Bevalplan

Bevalling plannen?

Is het, in het kader van de kwaliteitszorg, aanbevelenswaardig om de op de verloskamers van het OLVG gepresenteerde bevalplannen onderdeel te maken van de verpleegkundige anamnese?

Opdracht 12
Marjon Veerkamp
O & G F 10
Maart 2011

Inhoudsopgave

Inleiding		3
Hoofdstuk 1:	Een literatuurstudie	5
	§ 1.1. Wat is een bevalplan?	5
	§ 1.2. Het bevalplan in Nederlandse literatuur.	5
	§ 1.3. Het bevalplan in buitenlandse literatuur.	8
	§ 1.4. Conclusie literatuuronderzoek	9
Hoofdstuk 2:	Bevalplannen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	10
	§ 2.1. Welke onderwerpen worden door vrouwen genoemd in bevalplannen?	10
	§ 2.2. Wat vinden vrouwen het allerbelangrijkst	11
	§ 2.3. Uitkomsten en conclusies	13
Hoofdstuk 3:	Wat vinden en wat doen verpleegkundigen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis met een bevalplan	15
	§ 3.1. Inleiding	15
	§ 3.2. Uitkomsten van de enquête	15
	§ 3.3. Uitkomsten en conclusies	17
Hoofdstuk 4:	Conclusies en aanbevelingen t.a.v. de gewenste en de huidige situatie	18
Literatuurlijst en bronvermelding		20

Inleiding

In het kader van de specialistische vervolgopleiding Obstetrie kreeg ik de opdracht om mee te werken aan kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering.
Bij de unit Verloskunde/Gynaecologie van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam wordt voortdurend gewerkt aan kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering zowel in werkgroepen als door individuele zorgverleners.
Het viel dus nog niet mee een interessant onderwerp te vinden.

Een belangrijk speerpunt van het OLVG en van de unit is de patiënte centraal stellen, ziekenhuisbreed noemen we dit: toonaangevend en gastvrij en binnen de unit wordt dit in het plan voor 2010 patiëntfocus (patiëntgerichtheid en gasthuis zijn) genoemd.

Als verpleegkundige leg ik het woord 'gastvrijheid' uit als 'goed luisteren naar de patiënte en haar partner' en mijn zorg afstemmen op de wensen en ideeën van de patiënte, mits verpleegkundig en medisch mogelijk.

Op de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis bevallen vrouwen die vanwege een medische indicatie in het ziekenhuis moeten bevallen, uit eigen keus in het ziekenhuis willen bevallen (poliklinische bevalling, waarbij de eigen (1^e lijns) verloskundige de bevalling doet) of vrouwen die vanwege pathologie tijdens de bevalling met spoed naar het ziekenhuis moeten.
Een aantal van deze vrouwen presenteert een bevalplan.
Deze bevalplannen worden soms wel en soms niet besproken met de barende.

Een aantal van deze bevalplannen wordt door de 'eigen' patiënten gepresenteerd tijdens een van de controlebezoeken en aantal wordt bij opname tijdens de baring gepresenteerd.
Ik heb in dit onderzoek geen onderscheid in tijd gemaakt (wanneer wordt een plan gepresenteerd). Ik diep in dit onderzoek ook niet uit wanneer het plan besproken moet worden.

Ik vond het merkwaardig dat er – voor zover ik kon zien – weinig aandacht werd besteed aan deze gepresenteerde bevalplannen.

De woorden gastvrij en en patiëntgericht spreken mij enorm aan en mijn feministische hart gaat sneller kloppen voor vrouwenempowerment. De definitie van vrouwenempowerment is: *een individueel proces dat bijdraagt tot het verwerven van een grotere zelfstandigheid, van een vermogen tot zelfbeschikking, van middelen die iedereen de mogelijkheid biedt om meer keuzes te hebben in het leven. (Charlier, S. et al, Commissie Vrouwen en Ontwikkeling, juni 2007).*

In het kader van onze gastvrijheid en de empowerment van vrouwen leek het mij belangrijk om deze bevalplannen serieus te nemen en onderdeel te maken van de verpleegkundige anamnese.

De door mij geformuleerde probleemstelling was dan ook: er wordt op de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam weinig of geen aandacht besteed aan bevalplannen die zwangeren zelfstandig of met behulp (of op aanraden van) de 1^e lijns-verloskundige of doula hebben geschreven, met als gevolg dat vrouwen zich misschien niet serieus genomen voelen en achteraf wellicht een minder goede herinnering aan hun bevalling hebben.

Doelstelling:

Ik wil in dit verslag een antwoord formuleren op de vraag of het, in het kader van de kwaliteitszorg, aanbevelenswaardig is om de op de verloskamers van het OLVG gepresenteerde bevalplannen onderdeel te maken van de verpleegkundige anamnese.

In hoofdstuk 1 presenteer ik een literatuuronderzoek, in hoofdstuk 2 analyseer ik 18 door mij verzamelde bevalplannen.
In hoofdstuk 3 beschrijf ik de door mij onder verpleegkundigen op de verloskamers uitgedeelde en geanalyseerde enquêtes en in hoofdstuk 4 zal ik conclusies trekken ten aanzien van de gewenste situatie (literatuur en bevalplannen) en de huidige (wat zeggen en doen verpleegkundigen op de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis).

Tot slot formuleer ik een aantal aanbevelingen.

Op grond van mijn onderzoek, het grasduinen in literatuur, het zoeken op internet, het analyseren van bevalplannen en de uitkomsten van de enquêtes onder mijn collega's, kan ik alvast verklappen dat ik niet anders kan dan constateren dat de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam een goede plek zijn om je kind te baren.
Er wordt naar je geluisterd, met je gecommuniceerd en ongevraagd wordt er gewerkt zoals de meeste vrouwen wensen.

N.B.: In de periode waarin ik aan dit stuk werkte is Dr. M. van Pampus, gynaecoloog in het OLVG, samen met 3 andere ziekenhuizen subsidie aan het werven voor een groot Nederlands onderzoek naar het nut van bevalplannen (Empowerment van zwangeren d.m.w. een geboorteplan). Deze studie heeft als hypothesen;
* empowerment van vrouwen door gebruik van een geboorteplan:
  - zorgt dat vrouwen positiever terugkijken op de bevalling
  - reduceert het aantal vrouwen dat de bevalling als traumatisch heeft ervaren.

Daarnaast zal een van de klinisch verloskundigen van het OLVG het als agendapunt op het verloskundig overleg zetten.

Met andere woorden: het onderwerp leeft.

Marjon Veerkamp
Maart 2011

Hoofdstuk 1: Een literatuurstudie

§ 1.1. Wat is een bevalplan?

Bij het googlen van de vraag “Wat is een bevalplan?”, komen er 538 hits. Vrijwel al deze pagina’s zijn van verloskundepraktijken die zwangeren de mogelijkheid bieden met voorbeelden of zwangeren aanraden een bevalplan te schrijven. Sommige praktijken bieden een vragenlijst aan, andere geven suggesties en weer andere benoemen alleen de mogelijkheid tot het schrijven van een bevalplan.

