duidelijk

naar voren als belangrijkste voorlichtingsonderwerp. In de casussen met betrekking tot de vrouwen met een lagere sociaaleconomische en andere etnische status worden het rookgedrag en de sociale- en maatschappelijke situatie uitgebreider behandeld. Dit is een goede zaak, aangezien deze vrouwen hierin extra ondersteuning nodig hebben. De verloskundige kan hierin voorzien met als doel het nog ongebooren kind een zo goed mogelijke start van het leven te geven na de geboorte.

Eindconclusie

Welke onderwerpen worden tijdens de prenatale consultaties met de zwangere vrouw besproken door de Nederlandse eerstelijns verloskundige en op welke manier wordt deze voorlichting gegeven?

De participerende verloskundigen voeren allen individuele voorlichting uit, ondersteund door folders en brochures en groepsvoorlichting. De prenatale screening, het bloedonderzoek, het verloop van de zwangerschap, de bevalling, de kraamtijd en de onderwerpen met betrekking tot de leefstijl krijgen de meeste aandacht in de prenatale voorlichting. De voorlichting wordt daarbij aangepast aan de situatie van de zwangere vrouw.

Geconcludeerd kan worden dat de Nederlandse eerstelijns verloskundige de voorlichting aanpast aan de wensen en behoeften van de zwangere vrouw. Daarnaast is duidelijk geworden dat de prenatale voorlichting niet volledig gegeven wordt en de onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit, sociale verandering, thuissituatie en infectieziekten uitgebreider behandeld dienen te worden tijdens de zwangerschap.

5.2 - Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek zijn aanbevelingen gevormd voor de beroepspraktijk, de opleiding en vervolgonderzoek.

Aanbevelingen voor de beroepspraktijk

Prenatale voorlichting vormt een enorm aandeel in de taak van de verloskundige. Om de zwangere vrouw zo goed mogelijk te ondersteunen, is het belangrijk dat de voorlichting duidelijk, volledig en gestructureerd aangeboden wordt. Aangezien de gezondheidszorg volop in ontwikkeling is, is het sterk aanbevolen om als verloskundige bijscholingen, symposia en congressen met betrekking tot de verloskunde bij te blijven wonen.

Daarnaast worden door slechts acht verloskundigen de onderwerpen stress, angst, depressie, seksualiteit, sociale verandering, thuissituatie en infectieziekten altijd besproken. Deze onderwerpen verdienen zeker meer aandacht in de prenatale voorlichting, aangezien deze bijdragen aan het fysieke, psychologische en sociale welbevinden van de aanstaande ouders en daarmee aan de gezondheid van het kind (KNOV, 2013). Door een campagne op te zetten over het belang van deze onderwerpen, kan dit onder de aandacht gebracht worden van de verloskundigen.

Ten slotte is de gemiddelde duur van een individueel consult achttien minuten. In deze tijd is naast het uitvoeren van de verschillende controles en onderzoeken weinig tijd over voor de voorlichting. Het wordt aanbevolen om andere voorlichtingsmanieren in te zetten, zoals gespreksgroepen, CenteringPregnancy, videomateriaal en vragensprekuren. Voordelen aan de voorlichting in groepsverband zijn het bereiken van een grotere groep vrouwen in minder tijd en onderlinge ervaringsuitwisseling. Met name met CenteringPregnancy kan grote winst behaald worden in de Nederlandse prenatale voorlichting. Op een interactieve manier wordt in groepsverband voorlichting gegeven, worden ervaringen uitgewisseld en ontstaan nieuwe contacten (Van Zwicht et al., 2013).

