



## **Gezondheidseducatie op maat voor aanstaande ouders Zwangerschap - bevalling - postpartum**

Auteurs: Luana Colantoni  
Karolien Vranken

Promotoren: Lotte Mertens  
Jill Smets

Co-promotor: Lien Hermans

Deze bachelorproef wordt voordragen tot het behalen van het diploma van 'vroedvrouw'

**academiejaar 2013 - 2014**





## **Gezondheidseducatie op maat voor aanstaande ouders Zwangerschap - bevalling - postpartum**

Auteurs: Luana Colantoni  
Karolien Vranken

Promotoren: Lotte Mertens  
Jill Smets

Co-promotor: Lien Hermans

Deze bachelorproef wordt voordragen tot het behalen van het diploma van 'vroedvrouw'

**academiejaar 2013 - 2014**

## Woord vooraf

Na twee jaar de opleiding vroedkunde te volgen, besloten we om als bachelorproef het thema gezondheidseducatie te bestuderen. We vragen ons af: Aan welke informatie hebben toekomstige ouders nood tijdens de zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum? Tijdens onze stageperiodes hebben we enkele GVO-sessies bijgewoond, maar telkens stelden we ons de vraag in welke mate dit invloed zou hebben op de beleving van zwangerschap, bevalling en ouderschap. Wat zijn de noden en interesses van toekomstige ouders?

In het begin van dit academiejaar zijn we dan ook met veel enthousiasme begonnen aan onze bachelorproef. Deze zouden we nooit tot een goed einde gebracht kunnen hebben zonder de hulp van verschillende personen. Hierbij willen we graag mevrouw Mertens, mevrouw Smets, onze promotoren en onze co-promotor mevrouw Hermans bedanken voor hun inhoudelijke adviezen, aanmoedigingen en steun bij het schrijven van dit werk.

Tenslotte willen we onze families ook bedanken omdat zij tijdens deze drukke maanden er altijd voor ons zijn geweest en hun helpende hand hebben aangeboden als dit nodig was.

Luana Colantoni en Karolien Vranken

Mei 2014

## Samenvatting

### Gezondheidseducatie op maat voor aanstaande ouders. Zwangerschap – bevalling – postpartum.

Colantoni, L., Vranken, K. (2014).

Promotoren: Mertens, L., Smets, J.

Co - promotor: Hermans, L.

Toekomstige ouders voelen zich onvoldoende voorbereid op de zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum. Zwangere vrouwen krijgen te weinig informatie over mogelijke procedures bij de arbeid en bevalling. Hierdoor kunnen ze geen geïnformeerde keuzes maken. Er is een veelheid aan informatiebronnen die toekomstige ouders kunnen raadplegen maar welke informatie beantwoorden aan hun behoeften en interesses? Waar hebben ze nood aan?

De doelstelling van deze literatuurstudie is handvaten aanreiken aan vroedvrouwen om aanstaande ouders informatie op maat te bieden, zodat ze voldoende voorbereid zijn op de zwangerschap, bevalling en postpartum. De noden en interesses beantwoorden, zijn belangrijke aspecten om de overgang naar het ouderschap optimaal te laten verlopen. Daarom is het belangrijk om te weten hoe toekomstige ouders zich willen voorbereiden.

Uit onderzoek is gebleken dat aanstaande ouders zelf willen beslissen welke informatie ze ontvangen naargelang hun behoeftes. Ouders verwachten na prenatale informatiesessies dat ze minder angstig zullen zijn. Het geven van gezondheidseducatie leidt tot een betere zelfbeheersing, minder angsten en geeft een positievere geboortebeleving. Door deel te nemen aan prenatale lessen krijgen ze een veiliger gevoel om de ouderrol op zich te nemen.

Om deze handvaten optimaal te gebruiken is er meer onderzoek in Vlaanderen nodig, zodat de behoeften van aanstaande ouders bekend zijn. Hierdoor kan er in de toekomst rekening mee gehouden worden om gezondheidseducatie op maat te geven zodat ze op de zwangerschap, bevalling en het ouderschap voorbereid zijn.

## Inhoudstabel

Woord vooraf

Samenvatting

1. Inleiding.....	1
2. GVO .....	3
2.1. Doel van GVO .....	3
2.2. Nood aan GVO.....	4
3. Informatiebronnen .....	6
3.1. Kind en Gezin.....	6
3.2. Expertisecentra kraamzorg.....	6
3.3. Zelfstandige vroedvrouw .....	6
3.4. Vroedvrouwenconsultatie .....	7
3.5. Apps.....	7
4. Verwachtingen.....	8
5. Noden en interesses.....	10
5.1. Zwangerschap.....	10
5.2. Arbeid en bevalling.....	12
5.3. Postpartum.....	14
5.4. Toekomstige vaders .....	15
6. Lessen organiseren .....	17
6.1. Tijdstip lessen .....	17
6.2. Individueel of in groep .....	17
6.3. Tussenkoms overheid .....	17
7. Leervormen .....	19
8. Uitkomsten GVO .....	21
9. Taak van de vroedvrouw .....	24
10. Handvaten voor de vroedvrouw .....	27
11. Praktijkgedeelte .....	27