In een evaluatie over het bevalplan schreef Tamara Kaufman in een artikel in het Journal of Perinatal Education (2007) het volgende:
“Het concept bevalplan is ontwikkeld met als beoogd resultaat aanstaande ouders voor te bereiden op de fysieke en emotionele aspecten van het bevallingsproces, om vooraf te bedenken hoe ze om zouden willen gaan met verschillende scenario’s (zonder in de directe emotie te zitten) en een praatstuk te hebben waarmee ze kunnen communiceren met de zorgverleners.”
Bevalplannen worden echter, volgens Kaufman, op een aantal onderdelen ook flink bekritiseerd:
Aanstaande ouders worden inflexibel en willen geen enkele aanpassing, hoe klein ook, op hun plan. Bevalplannen bevatten vaak achterhaalde, nutteloze of nogal defensief-klinkende informatie.

Een bevalplan kan bestaan uit 4 of 5 aandachtspunten punten tot wel 3 A-viertjes waarin ieder aspect van de bevalling beschreven wordt, van wie aanwezig is, tot welke pijnbestrijding, welk drinken wel of niet aangeboden mag worden en of de partner wel of niet aangeboden moet worden de navelstreng door te knippen.

In ieder geval is een bevalplan een lijst met aandachtspunten waarin de zwangere en haar partner voor zichzelf hebben nagedacht hoe ze de bevalling graag zouden beleven.

In de literatuur zijn een aantal interessante internationale onderzoeken te vinden. Er zijn nog geen Nederlandse onderzoeken naar het gebruik van een bevalplan.

§ 1.2. Het bevalplan in de Nederlandse literatuur.

Over het gebruik van bevalplannen heb ik geen Nederlandse studies kunnen vinden; noch op de website van het KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (www.knov.nl), noch op die van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (www.nvog.nl) is over dit onderwerp iets te vinden.

Zoals in de inleiding vermeld is er vooral in de eerste lijn, bij de verloskundigenpraktijken, wel aandacht voor het bevalplan. Een groot aantal praktijken adviseert zwangeren een bevalplan te schrijven en rondom de 34^{e} week als de partus wordt besproken, bestaat ook de mogelijkheid het bevalplan te bespreken.

Het enige onderzoek dat ik heb kunnen vinden in dit kader, is een onderzoek van TNO, waarvan de uitkomsten op 2 juni 2008 in een persbericht werden gepubliceerd.

Volgens het TNO persbericht (zie literatuurlijst):
“Een op de zes vrouwen is drie jaar na de bevalling niet gelukkig met de manier waarop de bevalling is verlopen. Dat blijkt uit onderzoek van TNO onder ruim 1300 vrouwen. De resultaten zijn in juni 2008 gepubliceerd in het toonaangevende Amerikaanse tijdschrift Birth (zie literatuurlijst). De kans op een slechte ervaring is groter als vrouwen zijn verwezen naar een gynaecoloog, in het ziekenhuis zijn bevallen, een keizersnee of kunstverlossing hebben gehad of slecht konden omgaan met de baringspijn. Een slechte ervaring met een bevalling kan het welbevinden van vrouwen langdurig negatief beïnvloeden, alsook de relatie met hun kind en partner en de beslissing tot het krijgen van een volgend kind.

TNO heeft onderzoek gedaan onder ruim 1300 vrouwen die in 2001 zijn bevallen. Drie jaar later is één op de zes ondervraagde vrouwen ongelukkig of zeer ongelukkig met de wijze waarop hun bevalling is verlopen. Bij vrouwen die bevielen van hun eerste kind is dit zelfs één op de vier. Leeftijd, opleidingsniveau of etniciteit speelt daarbij geen rol.

Invloed verwachtingen vooraf en aanpassingen zorgsysteem nog onduidelijk
Verder onderzoek is nodig naar de invloed van de verwachtingen die vrouwen vooraf hebben op hun uiteindelijke ervaring. Ook is het zinvol te onderzoeken of aanpassingen in het zorgsysteem de tevredenheid van vrouwen met hun bevalling kunnen vergroten.

Baringspijn
Vrouwen die zelf vonden dat ze niet goed in staat waren geweest met de baringspijn om te gaan, hebben een vijf keer grotere kans op een negatieve herinnering dan vrouwen die daar wel toe in staat waren. Het gevoel geen keus te hebben gehad in het krijgen van pijnstilling vergroot de kans met op negatief terugkijken met een factor drie, evenals een negatieve ervaring met de zorgverlener.

Ziekenhuis- en thuisbevalling
De kans dat vrouwen een negatieve ervaring hebben is 2,5 keer zo groot als ze zijn doorverwezen naar een gynaecoloog; een kunstverlossing of een spoedkeizersnee hebben ondergaan; of als ze dachten dat hun eigen leven of dat van hun baby gevaar liep. Vrouwen met een laag risico op complicaties die in het ziekenhuis bevallen, hebben anderhalf keer zo grote kans dat zij negatief terugkijken op hun bevalling als vrouwen die thuis waren bevallen.”

Er wordt in het TNO onderzoek niet letterlijk gesproken over een bevalplan maar er wordt in de paragraaf over de invloed van de verwachtingen voorafgaande aan de bevalling wel geadviseerd dat er verder onderzoek nodig is.

Naar aanleiding van deze TNO publicatie zijn in 2008 een aantal artikelen verschenen in de geschreven media.
In het novembernummer van het maandblad OPZIJ komen in de titel “Persen Kreng!’ twee van de TNO onderzoekers aan het woord. In dit artikel ligt dat nadruk vooral op het gebrek aan empathie als reden voor de ontevredenheid: “…een belangrijke, veelvoorkomende klacht is : een gebrek aan empathie van de hulpverleners. Als vrouwen vonden dat hun zorgverlener weinig empathisch was, maakte dat alleen al de kans dat ze negatief terugblikken groot. Vrouwen die wel tevreden terugkeken, meldden dat eenvoudige opmerkingen als 'Je doet het goed, het duurt nu niet lang meer' hun goed hadden gedaan. 'De verloskundige bleef de hele tijd bij me en stelde me gerust. Ze zei: "Je doet het prima!"' aldus een geïnterviewde.
In het OPZIJ artikel wordt een bevalplan niet genoemd.

Onderzoekster Reijnders van TNO wordt ook geïnterviewd in Nursing (gepubliceerd in september 2008). Dit artikel gaat vooral over de reden voor het TNO onderzoek en sluit af met: “…het oordeel over de bevalling blijkt bovendien positiever als de vrouwen het idee hebben dat de zorgverlener aandacht voor ze heeft gehad en als ze een stem hadden in wat er zou gebeuren”.