Aanbevelingen voor de opleiding

Het is van belang dat tijdens de opleiding Bachelor in de Vroedkunde uitgebreid aandacht wordt besteed aan het geven van voorlichting en aan de informatie waar de zwangere vrouw behoefte aan heeft. Niet enkel de inhoud van de voorlichting dient aangeleerd te worden. Er bestaan vele effectieve manieren om voorlichting te geven. Verloskunde- en verpleegkundestudenten kunnen kennismaken met deze manieren door middel van het nabootsen van casussen.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek is kwantitatief uitgevoerd. Om een nog beter en realistischer beeld te krijgen van de voorlichting die gegeven wordt door de Nederlandse eerstelijns verloskundige wordt aanbevolen een observatieonderzoek uit te voeren. Aangezien enquêtes mogelijk een vertekend beeld geven door rooskleurig gegeven antwoorden, kan het voorlichtingsgedrag van verloskundigen door middel van observaties vastgesteld worden. In dit onderzoek kunnen de onderwerpen en manieren van het geven van voorlichting gescoord worden. Daarnaast kan door middel van een kwalitatief onderzoek middels interviews onderzoek gedaan worden naar de ervaringen van zwangere vrouwen met betrekking tot de prenatale voorlichting. In dit onderzoek kan nagegaan worden wat de verwachtingen van de zwangere vrouwen zijn ten opzichte van de verloskundige als voorlichter.

Literatuurlijst

Alakay, F., Singels, L., der Stouwe, R., Kuhlman, I. & Brouns, M. (2008). *Gezond zwanger*. Woerden: NIGZ.

Baron, R., Manniën, J., Te Velde, S. J., Klomp, T., Hutton, E. K., & Burg, J. (2015). Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1).

Centrum voor Jeugd en Gezin. (2010). *Centra voor Jeugd en Gezin en eerstelijnszorg: Een handreiking voor gemeenten*. Handreiking. Leusden: ETC Tangram.

de Boer, J., Zeeman, K. & Offerhaus, P. (2008). *Prenatale verloskundige begeleiding*. KNOV-standaard. Deventer: Ovimes Grafische Bedrijven.

de Graaf, H., Steegers, E., Bonsel, G. & Rombout, B. (2015). *Kenniswerkplaats 'Kwetsbare Zwangere Vrouwen'*. Rapport. Rotterdam: Erasmus MC.

EURO-PERISTAT. (2013). *Nederlandse perinatale sterfte daalt*. Geraadpleegd van <http://www.europeristat.com/images/NL%20Peristat%20%20final%2026%2005%202013.pdf>

Galle, A., Van Parys, A., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2015, december). Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1).

Garssen, J., & Meulen, A. van der. (2004). *Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland*. Artikelen bevolkingstrends. Heerlen: Centraal Bureau van de Statistiek.

Hassel, D.T.P. van, Kasteleijn, A. & Kenens, R.J. (2016). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen*. Peiling 2015. Utrecht: Nivel.

Ijsseldijk, J. (2011). *2Move)): Het model*. Project. Utrecht: STBN.

KCE. (2015). *'What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy?* KCE Reports 248. D/2015/10.273/58.

KNOV. (2013). *Praktijkaart 'Prenatale verloskundige begeleiding'*. Consultschema. Utrecht: Auteur.

KNOV. (2013, 28 augustus). *Het verloskundig systeem*. Geraadpleegd van <http://www.knov.nl/werken-organisatie/tekstpagina/273/het-verloskundig-systeem/>

KNOV. (2014). *Beroepsprofiel verloskundige*. Publicatie beroepsprofiel. Deventer: Auteur.

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (2014). *Verloskundige zorg als het kan, specialistische zorg als het moet!* Position paper. Utrecht: Auteur.

KNOV. (2015). *Consultschema prenatale zorg voor de zwangere met een ongecompliceerde zwangerschap*. Time task matrix. Utrecht: Auteur.

Kooij, C. M. van der. (2015). *'Bewegen tijdens de zwangerschap; 'Wat is het effect op de neonatale uitkomst?'* (Afstudeeropdracht). Vroedkunde, Artesis Plantijn Hogeschool, Antwerpen.

Maertens, N., & Maris, N. (2000). *Patiëntgericht voorlichten* (3e ed.). Amsterdam: SWP.