Discussie

Conclusie

Literatuurlijst

Bijlagen

## 1. Inleiding

Zwangerschap, bevalling en ouderschap zijn periodes die zowel vreugdevolle als stressvolle momenten met zich meebrengen. In deze periode veranderen de levensstijl en routines van toekomstige ouders (Deave et al., 2008). Toekomstige ouders voelen zich onvoldoende voorbereid op deze gebeurtenissen (Widarsson et al., 2012). Tevens toonde Klein (2011) aan dat zwangere koppels te weinig informatie krijgen over mogelijke procedures tijdens de arbeid en bevalling en dat de voor- en nadelen van vele procedures niet gekend zijn. Zonder op evidentie gebaseerde informatie kunnen zwangere vrouwen geen geïnformeerde keuzes maken. Daarom zijn relevante informatie en adviezen belangrijk om deze overgang in hun leven zo goed mogelijk te laten overlopen (Deave et al., 2008). Toekomstige ouders willen meer prenatale informatie zodat ze beter voorbereid worden op de arbeid, bevalling en het postpartum (Widarsson et al., 2012). Bovendien toonde Consonni et al., (2010) aan dat vrouwen meer tevreden waren over hun geboortebeleving en minder angstig waren voor de arbeid en bevalling, na het volgen van prenatale lessen.

Om ouders goed voor te bereiden op de geboorte van hun kind en het directe ouderschap is het belangrijk om te beantwoorden aan de zorgen, interesses en noden van toekomstige ouders in deze fase van hun leven.

Het beroepsprofiel van de vroedvrouw (2006) beschrijft deze periode als een proces van ontwikkeling. De vroedvrouw moet in staat zijn om het zwangere koppel efficiënt te begeleiden en informatie te geven. Actief luisteren en het ophelderen van de waarden en normen van het koppel spelen hierbij een belangrijke rol. Hierdoor kan er een bewuste en geïnformeerde keuze gemaakt worden, wat een positieve invloed heeft op het vertrouwen in het eigen lichaam, intelligentie en intuïtie.

De vroedvrouw heeft duidelijk een belangrijke rol in het geven van gezondheidsvoorlichting aan toekomstige ouders volgens hun behoeften en verwachtingen. Deze bachelorproef onderzoekt wat de noden zijn van de ouders en hoe deze kunnen beantwoord worden. Bovendien wil deze bachelorproef handvaten aanreiken aan vroedvrouwen tot het geven van gezondheidseducatie op maat van de ouders. Deze bachelorproef spitst zich toe op de informatie die aanstaande ouders wensen over zwangerschap, bevalling en postpartum, met als doel goed geïnformeerde (toekomstige) ouders te krijgen door gezondheidsvoorlichting op maat. Op deze vragen zal dit onderzoek een antwoord trachten te formuleren op basis van wetenschappelijke literatuur.

De volgende onderdelen zullen aan bod komen: Er wordt eerst ingezoomd op wat gezondheidseducatie is. De voorwaarden en de doelstellingen van gezondheidseducatie. Vervolgens worden de mogelijke informatiebronnen vermeld die aanstaande ouders kunnen raadplegen. De behoeften en verwachtingen worden onderzocht van toekomstige ouders. Tenslotte wordt de informatie verzameld van het effect van gezondheidseducatie op aanstaande ouders en de taak van de vroedvrouw besproken in het geven van gezondheidsvoorlichting.



## **2. GVO**

GVO is een veelvoorkomende afkorting, die staat voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, wat ook wel gezondheids

educatie of gezondheidspromotie genoemd wordt. Volgens de definitie van de WHO (2014) is gezondheidseducatie een combinatie van leerervaringen ontwikkelen om bij individuen en gemeenschappen de gezondheid en kennis te vergroten en hun gedrag positief te beïnvloeden. Gezondheidsvoorlichting kan hierbij ook vergeleken worden met het begrip educatie aangezien deze term opvoeding en onderwijs omvat. GVO is in deze maatschappij niet meer weg te denken uit consultaties aan toekomstige zwangere koppels.

Volgens Bogaerts (2014) kan GVO omschreven worden als een inter-persoonlijke interventie waarbij de vroedvrouw, de zwangere vrouw en haar partner helpt om een nieuwe gedachte, vaardigheid, houding en/of de intentie te ontwikkelen die voldoende permanent is om gedrag te veranderen. Dit kan eventueel effect hebben op de gezondheid van het ongeboren kind. Hierbij maakt de vroedvrouw gebruik van reeds aanwezige of gecreëerde prikkels in de omgeving.