In De Gelderlander komt verloskundige M. Beentjes aan het woord en zij beschrijft hoe een bevalplan 'een einde kan maken aan deze ontevredenheid". Beentjes is de oprichtster van Cicli, een bureau dat vrouwen begeleidt bij het opstellen van een geboorteplan. 'Die ontevredenheid kan worden voorkomen als vrouwen hun wensen en verwachtingen zwart-op-wit zetten' volgens Beentjes in het artikel in De Gelderlander.

Er zijn wel een aantal belangrijke publicaties gedaan waarin de nadruk wordt gelegd op het centraal stellen van de barende en haar wensen.

In december 2009 heeft de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in opdracht van het Ministerie van VWS een advies geschreven waarin haar visie op 'hoe we in Nederland moeten gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte' wordt geformuleerd. Dit document: "Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' dient de leidraad te worden in de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Deze stuurgroep heeft concrete aanbevelingen in een zevental speerpunten geformuleerd. Van belang voor mijn onderzoek naar bevalplannen noem ik hier speerpunt 1 en 4.

Als speerpunt 1 benoemt de stuurgroep:
'Luister naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en betrek actief haar leefomgeving. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter waarin naast de medische ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht krijgen'.

In speerpunt 4 wordt beschreven:
'professionals vormen een netwerk om samen een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte te bieden. Dit vereist bindende afspraken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie. Instrumenten daarvoor zijn: een landelijk College Perinatale Zorg, actieve participatie in verloskundige samenwerkingsverbanden, en voor iedere zwangere een casemanager, ***geboorteplan*** en verplicht huisbezoek.

Meer specifiek beschrijft de Stuurgroep in "Een goed begin" (pag. 43)
De casemanager stelt samen met iedere zwangere een op haar toegesneden, individueel zorgpad voor de zwangerschap op. Dit wordt uiterlijk in de 12e week vastgelegd in een zogenoemd geboorteplan. Dit geboorteplan omvat het verwachte verloop van de zwanger-schap, de geboorte en de kraamperiode, met heldere ijkmomenten. Ook worden via het geboorteplan de reguliere zwangerschapscontroles ingepland, alsmede het verplichte huisbezoek vóór de 34e week. In het geboorteplan is ruimte voor de wensen van de zwangere, bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze van bevallen of pijnbehandeling.

De Stuurgroep is ook van mening dat de zorg rondom zwangerschap en geboorte meer rond moeder en (ongeboren) kind georganiseerd moet worden. De professionals zijn daarbij dienend aan de belangen van moeder en kind. Zij moeten nog meer rekening houden met *verwachtingen, wensen en angsten* van de zwangere en met haar medische en sociale risico's. Door goed te luisteren naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en door de leefomgeving van de zwangere actief te betrekken, komt de zorg rond zwangerschap en geboorte beter in balans'.

Internationaal zijn er wel een aantal grote wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar specifiek gebruik van bevalplannen.

§ 1.3. Het bevalplan in buitenlandse literatuur.

Dat er geen Nederlandse studies naar het omgaan met bevalplannen in het ziekenhuis zijn is wellicht te verklaren uit het feit dat bevalplannen in Nederland nog niet zo heel lang in gebruik zijn. Uit de Engelstalige landen (Groot Brittannië, Verenigde Staten) waar al langer wordt gewerkt met bevalplannen zijn die studies wel bekend.

In een aantal studies wordt het belang van zowel het schrijven door de zwangere als het lezen door de hulpverlener benadrukt.

Volgens een studie uit 1996 door Lothian et al, "Birth plans, the good, the bad and the Future", gepubliceerd in het Journal of Obstetric, gynaecologic and neonatal nursing:
"moedigt een schriftelijk bevalplan vrouwen aan hun verlangens en verwachtingen op te schrijven en met hun zorgverleners te bespreken om zo een realistisch plan te maken voor de zorg tijdens de bevalling."
Het schrijven en bespreken van een plan kan dus zorgen voor een realistischer beeld van de bevalling.

In het International Journal of Nursing Studies, juli 2010, beschrijft Kuoa et al, de uitkomsten van een grote gerandomiseerde studie in Taiwan. Het doel van deze studie was na te gaan of het schrijven van een bevalplan een effect heeft gehad op de ervaring die vrouwen hadden t.a.v. de bevalling, de controle die ze over de bevalling hadden gehad en hun algehele ervaringen rondom de bevalling.
Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder 296 vrouwen.
Volgens de onderzoekers is de conclusie dat het gebruik van bevalplannen in medische voorzieningen een effectieve manier is om aan de verwachtingen van zwangeren t.a.v. hun bevalling te voldoen, hen een grotere mate van controle over de geboorteproces te bieden en zorgt het voor positievere ervaringen. Volgens deze Taiwanese studie zou het gebruik van geboorte plannen meer gebruik moeten worden en zou een onderdeel van de kraamzorg moeten zijn.

Ook heel recent (augustus 2010) werd door het Perinatal Advisory Council in Californie, Verenigde Staten, het artikel "Three things nurses wish you knew about childbirth" gepubliceerd. In dit artikel staan de uitkomsten van een enquête naar wat obstetrieverpleegkundigen denken dat vrouwen zouden moeten weten over de bevalling. 2000 obstetrieverpleegkundigen ontvingen de enquête en er waren 525 respondenten. Van deze 525 verpleegkundigen had 56% meer dan 21 jaar ervaring.

De drie punten die vrouwen zouden moeten weten waren volgens deze verpleegkundigen:
1. 94% vindt dat zwangeren een cursus voor de bevalling moest volgen (betere voorbereiding: minder pijn)
2. 79,8 % vindt dat zwangeren een bevalplan moeten schrijven
3. 63% verwelkomt een (goede) doula.

Ad 2: Bijna 80% van deze obestetrieverpleegkundigen is van mening dat een bevalplan een meerwaarde heeft, zowel voor de vrouw als voor haar bevalling, omdat er bewust over de bevalling wordt nagedacht. Zeker primipari weten door het schrijven van een bevalplan beter wat de gang van zaken is rondom de bevalling. In het artikel wordt echter ook opgemerkt dat de zwangere zich ervan bewust moet zijn dat niet alles precies volgens haar planning en verwachtingen zou kunnen verlopen en dat het voor ieders gemoedsrust belangrijk is dat zij bereid is flexibel om te gaan met haar bevalplan.
Tenslotte wil ik in het kader van dit literatuuronderzoek een studie uit 1998 (gedaan door

Whitford et al, School of Nursing and Midwifery, Universiteit van Dundee, Groot Brittanie) bespreken.
Deze studie had als doelstelling het gebruik en de effecten van bevalplannen te onderzoeken en te onderzoeken hoe vrouwen bevalplannen zien . Aan 143 primigravida werd een vragenlijst opgestuurd, 71% van de vrouwen retourneerden de lijst ingevuld. 90% van die 71% had een bevalplan gemaakt. De meeste vrouwen had het voltooien van een bevalpan als heel nuttig ervaren. 50% vond echter dat het schrijven van een bevalplan geen verschil had gemaakt in de mate van controle die zij hadden ervaren tijdens de bevalling, de meesten hiervan vonden ook dat er heel weinig aandacht was besteed aan hetgeen ze hadden geschreven in hun bevalplan. De meeste vrouwen concludeerden desondanks dat ze bij een toekomstige zwangerschap opnieuw een bevalplan zouden schrijven.
De algehele conclusie van deze studie is dat de meerderheid van de vrouwen het schrijven van een bevalpan nuttig hadden gevonden en in Dundee adviseerde men daarom dat er door de zorgverleners meer aandacht moest worden besteed aan de aangeboden bevalplannen.