Manniën, J., Klomp, G., Wiegers, T., Pereboom, M., Brug, J., Jonge, A. de, ... Spelten, E. (2011). *Evaluation of primary care midwifery in the Netherlands: design and rationale of a dynamic cohort study (DELIVER)*. Databundel. Amsterdam: Academie Verloskunde Amsterdam Groningen.

Meijer, S., & Hamberg-van Reenen, H.H. (2011, 22 september). *Wat is preventie?* Geraadpleegd van <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/>

NVOG, KNOV, NHG, Erfocentrum, Stichting Kind en Ziekenhuis, & RIVM. (2015). *Zwanger! Brochure*. Den Haag: RIVM.

Poeran, J., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2012, 23 februari). De aanpak van perinatale sterfte in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2012;156:A4499

Pool, A. (2007). *Doordacht verplegen. Beroepsrollen van de bachelorverpleegkundige*. Den Haag: Lemma.

Sanders, J., & Meijman, F. J. (2012, december). 'Jouw keuze' als frame - Media en voorlichting over bevalling. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, pp. 229-250.

Sassen, B. (2013). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten* (5e ed.). Amsterdam: Reed Business.

Stalenhoef, A. (2009). Het geven van voorlichting en advies. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 4(2), 47-50.

Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin: Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Advies. Utrecht: Auteur.

Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P. A., Young, D., ... Hutton, E. (2012, december). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1).

Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Witte, K. De. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. (PhD Defense). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

Van Zwicht, B.S., Rijnders, M.E.B., Aalhuizen, I., Crone, M.R. & Pal-de Bruin, K.M. (2013). Haalbaarheid van CenteringPregnancy in Nederland. *Tijdschrift voor Verloskunde* 2013, maart; 36-37.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4e ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Visser, R. (2006). *De Verloskundige Stadspraktijk vanuit cliëntperspectief; zwangere en bevallen vrouwen uit de praktijk spreken*. Groningen: Stichting Verloskundige Stadspraktijk.

Waelput, A. J. M., Achterberg, P. W., & RIVM. (2007). *Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek*. Rapport 270032004/2007. Bilthoven: RIVM.

Wilmore, M., Rodger, D., Humphreys, S., Clifton, V. L., Dalton, J., Flabouris, M., & Skuse, A. (2015, 31 januari). How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*, 31(1), 74-79.

Bijlage 1 - Enquête

Begeleidende tekst in e-mail.

Beste verloskundige(n),

Mijn naam is Coralie van der Kooij. Afgelopen jaar heb ik mijn diploma Bachelor in de Vroedkunde behaald en dit najaar hoop ik mijn diploma Bachelor Verpleegkundige in ontvangst te kunnen nemen.

Wanneer u werkzaam bent als eerstelijns verloskundige en spreekuur uitvoert, wil ik u vragen om 10 minuten vrij te maken om bij te dragen aan mijn onderzoek naar de voorlichting tijdens de zwangerschap door de Nederlandse eerstelijns verloskundige.

De enquête is in te vullen door op de volgende link te klikken of deze te kopiëren in uw adresbalk op internet: <http://www.thesistools.com/web/?id=498211>.

Uw deelname is geheel vrijwillig en uw antwoorden worden anoniem en strikt vertrouwelijk verwerkt.

Alvast hartelijk dank voor uw tijd!

Met vriendelijke groet,

Coralie van der Kooij

Student Bachelor in de verpleeg- en verloskunde, HZ University of Applied Sciences, Vlissingen.

Enquête 'Voorlichting door de eerstelijns verloskundige'.

Beste eerstelijns verloskundige,

Allereerst wil ik u hartelijk danken voor uw deelname aan dit onderzoek.

Zoals u weet heeft een zwangere vrouw grote behoefte aan informatie tijdens de zwangerschap. U, als verloskundige, speelt een zeer grote rol in het verstrekken van deze informatie.

Door middel van deze enquête zou ik graag van u willen weten welke onderwerpen u bespreekt tijdens de prenatale consultaties en op welke manier deze voorlichting wordt gegeven. Naar aanleiding van uw gegeven antwoorden hoop ik een reëel beeld te kunnen vormen van de voorlichting die tijdens de zwangerschap gegeven wordt in de eerstelijns verloskunde.