Educatie is nodig om gezonde en weloverwogen keuzes te kunnen maken. Door educatie zullen vrouwen minder bang zijn, door het feit dat ze beter geïnformeerd en voorbereid zijn op de arbeid, bevalling en het ouderschap (Consoni et al., 2010).

### **2.1. Doel van GVO**

Het doel van gezondheidsvoorlichting in de prenatale periode is om een veilige, normale zwangerschap en bewust ouderschap te verkrijgen, met aandacht voor positieve beleving en persoonlijke groei. Dit succes wordt niet alleen bepaald door lichamelijke adaptaties te betrekken, maar ook door aandacht te hebben voor de psychologische en emotionele ontwikkeling (Bogaerts, 2014). Relevante informatie en adviezen zijn daarom belangrijk om deze transitie in hun leven zo goed mogelijk te begeleiden. Enkele voorbeelden zijn de voorbereiding op het ouderschap en de verzorging van de pasgeborene (Deave et al., 2008). Tijdens de zwangerschap speelt GVO een belangrijke rol in de voorbereiding op het ouderschap. Vroedvrouwen kunnen aanstaande ouders ondersteunen door hun te leren luisteren naar hun lichaam en bewuste keuzes te helpen maken (Bogaerts, 2014).

## 2.2. Nood aan GVO

Vrouwen hebben het recht te weten dat de arbeid en bevalling natuurlijk mooie processen zijn waarbij het noodzakelijk is om zo weinig mogelijk interventies uit te voeren. Het bijwonen van GVO-sessies leert vrouwen optimaal te communiceren met het ziekenhuispersoneel. Door het krijgen van allerlei informatie, kunnen de zwangeren zelf keuzes maken tijdens de arbeid en bevalling die niet hetzelfde zijn als de protocollen van het ziekenhuis (Nolan, 2009).

Vrouwen die geen prenatale educatie volgen tijdens hun zwangerschap ervaren een gevoel van ongerustheid en teleurstelling. Ze voelen zich onvoldoende voorbereid op de arbeid, bevalling en het ouderschap. Wanneer deze vrouwen in arbeid gaan weten ze niet wat ze mogen verwachten en zijn ze angstig. Als vrouwen geen GVO-lessen krijgen, kunnen ze geen geïnformeerde keuzes maken. Ze wensen meer prenatale informatie zodat ze beter voorbereid zijn (Nolan, 2009; Widarsson et al., 2012).

Het is gebleken uit de studie van Lothian (2007) dat vrouwen niet voldoende geïnformeerd worden over de complicaties van specifieke interventies zoals een inductie, sectio of epidurale anesthesie. Vrouwen die deelnemen aan GVO sessies over de arbeid en bevalling worden niet voldoende voorgelicht om geïnformeerde keuzes te kunnen maken. De informatie die ze krijgen is niet genoeg.

*“I had an intravenous and continuous electronic fetal monitoring because I was told it would make labor safer for me and for my baby. I attended childbirth classes so I could be better informed about what to expect and to learn what was best for me and my baby. What a shock to find out that I did not have the information I needed to make informed decisions about my care!” (Lothian, 2007)*

De positie van de vroedvrouw in het ziekenhuis speelt een grote rol: er mag geen informatie weerhouden worden. Ze moet zowel de voordelen als nadelen van interventies bespreekbaar maken. Toekomstige ouders willen graag bijleren in groep over de bevalling, arbeid en ouderschap met gerichte informatie die hun behoeften en angsten beantwoordt worden (Nolan, 2009).

GVO staat voor gezondheidsvoorlichting of educatie. GVO zorgt ervoor dat koppels voldoende kennis en vaardigheden opdoen en komen tot gedragsverandering. Het
---

hoofddoel van GVO is ervoor te zorgen dat aanstaande ouders een normale zwangerschap ervaren waarbij ze leren wat bewuste ouderschap inhoud. Het is belangrijk om zowel de psychologische als lichamelijke noden te beantwoorden zodat koppels keuzes kunnen maken. Uit verschillende studies is gebleken dat GVO noodzakelijk is omdat vrouwen recht hebben op voldoende informatie zodat ze geïnformeerde keuzes kunnen maken. Toekomstige ouders willen tevens meer bijleren zodat hun angsten en noden verklaard worden.

### **3. Informatiebronnen**

Ouders verzamelen en krijgen informatie van verschillende bronnen, zowel prenataal als postnataal. Veel gebruikte informatie zijn: familieleden, vrienden, collega's, gezondheidsprofessionals, gesprekken op prenatale raadplegingen, prenatale lessen, folders, boeken, televisie, video en internet. De vroedvrouw wordt gezien als een betrouwbare bron van informatie en een persoon aan wie vrouwen advies en ondersteuning kunnen vragen (Deave, 2008; Nolan, 2009). 70% van de toekomstige ouders krijgt het liefst informatie van een zorgverlener, zodat interactie en vraagstelling mogelijk zijn (Grimes et al., 2014). De vroedvrouw speelt een grote rol in het geven van gezondheidsvoorlichting. Onderstaand worden er kort enkele bekende instanties besproken die belangrijke informatie en sessies voorzien aan toekomstige ouders.