§ 1.4. Conclusie literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek is het duidelijk geworden dat het schrijven van bevalplannen door zowel de zwangere als de hulpverlener als positief wordt ervaren.

Bovenstaande literatuurstudie geeft aan dat het schrijven van een bevalplan zwangeren de mogelijkheid geeft zich voor te bereiden op de fysieke en emotionele aspecten van het bevallingsproces.
Het schrijven van een bevalplan is daarmee een manier voor aanstaande ouders om vooraf te bedenken hoe ze om zouden willen gaan met verschillende scenario's en een praatstuk te hebben waarmee ze kunnen communiceren met de zorgverleners.

In de belangrijke adviesnota van de stuurgroep ('Een Goed Begin') wordt beschreven dat er goed naar de zwangere moet worden geluisterd en dat de wensen en verwachtingen van de zwangere/barende centraal moeten staan. De professionals zijn daarbij dienend aan de belangen van moeder en kind. Zij moeten nog meer rekening houden met *verwachtingen, wensen en angsten* van de zwangere.

Uit onderzoeken is tevens gebleken dat vrouwen die een bevalplan hadden geschreven ze – zelfs als er weinig aandacht voor haar bevalplan is geweest en ze niet het idee heeft gehad dat ze meer controle had op de bevalling, bij een volgende zwangerschap opnieuw een bevalplan zou schrijven.

Hoofdstuk 2: Bevalplannen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Als onderdeel van mijn onderzoek naar de vraag of het aanbevelenswaardig zou zijn om bevalplannen te bespreken op de verloskamers in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, heb ik onderzoek gedaan naar bevalplannen die gepresenteerd worden in het OLVG.

Door een analyse te maken van de gegevens die uit de bevalplannen naar voren komen kan ik een duidelijk beeld krijgen wat de wensen zijn van deze vrouwen t.a.v. hun bevalling.

In de periode december 2010/januari 2011 heb ik in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam bevalplannen verzameld. Ik heb, via een e-mail en daarna mondeling toegelicht, de secretaressen van de afdeling verzocht de in het OLVG gepresenteerde bevalplannen voor mij te kopiëren. Deze bevalplannen worden veelal door de verpleegkundigen van de zwangeren/barenden in ontvangst genomen. Daarna worden deze door de secretaressen gescand en aan het medisch/verpleegkundig dossier toegevoegd.
In de hiervoor genoemde periode heb ik 18 bevalplannen kunnen verzamelen.

Ik heb de gegevens uit deze 18 bevalplannen geanalyseerd op de onderwerpen die beschreven worden en hoe vaak deze onderwerpen genoemd worden.

Ieder bevalplan was individueel en sommige ook heel persoonlijk.

De 18 bevalplannen hadden gezamenlijk 30 onderwerpen. Sommige onderwerpen worden door vrijwel iedereen benoemd en enkelen worden zeer individueel als belangrijk ervaren.

De meeste bevalplannen zijn neutraal van toon (ik wil), een aantal vriendelijk en positief (het zou fijn zijn als) en een aantal nogal defensief (ik wil (absoluut) niet).

Over het algemeen lijken vrouwen goed op de hoogte van de omstandigheden en mogelijkheden en worden geen achterhaalde zaken benoemd. In geen enkel bevalplan wordt gesproken over scheren of klysma's. In vrijwel ieder bevalplan wordt gevraagd, geopperd of geëist dat de baby direct bloot bij de moeder wordt gelegd.

In de meeste bevalplannen wordt beschreven dat alle keuzes altijd afhangen van de gezondheid van de baby.

§ 2.1. Welke onderwerpen worden door vrouwen genoemd in bevalplannen

Ik heb de 18 bevalplannen gelezen en de beschreven onderwerpen onderverdeeld en gelabeld. Niet alle bevalplannen hadden een logische opbouw, ik heb de onderwerpen min of meer chronologisch onder elkaar gezet.

In de 18 bevalplannen die ik heb onderzocht komen 30 verschillende onderwerpen aan bod (tabel 1):

In de eerste kolom staan de onderwerpen (30 verschillende), in de 2^{e} kolom het label dat ik eraan gegeven heb, in de 3^{e} kolom uitleg over wat onder het label valt en in de laatste kolom hoe vaak het onderwerp in de 18 bevalplannen voorkomt.

Tabel 1: Bevalplannen in onderwerp gecategoriseerd

Aan-tal	Label	Wat valt hier onder	Hoe vaak
1	overleg	hieronder vallen zowel overleg over het bevalplan als overleg over de te nemen beslissingen en voorstellen	7
2	bevalplan	zowel de eis dat iedereen het plan leest als “het plan zijn wensen en geen eisen”	3
3	voorkeurplaats	thuis, poliklinisch of absoluut in ziekenhuis	3
4	wie aanwezig	partner, familieleden	15
5	steun/coaching	soms wordt beschreven wie mag coachen en hoe er gecoacht mag worden	8
6	personeel	wie mag er bij zijn qua personeel, wel of absoluut geen studenten of co-assistenten)	9
7	doula	wel of niet aanwezig	3
8	Foto’s/filmen	Wel of niet, wanneer en hoe	3
9	Privacy/sfeer	Mogelijkheid tot het creëren van eigen sfeer, wel of niet eten, douchen e.d.	13
10	Mobiliseren	over kunnen rondlopen, eigen houding kunnen vinden	11
11	Pijnstilling	Wel of niet, opties kunnen openhouden	15
12	CTG	Wel of niet constant, keuze voor regelmatige harttonen beluisteren middels doptone	4
13	Vaginaal toucher	Zo min mogelijk en door dezelfde persoon	5
14	Vliezen breken	Niet, zo laat mogelijk of juist wel	3
15	Inleiding middels infuus	Absoluut niet, liever niet, langzaam opbouwen	4
16	Ontsluitingsfase	In welke houding	3
17	Persweeën	In welke houding, baarkruk, douche, skippybal, zuchtend geboren laten worden	9
18	Medische ingrepen	Variatie van ingrijpen na 24 uur, of zolang mogelijk niets, altijd in overleg	8
19	Katheter	Een enkeling meldt het plaatsen van een katheter	2
20	Episiotomie	Liever niet, alleen bij noodzaak	5
21	Baby opvangen	partner baby wel of niet opvangen	2
22	Controle baby	Waar en wanneer	4
23	Navelstreng	Wie en wanneer er geknipt wordt	11
24	Hechtingen	Door wie (niet door studenten of trainees)	2
25	Placenta	Wel of niet bekijken, weggooien, meenemen	6
26	Postpartum	Baby eerst nakijken, baby direct op de borst	15
27	Borstvoeding	Wannneer starten met borstvoeding	14
28	Rust postpartum	Over periode postpartum	5
29	Indien sectio	Wel of niet middels ruggenprik of narcose	6
30	Na sectio	Wie blijft bij baby	5

§ 2.2. Wat vinden vrouwen het allerbelangrijkst

Bevalplannen zijn heel persoonlijke documenten waarbij de schrijfsters een eigen indeling maken, aandacht geven aan die punten die voor hen belangrijk zijn en die in hun volgorde van belangrijkheid neerzetten. Ik heb een chronologische volgorde gemaakt naar de verschillende fasen van de bevalling.