Uw deelname is geheel vrijwillig en uw antwoorden worden anoniem en strikt vertrouwelijk verwerkt.

Als u vragen of opmerkingen heeft, kunt u mailen naar: kooi0011@hz.nl.

Nogmaals hartelijk dank voor uw tijd!

Met vriendelijke groet,

Coralie van der Kooij

Student Bacheloropleiding Verpleegkunde & Verloskunde, HZ University of Applied Sciences, Vlissingen.

1. Wat is uw leeftijd (in jaren)?

2. Waar heeft u de opleiding tot verloskundige gevolgd?

- ☐ Amsterdam
- ☐ Groningen
- ☐ Maastricht
- ☐ Rotterdam
- ☐ België
- ☐ Anders, namelijk: ...

3. In welke provincie bent u werkzaam? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Drenthe
- ☐ Flevoland
- ☐ Friesland
- ☐ Gelderland
- ☐ Groningen
- ☐ Limburg
- ☐ Noord-Brabant
- ☐ Noord-Holland
- ☐ Overijssel
- ☐ Utrecht
- ☐ Zeeland

- ☐ Zuid-Holland

4. Hoelang bent u werkzaam als verloskundige (in jaren)?

5. Bent u werkzaam in een eenmans-, duo- of groepspraktijk?

- ☐ Eenmanspraktijk
- ☐ Duo praktijk
- ☐ Groepspraktijk

6. Hoeveel uur in de week voert u spreekuur uit?

- ☐ 0-5 uur
- ☐ 6-10 uur
- ☐ 11-20 uur
- ☐ 21-30 uur
- ☐ 31-40 uur

7. Wat is de gemiddelde tijdsduur van een consult met een zwangere vrouw in minuten?

8. Hoeveel zwangere vrouwen (schatting) ziet u persoonlijk op jaarbasis?

9. Hoeveel keer tijdens de zwangerschap komt een zwangere vrouw gemiddeld op consultatie, uitgaande van een volledig voldragen, gezonde zwangerschap?

De volgende drie vragen gaan over de cliëntenpopulatie in uw praktijk.

10. Wat is het opleidingsniveau van uw cliënten?

- ☐ Voornamelijk hoogopgeleid
- ☐ Voornamelijk middelbaar opgeleid
- ☐ Voornamelijk laagopgeleid
- ☐ Gelijk aantal hoogopgeleiden, middelbaar opgeleiden en laagopgeleiden

11. Wat is de herkomst van uw cliënten?

- ☐ Voornamelijk autochtone vrouwen
- ☐ Voornamelijk allochtone vrouwen
- ☐ Gelijk aantal autochtone en allochtone vrouwen

12. Wat is de gemiddelde leeftijd van uw cliënten?

- ☐ Leeftijd <20 jaar
- ☐ Leeftijd 21-30 jaar
- ☐ Leeftijd 31-40 jaar
- ☐ Leeftijd >41 jaar

13. In welke mate behandelt u de volgende onderwerpen tijdens de prenatale consultaties?

	Nooit	Soms, kort en krachtig	Soms, uitgebreid	Meestal, kort en krachtig	Meestal, uitgebreid	Altijd, kort en krachtig	Altijd, uitgebreid
Voeding/beweging/ gewicht							
Alcohol/roken/drugs							
Prenatale screening							
Bloedonderzoek							
Stress/angst							
Depressie							
Seksualiteit							
Werk							
Verloop zwangerschap							
Verloop bevalling							
Verloop kraamtijd							
Borst/flesvoeding							
Vitaminen/foliumzuur							
Infectieziekten							
Sociale verandering							
Thuisituatie							

14. Mag de zwangere vrouw meebeslissen in het krijgen van de informatie waar zij behoefte aan heeft?

- ☐ Ja, maar een aantal onderwerpen bespreek ik sowieso met de cliënte
- ☐ Ja, wanneer een cliënte aangeeft geen informatie over een bepaald onderwerp wenst te krijgen, sla ik dit onderwerp over
- ☐ Nee, ik bespreek standaard met iedere cliënte dezelfde informatie

15. Worden er vervolgspraken met de cliënte gemaakt wanneer een bepaald onderwerp meer aandacht verdient? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ja, ik maak een extra afspraak met mevrouw voor een extra consult
- ☐ Ja, ik verwijs mevrouw door naar een specialist op het gebied van het onderwerp
- ☐ Nee, omdat ...