In de door mij geanalyseerde bevalplannen kwam er geen enkel onderwerp naar voren dat door iedereen wordt genoemd.

Er zijn 3 onderwerpen die vrouwen het allerbelangrijkst vinden. In 15 van de 18 bevalplannen werden deze drie onderwerpen beschreven (83%).

Eén van die drie onderwerpen is de aanwezigheid van partner en/of familieleden.
15 van de 18 bevalplannen (83%) beschrijven uitdrukkelijk de continue aanwezigheid van de partner (en moeder of zus), in 1 bevalplan wordt de zus als enige aanwezige genoemd en in 1 bevalplan wordt expliciet de afwezigheid van partner beschreven. In dit bevalplan wordt de doula als aanwezige gemeld die in telefonisch contact staat met de partner van de barende. In een bevalplan staat een lijstje namen met telefoonnummers die gebeld zouden kunnen worden als de barende dit zou wensen.

Ook door 83% wordt pijnstilling genoemd. In alle gevallen zeggen vrouwen in principe geen pijnstilling te willen, maar als de pijn te erg wordt wil men snel pijnstilling beschikbaar.
Alle variaties van pijnstilling worden genoemd. Een aantal geeft haar voorkeur voor epidurale pijnstilling, een aantal willen beslist geen pethidine of remifentanil. Er wordt geschreven dat pijnstilling aangeboden dient te worden als dat nog ruimschoots mogelijk is.

Als derde onderwerp wordt de periode direct postpartum beschreven. 14 van de 18 vrouwen vinden het belangrijk te beschrijven dat zij wensen dat de baby direct bloot-op-bloot op de borst wordt gelegd. In 1 geval wordt expliciet beschreven dat de baby eerst medische nagekeken en gezond verklaard dient te worden alvorens bloot op de borst te worden gelegd.

Op de 2e (belangrijkste) plaats staat borstvoeding.
14 van de 18 bevalplannen beschrijven de wens dat de baby direct of binnen een uur (of z.s.m.) na de bevalling aangelegd wordt. 1 van die 14 meldt dat ze de baby eerst aan de borst wil voeden, maar zo snel mogelijk na de bevalling wil starten met kolven om de baby met afgekolfde moedermelk te voeden. In 1 bevalplan staat beschreven dat de baby eerst goed aan de borst moet zijn geweest voordat de vitamine K wordt gegeven.

Ook een groot percentage (72% = 13 v.d. 18) vind het belangrijk hun wensen voor privacy en eigen sfeer te beschrijven. Rust, stilte en privacy respecteren wordt genoemd, vaak wordt gedimd licht genoemd, de mogelijkheid van eigen muziek, eigen keuze voor eten en drinken.

Op de 4e plaats van belangrijkheid staan opmerkingen over de mogelijkheid tot mobiliseren en over de navelstreng. 61% van de vrouwen vindt dit belangrijk genoeg om er iets over te zeggen (11:18). Als vrouwen het belangrijk genoeg vinden om iets over mobiliseren te zeggen, zegt men unaniem: zo veel mogelijk kunnen mobiliseren, verschillende houdingen uitproberen, kunnen rondlopen, op handen en knieën etc.

Op plaats 5 staat in 11 van de 18 bevalplannen beschreven dat de partner (of aanwezig familielid) de navelstreng doorknipt. In 4 van die 11 meldingen staat expliciet dat de navelstreng pas mag worden doorgeknipt als deze is gestopt met kloppen.

De volgende 23 onderwerpen worden door 50% of minder genoemd.

50% van de bevalplannen (9:18) maakt een opmerking over personeel dat wel of niet aanwezig mag zijn. Een aantal opmerkingen gaan over de hoeveelheid personeel dat aanwezig mag zijn (vrijwel unaniem: zo min mogelijk) en bij 6 van de 11 bevalplannen staat nadrukkelijk dat men geen leerlingen, studenten of arts-assistenten aanwezig wil hebben.

Ook bij 9 van de 18 bevalplannen staat beschreven hoe men met de persweeën wil omgaan: zittend, op handen en knieën, baarkruk, hulp met vasthouden benen. Een zwangere vraagt vriendelijk om advies wanneer ze moet persen.

Achtereenvolgens worden de volgende punten belangrijk gevonden:

- 44 % (8:18) *steun/coaching* : liever niet of graag wel
  medische ingrepen: alleen indien hoogst noodzakelijk en na overleg. In één bevalplan staat: alleen nadat alle natuurlijke methoden zijn uitgeprobeerd en in een ander plan: indien na 24 uur geen natuurlijke bevalling; dan gewoon halen!

- 39 % (7:18) *overleg*: 7 van de 18 bevalplannen wil overleg over alle te verrichten handelingen en alle keuzen die gemaakt dienen te worden.

- 33 % (6:18) *sectio*: de 6 vrouwen die iets zeggen over de mogelijkheid van een keizersnede, zeggen vooral iets over de narcose en kiezen unaniem voor een ruggenprik
  placenta: 1 bevalplan spreekt over een actief nageboortetijdperk (synto),

twee willen de placenta graag bekijken en 3 zeggen uitdrukkelijk dat de placenta weggegooid mag worden, in 1 bevalpan staat duidelijk dat ze de placenta niet willen zien!

- 28 % (5:18) *episiotomie* :3 van de 5 bevalplannen zegt: liever geen epi alleen als het strikt noodzakelijk is. 2 van de 5 bevalplannen zegt: geen episiotomie, liever zelf scheuren.
  vaginaal toucher: 5 vrouwen maken hier een opmerking over. Variërend: geen toucher, zo min mogelijk, geen probleem maar alleen door gynaecoloog
  periode na keizersnede: 4 van de 5 bevalplannen beschrijven dat de baby tijdens de OK bij moeder blijft of bij partner (of doula). In èèn geval wil moeder dat de baby op de babykamer verblijft en alleen dan wordt gebracht als het nodig is.
  rust postpartum: 3 bevalplannen verzoeken om zoveel mogelijk rust en alleen zijn en 2 bevalplannen verzoeken om zo lang als mogelijk (of als de verzekering toestaat) in het ziekenhuis te mogen blijven.

- 22 % (4:18) *inleiding middels infuus* 3 van de 18 bevalplannen meldt: liever geen synthetische inleiding, 1 bevalplan wil absoluut niet ingeleid worden.
  CTG : 4 vrouwen willen liever dopplercontrole dan continue CTG i.v.m. kunnen blijven mobiliseren
  controle van de baby : In 4 bevalplannen wensen vrouwen dat de baby op de kamer wordt gecontroleerd. 2 vrouwen willen dat het direct na de geboorte gebeurt. 1 van die 2 wil dat de uitkomsten direct duidelijk wordt meegedeeld.

- 17 % (3:18) *ontsluitingsfase*: 3 variaties: douchen, skippybal, zo min mogelijk liggen
  vliezen breken 3 variaties: niet, zo laat mogelijk, liever vliezen breken dan syntocinon om bevalling op te wekken.
  bevalplan 3 variaties: iedereen moet dit plan lezen, verkorte versie al aanwezig bij gynaecoloog, bevalplan zijn wensen, geen eisen.
  foto's/filmen: geen filmpjes, niet te bloederig, alleen achteraf.
  voorkeursplaats: alle 3 willen perse in ziekenhuis, 2 voorkeur voor OLVG, bij 1 staat OLVG op 2^{e} plaats.
  doula in 3 gevallen aanwezig (waarvan in 1 geval als enige aanwezige)

- 11 % (2:18) *baby opvangen* in 2 bevalplannen staat zeer expliciet gemeld dat de partner de baby niet wil opvangen.
  catheter in 1 bevalplan staat : gėėn catheter en in de andere melding: alleen dan als strikt noodzakelijk.

§ 2.3. Uitkomsten en conclusies

Zoals hierboven beschreven is er niet één onderwerp dat álle vrouwen beschrijven in hun bevalplan. De meeste bevalplannen bevatten echter wel ongeveer dezelfde basisinformatie.

De drie belangrijkste onderwerpen die beschreven worden zijn de aanwezigheid van partner of vertrouwd persoon, de mogelijkheid tot pijnbestrijding en de baby direct bloot op de borst post partum. Deze 3 onderwerpen zijn feitelijk exact hoe het er in de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis aan toe gaat.

Het enige onderwerp dat nu nog onmogelijk in te willigen is, is de keus voor remifentanil als pijnbestrijding. Echter, zodra alle medewerkers de bijscholing over Remifentanil gevolgd hebben, zal ook deze vorm van pijnbestrijding tot de mogelijkheden behoren.

In de bevalplannen worden alle vormen van pijnbestrijding genoemd. (pethidine, epiduraal, remifentanil). Dit maakt m.i. duidelijk dat vrouwen goed op de hoogte zijn van alle mogelijkheden.

Een aantal vrouwen spreekt uit dat ze geen studenten of leerlingen op de kamer wil, of niet gehecht wil worden door een student of leerling verloskundige en dit wordt altijd gehonoreerd.

Als er al vragen gesteld worden bij het medisch beleid (langdurig aan CTG, vliezen breken om partus in gang te krijgen, het zetten van een episiotomie) wordt er vrijwel altijd bijgezegd dat de gezondheid van het kind voorop staat.

In geen enkel bevalplan staan onderwerpen die onmogelijk of onbespreekbaar zijn in het OLVG en in ieder bevalplan staan de handelingen en benaderingswijzen zoals deze gebruikelijk zijn in het OLVG.

Aangezien de meeste bevalplannen ongeveer dezelfde informatie bevatten, soms wat uitgebreider en soms wat meer summier beschreven, is het m.i. van groot belang een individueel bevalplan heel geconcentreerd te lezen. Want juist die kleine verschillen kunnen voor de schrijfster van groot belang zijn. Bijv. in 1 plan stond: “mijn man wil niet zien hoe het hoofdje staat en wil niet aangeboden krijgen de navelstreng door te knippen’.

Voor ons zijn de meeste zaken vanzelfsprekend, maar voor de individuele barende is het haar bevalling en haar wensen en angsten moeten centraal staan.

Hoofdstuk 3: Wat vinden verpleegkundigen op de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis van een bevalplan en wat doen ze ermee?

§ 3.1. Inleiding

Als derde deel van het onderzoek naar de wenselijkheid van het bespreken van bevalplannen in het OLVG (deel 1: het literatuuronderzoek, deel 2: data uit verzamelde bevalplannen) wil ik de huidige situatie beschrijven: hoe gaan verpleegkundigen om met bevalplannen.
Hiertoe heb ik een enquête verspreid onder de verpleegkundigen die te maken kunnen krijgen met bevalplannen.

Op 5 januari 2011 heb ik middels een email en een kopie in de postbakjes van alle verpleegkundigen mijn collega's verzocht een enquête in te vullen ten behoeve van mijn onderzoek

Met de vragen die ik gesteld heb in de enquête wilde ik onderzoeken in hoeverre het concept bevalplan bekend was onder verpleegkundigen in het OLVG, of het besproken wordt en wat verpleegkundigen van het idee bevalplan vinden.

De gesloten vragen die ik gesteld heb waren:

1. Heb je wel eens gehoord over een bevalplan?
2. Heb je wel eens een bevalplan gezien op de verloskamers van het OLVG?
3. Heb je wel eens een bevalplan gezien bij de patiënte die jij begeleidde op de verloskamers van het OLVG?
4. Lees je het bevalplan?
5. Lees je het bevalplan samen met de patiënte?
6. Bespreek je het bevalplan met de patiënte?
7. Bespreek je zo'n bevalplan met de verloskundige of arts?
8. Ben je wel eens aanwezig geweest bij het bespreken van een bevalplan van de verloskundige/arts met de patiënte?
9. Indien besproken wordt het bevalplan dan punt voor punt besproken met de patiënte?

Hierop kon met ja, nee of soms worden geantwoord.

Tevens heb ik twee open vragen gesteld met het verzoek zo eerlijk mogelijk en indien gewenst anoniem, de persoonlijke mening te beschrijven.
1. Wat vind jij van een bevalplan?
2. Waarom vind jij dat een bevalplan wel of niet besproken moet worden met een patiënte?

Op het moment van het uitdelen van de enquête waren er 54 verpleegkundigen, waarvan 46 Obstetrieverpleegkundigen (minus 5 die afwezig waren door verlof of ziekte) werkzaam op de afdeling verloskunde/gynaecologie in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis).

§ 3.2. Uitkomsten van de enquête

In een periode van 4 weken heb ik van de 49 enquêtes die ingevuld konden worden (zieken en verloven eraf) er 36 ingevuld retour ontvangen. Dit is een response van 73%.

Alle enquêtes zijn volledig ingevuld, er zijn geen vragen gesteld (men begreep de vragen) en men heeft open en oprecht geantwoord.