16. Wat ontbreekt u om goede voorlichting te geven aan de zwangere vrouw? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Er ontbreekt niets
- ☐ Tijd
- ☐ Motivatie
- ☐ Mogelijkheid tot doorverwijzing
- ☐ Kennis
- ☐ Bijscholing
- ☐ Communicatie tussen collega verloskundigen (continuïteit)
- ☐ Interventieprogramma's
- ☐ Anders, namelijk: ...

Er volgen nu drie casussen met de vraag welke voorlichting u normaliter geeft tijdens de consultatie in deze situatie.

17. Een gezonde, zwangere vrouw komt met haar partner bij u op consultatie. Mevrouw wordt sinds het begin van haar zwangerschap opgevolgd in uw/jullie praktijk. Op dit moment is mevrouw 20 weken zwanger van haar eerste kindje.

Welke voorlichting geeft u normaliter tijdens deze consultatie op deze zwangerschapstermijn?

18. Een alleenstaande, zwangere vrouw komt bij u op consultatie. Mevrouw woont in een achterstandssituatie, heeft een laag inkomen en rookt dagelijks meerdere sigaretten. Mevrouw wordt sinds het begin van haar zwangerschap opgevolgd in uw/jullie praktijk en is 20 weken zwanger van haar tweede kindje.

Past u de voorlichting die u geeft in dit geval aan ten opzichte van de eerste casus?

- ☐ Ja, ik pas de voorlichting aan door: ...
- ☐ Nee

19. Een allochtone, zwangere vrouw komt bij u op consultatie. Mevrouw is afkomstig uit Marokko en woont sinds een half jaar in Nederland. Ze spreekt zeer beperkt Nederlands en Engels. Mevrouw blijkt 20 weken zwanger van haar vijfde kind en is nog niet eerder op consultatie geweest. Ze heeft nog geen verblijfsvergunning.

Past u de voorlichting die u geeft in dit geval aan ten opzichte van de eerste casus?

- ☐ Ja, ik pas de voorlichting aan door: ...
- ☐ Nee

20. Welke voorlichtingsmanieren worden er toegepast binnen uw verloskundigenpraktijk? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Individuele voorlichting
- ☐ Groepsvoorlichting
- ☐ Folders/brochures
- ☐ Videomateriaal
- ☐ Eigen website
- ☐ Social media: Facebook, Twitter, Pinterest of Instagram
- ☐ App voor op de mobiele telefoon
- ☐ Vragensprekkuur
- ☐ Huisbezoek
- ☐ Gespreksgroepen
- ☐ Zwangerschapscursus
- ☐ Zwangerschapsmarkt
- ☐ Anders, namelijk: ...

21. Welke voorlichtingsmethode is volgens u het meest effectief? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Individuele voorlichting
- ☐ Groepsvoorlichting
- ☐ Folders/brochures
- ☐ Videomateriaal
- ☐ Eigen website
- ☐ Social media: Facebook, Twitter, Pinterest of Instagram
- ☐ App voor op de mobiele telefoon
- ☐ Vragensprekkuur
- ☐ Huisbezoek
- ☐ Gespreksgroepen
- ☐ Zwangerschapscursus

- ☐ Zwangerschapsmarkt
- ☐ Anders, namelijk: ...