Alle verpleegkundigen (100%) hebben wel eens over een bevalplan gehoord en bijna 100% (35:36) heeft wel eens een bevalplan op de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis gezien.

86% van de verpleegkundigen (31:36) heeft wel eens een patiënte begeleid die een bevalplan had geschreven.

Iedereen die een patiënte met een bevalplan begeleidde heeft het bevalplan gelezen (100%), maar slechts 11% (4:31) zegt dat ze zo'n plan met patiënte bespreekt. 39% (14:36) bespreekt het soms en 44% (16:36) bespreekt het niet met de patiënte.

Op de vraag of het bevalplan door de verpleegkundige met de verloskundige/arts-assistent wordt besproken antwoordt 75% positief (27:36), 6% (2) zegt nee en 19% (7:36) zegt soms.

De vraag of een bevalplan - als het wordt besproken – punt voor punt besproken wordt, is het antwoord: ja :19% (7:36), nee: 36% (13:36), soms 8% (3:36) en 36% (13:36) zegt niet te weten of de arts het punt voor punt bespreekt.

Mijn twee open vragen: "wat vind jij van een bevalplan" en "waarom zou het wel of niet besproken moeten worden" zijn door iedereen naar eigen overtuiging en door het merendeel anoniem ingevuld.

In 25 van de 36 (69%) ingevulde enquêtes wordt vraag 1: "wat vind jij van een bevalplan' zonder restrictie direct positief beantwoord.
Er zijn een aantal redenen waarom het bevalplan als positief wordt ervaren en die redenen hebben zowel te maken met de beleving van de patiënte als de duidelijkheid voor de zorgverlener. Redenen zijn:

- goed dat patiënte en partner van te voren hebben nagedacht (8x)
- prima, want wij kunnen dan rekening houden met de wensen van de patiënte (6x)
- het geeft de patiënte duidelijkheid en houvast (controle, grip) (5x)
- het geeft de patiënte een goed of veilig gevoel (3x)
- zonder reden, gewoon prima (3x)
- een verpleegkundige vindt bevalplannen perfect en oppert de ideeën de bevalplannen al op de poli te bespreken en wellicht zelfs een standaard bevalplan te laten invullen door de eigen patiënten.

8 van de 25 verpleegkundigen die het bevalplan als positief beoordelen maken hier ook een opmerking bij over de meestal 'standaard' wensen in het bevalplan. Er wordt gezegd: 'in de praktijk werken we al zo', '90% van het bevalplan voeren we sowieso al uit' en 'het is m.i. vaak toch goed aansluitend bij de zorg die wij verlenen.

In 13 van de 36 enquêtes wordt iets minder enthousiast positief geantwoord, hier wordt een restrictie aangebracht. Er zijn verschillende redenen om niet onverdeeld positief te zijn:

- sommige plannen zijn niet reëel (onrealistisch, te veel gevraagd of niet uitvoerbaar)
- sommige vragen zijn gebaseerd op onwetendheid (geen epi willen i.v.m. esthetiek terwijl het alleen maar gebeurt op basis van foetale nood)
- soms te star of zelfs belemmerend (als de bevalling anders loopt kunnen mensen in paniek raken)
- 1 persoon zegt geen voorstander te zijn met als reden: "als het het puntsgewijs moet verlopen zoals de patiënte wil dan kan je er vergif op innemen, dat het zeker niet zo gaat en kan dus eindigen in een teleurstelling"

Op mijn tweede vraag: "waarom zouden we het bevalplan wel of niet moeten bespreken" antwoordt 97% (35 van de 36) positief. Vrijwel unaniem vindt iedereen dat het bevalplan

besproken moet worden met de patiënte.
De belangrijkste reden om het wel te bespreken met de patiënte is duidelijkheid scheppen. Voor zowel de patiënte (geruststelling dat men haar plan en wensen heeft gelezen en dat zij zich serieus genomen voelt) als voor de zorgverlener (het ziekenhuis kan de mogelijkheden uitleggen en te hoge verwachtingen kunnen bijgesteld worden).
Het wordt belangrijk gevonden wederzijdse verwachtingen met elkaar te bespreken.

In 5 van de 36 enquêtes wordt een negatieve aanvulling gedaan bij de vraag over het bespreken van het bevalplan. De belangrijkste argument is dat er ook rekening moet worden gehouden met wat er mogelijk is in een ziekenhuis en dat de zorgverlener zich aan regels moet houden maar dat er ook regels zijn waaraan patiënten zich moeten houden.
Door een respondent wordt gezegd dat het bevalplan in geen geval de zorg/de behandeling mag beïnvloeden.

§ 3.3. Uitkomsten en conclusies

Mijn doel was 50% van de enquêtes retour te ontvangen. Met een response van 73% is mijn doel dus behaald. Alle ontvangen enquêtes zijn volledig ingevuld en binnen de gestelde termijn ontvangen.

Mijns inziens is de belangrijkste conclusie die getrokken kan worden uit deze enquête dat 100% van de verpleegkundigen werkzaam op de verloskamers van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam het concept bevalplan kent en dat 70% van deze verpleegkundigen positief tegenover het concept staat. Men ziet het belang van een goede voorbereiding van de barende in en vind het fijn en goed om op de hoogte zijn van de wensen van de barende. Tevens wordt het bevalplan gezien als een communicatiestuk waarmee het ziekenhuis de mogelijkheden en onmogelijkheden t.a.v. een bevalling duidelijk kan maken.

Volgende conclusie is: alle verpleegkundigen die een patiënte verzorgen/begeleiden met een bevalplan, lezen dit plan ook.

Het bevalplan wordt door het grootste gedeelte (75%) besproken met de verloskundige en/of arts-assistent

97% vindt dat het bevalplan besproken zou moeten worden met de patiënte, echter, slechts 11% van de verpleegkundigen die een patiënte begeleidde met een bevalplan, bespreekt dit plan ook daadwerkelijk met de patiënte.

De kritische kanttekeningen die worden geplaatst gaan vooral over het vermeende gebrek aan realiteitszin bij de barende.

Hoofdstuk 4: Conclusies t.a.v. de gewenste en de huidige situatie en aanbevelingen

De doelstelling van dit stuk was een antwoord formuleren op de vraag of het, in het kader van de kwaliteitszorg, aanbevelenswaardig is om de op de verloskamers van het OLVG gepresenteerde bevalplannen onderdeel te maken van de verpleegkundige anamnese.

Om antwoord te krijgen op deze vraag heb ik een literatuuronderzoek gedaan naar de wenselijkheid van het bespreken van bevalplannen (hoofdstuk 1). Ik heb een aantal bevalplannen geanalyseerd om zo de wensen van de barenden duidelijk te krijgen (hoofdstuk 2) en ik heb mijn collega's geënquêteerd om de huidige werkwijze helder te krijgen.

Uit het literatuuronderzoek is het duidelijk geworden dat het schrijven van bevalplannen door zowel de zwangere als de hulpverlener als positief wordt ervaren.
Het bevalplan is een prima manier voor aanstaande ouders om zich voor te bereiden op de fysieke en emotionele aspecten van het bevallingsproces, om vooraf te bedenken hoe ze om zouden willen gaan met verschillende scenario's en een praatstuk te hebben waarmee ze kunnen communiceren met de zorgverleners.
Er wordt steeds vaker beschreven dat er goed naar de zwangere moet worden geluisterd en dat de wensen en verwachtingen van de zwangere/barende centraal moeten staan.
Het is ook duidelijk dat vrouwen– zelfs als er weinig aandacht voor haar bevalplan is geweest en ze niet het idee heeft gehad dat ze meer controle had op de bevalling, ze bij een volgende zwangerschap opnieuw een bevalplan zou schrijven.

In de door mij geanalyseerde bevalplannen stond geen enkel onderwerp dat onmogelijk of onbespreekbaar is in het OLVG en in vrijwel ieder bevalplan staan de handelingen en benaderingswijzen zoals deze gebruikelijk zijn in het OLVG.

Het grootste gedeelte van de verpleegkundigen vindt het gebruik van bevalplannen een prima idee. Het merendeel van de verpleegkundigen leest de bevalpannen en bespreekt het plan ook met verloskundige en/of arts.
Slechts enkele van de verpleegkundigen bespreekt het plan met de zwangere/barende.

In de literatuur wordt het belang van bevalplannen en het bespreken daarvan benadrukt. Uit analyse blijkt dat de wensen van de barenden heel dicht bij de realiteit van het ziekenhuis liggen en uit de enquête blijkt dat de meeste verpleegkundigen het bevalplan een prima concept vinden.

De gewenste situatie zoals die uit de literatuur en de bevalplannen naar voren komt, ligt heel dicht bij de realiteit in het ziekenhuis. Het enige dat eraan ontbreekt is dat dit ook besproken wordt met de zwangere/barende.

Daarnaast wordt in de 1e lijn door het merendeel van de verloskundigenpraktijken advies gegeven over het bevalplan of een standaard en te individualiseren bevalplan aangeboden. Vanuit de 1e lijn zullen wij dus steeds meer te maken krijgen met dit fenomeen.

Het antwoord op de vraag in de titel: kun je met een bevalplan je bevalling plannen is nee. En dat is ook niet de bedoeling van een bevalplan. Een bevalplan is een manier voor zwangeren om na te denken over hoe zij hun bevalling zouden willen beleven en geen eisenpakket. Dit blijkt uit de literatuur, uit de geanalyseerde bevalplannen en uit de enquêtes onder verpleegkundigen.

Conclusie

In het kader van de kwaliteitszorg en daarnaast in het kader van de kernwaardes van het OLVG “toonaangevend en gastvrij” zou mijn conclusie zijn dat het bespreken van in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis gepresenteerde bevalplannen met de zwangere/barende een onderdeel van de verpleegkundige anamnese zou moeten zijn.

Aanbevelingen

Op basis van mijn onderzoek doe ik de volgende aanbevelingen ten aanzien van de omgang met bevalplannen van zwangeren/barenden in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis:

- Alle in het OLVG gepresenteerde bevalplannen worden als onderdeel van de verpleegkundige anamnese tijdens deze anamnese besproken met de zwangere/barende en hiervan wordt in Mosos Patiënt View een notitie gemaakt.

- Over alle in het OLVG gepresenteerde bevalplannen wordt overleg gepleegd tussen verpleegkundige en verloskundige / arts-assistent en hiervan wordt in Mosos Patiënt View een notitie gemaakt.

- met de ‘eigen’ patiënte wordt bij de prenatale zorg bij de 33-34 weken poli-afspraak bij het bevallingsgesprek ook een eventueel aanwezig bevalplan besproken en hiervan wordt een notitie gemaakt in Mosos Patiënt View.

- Er wordt door mij in voor eind mei 2011 een vergadering belegd waarin door betrokkenen bij het groepsconsult (o.a. Mirjam Konijn en Marjan van Dijk) onderzocht wordt of het thema bevalplan besproken zou moeten worden tijdens het groepsconsult.

Mijn laatste aanbeveling zou zijn geweest:
“het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis wordt het eerste ziekenhuis in Amsterdam dat een standaard bevalplan aanbiedt en dit bevalplan bespreekt met haar patiënten”.

Echter, Dr van Pampus, onze gynaecoloog bezig met de subsidieaanvraag voor de studie Empowerment van zwangeren d.m.w. een geboorteplan’, heeft mij verzocht deze aanbeveling niet op te nemen totdat deze studie is afgerond.
De studie heeft een looptijd van 24 maanden en wil 1200 patiënten includeren, dus deze aanbeveling wordt daarna pas relevant.

LITERATUURLIJST en BRONVERMELDING

- Charlier S., Caubergs L., Drory E., Kittel F., Kakiba E.M., Staes V., Ravesloot S., Malpas N. Smets K., Grolet S., Werkgroep "Gender en Indicatoren van de Commissie Vrouwen en Ontwikkeling, Empowerment van vrouwen. Een methodologishce handleiding, Brussel, Juni 2007.

- Chien-Ming; Lin, Lie-Chu, Evaluation of the effects of a birthplan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfillment: A randomised Controlled trial. Journal of Nursing Studies, Juli 2010, pag 806-814, Copyright Elsevier ©, Inc, 2010 http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2809%2900368-X/abstract

- Kaufman, T. Evaluation of the Birth Plan, The Journal of Perinatal Education, summer 2007, Volume 16, nr. 1

- Kuo, Su-Chen; Lin, Kuan-Chia; Hsu, Shi-Ho; Yang, Cherng-Chia; Chang, Min-Yu; Tsao, Lohian, J., Birth plans, the good, the bad and the Future, Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, maart-april 2006, 35 (2)L 295-303) http://lib.bioinfo.pl/pmid:16620258

- Perinatal Advisory Council, Los Angeles (PAC/LAC), Californie, Verenigde Staten, 24 augustus 2010, www. paclac.org

- Pijl, M., Baringsangst bestrijden met een geboorteplan, De Gelderlander, 30 januari 2008

- Velden, Prof. Dr. J. van der, Voorzitter Stuurgroep Zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilig zorg rond zwangerschap en geboorte. December 2009

- Whitford H.M. , Hillan E.M., Women's perceptions of birth plans, School of Nursing and Midwifery, University of Dundee, UK, Midwifery, december 1998,

- http://www.opzij.nl/WAD-Mediabank-pagina/Persen-kreng.htm

- http://www.nursing.nl/home/nieuw/2108/veel-vrouwen-kijken-negatief-terug-op-hun-bevalling

- Artikel in Birth: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x/abstract)

- Persbericht TNO: http://www.tno.nl/content.cfm?context=overtno&content=persbericht&laag1=37&item_id=200805300024&Taal=1