22. Welk materiaal gebruikt u om voorlichting te geven aan zwangere vrouwen die beperkt Nederlands en Engels spreken? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Tolk
- ☐ Tolkentelefoon
- ☐ Partner van mevrouw als tolk
- ☐ Informatiebrochures in de taal van mevrouw
- ☐ Thema-avonden voor zwangere vrouwen met dezelfde allochtone afkomst
- ☐ Illustraties/afbeeldingen
- ☐ Filmpjes
- ☐ Anders, namelijk ...
- ☐ Er komen bij mij geen vrouwen op consultatie die beperkt Nederlands spreken
- ☐ Ik maak nergens gebruik van, ik geef op dezelfde manier voorlichting als aan een zwangere vrouw die wel Nederlands spreekt

23. Waarop is de informatie die u meegeeft aan de zwangere vrouw gebaseerd? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Kennis vanuit de opleiding
- ☐ Evidence based practice/wetenschappelijk onderzoek
- ☐ Eigen ervaring
- ☐ Anders, namelijk: ...

24. Indien u in een duo- of groepspraktijk werkt: Op welke manier werkt u samen met uw collega verloskundigen in het geven van voorlichting? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik werk niet in een duo- of groepspraktijk
- ☐ Rapportage
- ☐ Gezamenlijk overleg over de cliënten
- ☐ Bijscholing
- ☐ Volgen van een individueel zorgplan
- ☐ Anders, namelijk: ...

25. Volgt u een bepaald voorlichtingsschema? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ja, ik volg de praktijkkaart/consultschema 'Prenatale verloskundige begeleiding' van de KNOV
- ☐ Ja, ik volg de 'Nationale richtlijn prenatale zorg: Klinisch pad' van de KCE (Richtlijn uit België)
- ☐ Ja, ik volg het zorgpad van het project '2MoVe))'
- ☐ Ja, ik volg het geboortepan van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, 'een goed begin'
- ☐ Ja, ik volg een eigen schema binnen de praktijk
- ☐ Ja, namelijk: ...
- ☐ Nee

26. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in samenwerking met verloskundigen, huisartsen en gynaecologen een voorlichtingsfolder uitgebracht: 'Zwanger!'. Bent u bekend met deze folder en gebruikt u deze in de praktijk?

- ☐ Ja, ik ben bekend met deze folder, maar gebruik deze niet in de praktijk
- ☐ Ja, ik ben bekend met deze folder en gebruik deze in de praktijk
- ☐ Nee, ik ben niet bekend met deze folder

Bijlage 2 - Codeboek

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	DG1V1	Numeric	12	0	Leeftijd	None	None	12	Right	Scale	Input
2	DG2V2	Numeric	12	0	Opleiding	{1, Amsterd...	None	12	Right	Nominal	Input
3	DG3V3	Numeric	12	0	Provincie werkz...	{1, Drenthe}...	None	12	Right	Nominal	Input
4	DG4V4	Numeric	12	0	Werkervaring	None	None	12	Right	Scale	Input
5	DG5V5	Numeric	12	0	Praktijksvorm	{1, Eenman...	None	12	Right	Nominal	Input
6	C1V6	Numeric	12	0	Spreekuur/week	{1, 0-5 uur}...	None	12	Right	Ordinal	Input
7	C2V7	Numeric	12	0	Tijdsduur consult	None	None	12	Right	Scale	Input
8	C3V8	Numeric	3	0	Zwangeren jaar...	None	None	3	Right	Scale	Input
9	C4V9	Numeric	12	0	Consulten/zwa...	None	None	12	Right	Scale	Input
10	P1V10	Numeric	12	0	Opleidingsnivea...	{1, Voornam...	None	12	Right	Nominal	Input
11	P2V11	Numeric	12	0	Herkomst cliënt...	{1, Voornam...	None	12	Right	Nominal	Input
12	P3V12	Numeric	12	0	Leeftijd cliënten	{1, <20 jaar}...	None	12	Right	Ordinal	Input
13	O1aV13	Numeric	12	0	Voeding/bewegi...	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
14	O1b13	Numeric	12	0	Alcohol/roken/d...	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
15	O1c13	Numeric	12	0	Prenatale scree...	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
16	O1d13	Numeric	12	0	Bloedonderzoek	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
17	O1e13	Numeric	12	0	Stress/angst	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
18	O1f13	Numeric	12	0	Depressie	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
19	O1gV13	Numeric	12	0	Seksualiteit	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
20	O1hV13	Numeric	12	0	Werk	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
21	O1iV13	Numeric	12	0	Verloop zwang...	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
22	O1jV13	Numeric	12	0	Verloop bevalling	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
23	O1kV13	Numeric	12	0	Verloop kraamtijd	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
24	O1lV13	Numeric	12	0	Borst/flesvoeding	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
25	O1mV13	Numeric	12	0	Vitaminen/foliu...	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
26	O1nV13	Numeric	12	0	Infectieziekten	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
27	O1oV13	Numeric	12	0	Sociale verande...	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
28	O1pV13	Numeric	12	0	Thuisituatie	{1, Nooit}...	None	12	Right	Ordinal	Input
29	V1V14	Numeric	12	0	Meebeslissen	{1, Ja, maar...	None	12	Right	Nominal	Input
30	V2V15	Numeric	12	0	Vervolgafpraak	{1, Ja, ik m...	None	12	Right	Nominal	Input
31	V3aV16	Numeric	12	0	Niets ontbreekt	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
32	V3bV16	Numeric	12	0	Tijd	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
33	V3cV16	Numeric	12	0	Motivatie	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
34	V3dV16	Numeric	12	0	Mogelijkheid tot...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
35	V3eV16	Numeric	12	0	Kennis	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
36	V3fV16	Numeric	12	0	Bijscholing	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
37	V3gV16	Numeric	12	0	Communicatie	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
38	V3hV16	Numeric	12	0	Interventieprogr...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
39	V3iV16	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	4	Right	Nominal	Input
40	CA1aV17	Numeric	8	0	SEO	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
41	CA1bV17	Numeric	8	0	Bevalling	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
42	CA1cV17	Numeric	8	0	Cursus	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
43	CA1dV17	Numeric	8	0	Onderzoeken	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
44	CA1eV17	Numeric	8	0	Klachten	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
45	CA1fV17	Numeric	8	0	Leefstijl	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
46	CA1gV17	Numeric	8	0	Sociale situatie	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
47	CA1hV17	Numeric	8	0	Kraamtijd	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
48	CA1iV17	Numeric	8	0	Niets specifiek	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
49	CA1jV17	Numeric	8	0	Vragen	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
50	CA1kV17	Numeric	8	0	Geen controle	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
51	CA2V18	String	1	0	Casus 2 - voorli...	{, Ja}...	None	5	Right	Nominal	Input
52	CA2aV18	Numeric	8	0	Roken	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
53	CA2bV18	Numeric	8	0	VMIS	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
54	CA2cV18	Numeric	8	0	Sociale situatie	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
55	CA2dV18	Numeric	8	0	Financiën	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
56	CA2eV18	Numeric	8	0	Leefstijl	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
57	CA2fV18	Numeric	8	0	Psyche	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
58	CA2gV18	Numeric	8	0	Bevallen	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
59	CA2hV18	Numeric	8	0	Extra aandacht...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
60	CA2iV18	Numeric	8	0	Andere instanti...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
61	CA2jV18	Numeric	8	0	Naar behoefte v...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
62	CA2kV18	Numeric	8	0	Aangepast taal...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
63	CA3V19	Numeric	12	0	Casus 3 - voorli...	{0, Nee}...	None	4	Right	Nominal	Input
64	CA3aV19	Numeric	8	0	Intake/anamnese	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
65	CA3bV19	Numeric	8	0	Alle voorgaande...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
66	CA3cV19	Numeric	8	0	NL verloskundig...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
67	CA3dV19	Numeric	8	0	Sociale & maat...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
68	CA3eV19	Numeric	8	0	Onderzoeken	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
69	CA3fV19	Numeric	8	0	Bevalling	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
70	CA3gV19	Numeric	8	0	Financiën	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
71	CA3hV19	Numeric	8	0	Psyche	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
72	CA3iV19	Numeric	8	0	Tolk	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
73	CA3jV19	Numeric	8	0	Extra consult	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
74	CA3kV19	Numeric	8	0	Doorverwijzing t...	{0, Nee}...	None	8	Right	Nominal	Input
75	V4aV20	Numeric	12	0	Individuele voorl...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
76	V4bV20	Numeric	12	0	Groepsvoorlicht...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
77	V4cV20	Numeric	12	0	Folders/brochur...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
78	V4dV20	Numeric	12	0	Videomateriaal	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
79	V4eV20	Numeric	12	0	Eigen website	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
80	V4fV20	Numeric	12	0	Social media	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
81	V4gV20	Numeric	12	0	App	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
82	V4hV20	Numeric	12	0	Vragensprekkuur	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
83	V4iV20	Numeric	12	0	Huisbezoek	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
84	V4jV20	Numeric	12	0	Gespreksgroepen	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
85	V4kV20	Numeric	12	0	Zwangerschaps...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
86	V4lV20	Numeric	12	0	Zwangerschaps...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
87	V4mV20	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
88	V5aV21	Numeric	12	0	Individuele voorl...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
89	V5bV21	Numeric	12	0	Groepsvoorlicht...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
90	V5cV21	Numeric	12	0	Folders/brochur...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
91	V5dV21	Numeric	12	0	Videomateriaal	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
92	V5eV21	Numeric	12	0	Eigen website	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
93	V5fV21	Numeric	12	0	Social media	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
94	V5gV21	Numeric	12	0	App	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
95	V5hV21	Numeric	12	0	Vragensprekkuur	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
96	V5iV21	Numeric	12	0	Huisbezoek	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
97	V5jV21	Numeric	12	0	Gespreksgroepen	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
98	V5kV21	Numeric	12	0	Zwangerschaps...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
99	V5lV21	Numeric	12	0	Zwangerschaps...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
100	V5mV21	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
101	V6aV22	Numeric	12	0	Tolk	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
102	V6bV22	Numeric	12	0	Tolktelefoon	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
103	V6cV22	Numeric	12	0	Partner tolk	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
104	V6dV22	Numeric	12	0	Informatiebroch...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
105	V6eV22	Numeric	12	0	Thema-avonden	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
106	V6fV22	Numeric	12	0	Illustraties	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
107	V6gV22	Numeric	12	0	Filmpjes	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
108	V6hV22	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
109	V6iV22	Numeric	12	0	Geen allochton...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
110	V6jV22	Numeric	12	0	Nergens gebrui...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
111	V7aV23	Numeric	12	0	Kennis opleiding	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
112	V7bV23	Numeric	12	0	EBP	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
113	V7cV23	Numeric	12	0	Eigen ervaring	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
114	V7dV23	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
115	V8aV24	Numeric	12	0	Niet in duo-groe...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
116	V8bV24	Numeric	12	0	Rapportage	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
117	V8cV24	Numeric	12	0	Gezamenlijk cli...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
118	V8dV24	Numeric	12	0	Bijscholing	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
119	V8eV24	Numeric	12	0	Individueel zorg...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
120	V8fV24	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
121	V9aV25	Numeric	12	0	Prenatale verlo...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
122	V9bV25	Numeric	12	0	Klinisch pad KCE	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
123	V9cV25	Numeric	12	0	Zorgpad 2MoVe))	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
124	V9dV25	Numeric	12	0	Geboorteplan 'e...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
125	V9eV25	Numeric	12	0	Eigen schema ...	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
126	V9fV25	Numeric	12	0	Anders	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
127	V9gV25	Numeric	12	0	Nee	{0, Nee}...	None	12	Right	Nominal	Input
128	V10V26	Numeric	12	0	Voorlichtingsfol...	{1, Ja, ik be...	None	12	Right	Nominal	Input
129	xDG1V1	Numeric	8	0	Cat leeftijd	{1, 21-30}...	None	10	Right	Nominal	Input
130	xDG4V4	Numeric	8	0	Cat werkervaring	{1, 0-5}...	None	13	Right	Nominal	Input