#### **3.1. Kind en Gezin**

Kind en Gezin is een agentschap van de Vlaamse overheid. Hun opdracht omvat het actief en positief bijdragen tot het welzijn van jonge kinderen en gezinnen, door middel van dienstverlening, preventieve gezinsondersteuning, adoptie en kinderopvang. De organisatie Kind en Gezin zorgt ervoor dat ziekenhuizen financiering krijgen om infoavonden te organiseren. De informatie die gegeven wordt bepaald de WHO. Door het programma 'Kind op Komst' krijgen toekomstige ouders allerlei informatie rond de zwangerschap en geboorte zoals: leefwijze tijdens de zwangerschap en sociale wetgeving, borstvoeding, zwangerschap en bevalling, en de pasgeboren baby (Kind en Gezin, 2013).

#### **3.2. Expertisecentra Kraamzorg**

In Vlaanderen zijn er 6 expertisecentra die een informatiepunt zijn voor aanstaande ouders. In dit centrum is er een ruim aanbod aan informatie voor zwangere en pas bevallen koppels. Ouders kunnen aan allerlei pre- en postnatale infoavonden, cursussen, workshops en moedergroepen deel nemen (Expertisecentra, 2014).

#### **3.3. Zelfstandige vroedvrouw**

De functie van een zelfstandige vroedvrouw is veelzijdig. De zelfstandige vroedvrouw begeleidt niet enkel zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap maar ook eventueel tijdens de arbeid, bevalling en postpartum. Zij is in de eerste plaats bevoegd voor prenatale begeleiding van de zwangerschap. Ze organiseert in kleine groepen sessies in de

privépraktijk zodat zwangere vrouwen hun eigen opties leren kennen en beter voorbereid zijn op de zwangerschap en bevalling. Het aanbod GVO-lessen kan verschillen van vroedvrouw tot vroedvrouw. De vroedvrouw is tevens opgeleid om eventuele problemen tijdens de zwangerschap en de bevalling te detecteren. De zelfstandige vroedvrouw werkt nauw samen met andere hulpverleners waarnaar ze kan doorverwijzen bij eventuele problemen. (Kind en Gezin, 2013).

### **3.4. Vroedvrouwenconsultatie**

Tijdens de prenatale consultaties in het ziekenhuis verstrekt de vroedvrouw informatie over de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Deze consultaties zijn vrijblijvend maar worden vaak aangeraden door de gynaecologen als de toekomstige ouders een kindje verwachten en meer informatie willen krijgen. De vroedvrouw neemt voldoende tijd om het koppel van informatie te voorzien en hun vragen te beantwoorden. In vele ziekenhuizen organiseren de vroedvrouwen ook infoavonden voor groepen. Zij geven praktische informatie over de arbeid, bevalling, verblijf op de materniteit en is er een rondleiding in de verloskamers. Deze avonden zijn trouwens een uitstekende gelegenheid om kennis te maken met andere toekomstige ouders (VLOV, 2013)

### **3.5. Apps**

Wereldwijd wordt mobiele technologie gebruikt, ook tijdens de zwangerschap. De zwangerschaps-gerelateerde apps zijn een bijkomende en invloedrijke bron van informatie. Via iTunes en Googleplay kunnen verschillende apps zoals de “Baby Heart Monitor” gedownload worden. De apps bevatten informatie over de zwangerschap, bevalling en de kraamperiode. 40 % van de apps is enkel informatief bedoeld, 19% heeft ook een medische tool en 11% zijn sociale media apps. Zwangerschaps-apps worden meer gebruikt door jonge zwangere vrouwen namelijk 45% zodat ze extra informatie krijgen over allerlei thema's die betrekking hebben tot de zwangerschap, bevalling en het postpartum (Tripp et al., 2013).

Toekomstige ouders kunnen veel informatie krijgen door verschillende instanties. Deze verschillende informatiebronnen zijn hulpzaam om zich voor te bereiden op de zwangerschap, arbeid en bevalling en op het ouderschap.
--

#### 4. Verwachtingen

Toekomstige ouders krijgen wereldwijd informatiesessies met als doel strategieën aan te leren om met de bevalling en het ouderschap om te gaan. Er zijn twee belangrijke factoren die een invloed hebben op het leerproces van ouders tijdens de zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum. Enerzijds zijn het de verwachtingen van het koppel en ieder individu, anderzijds zijn de motivatie en interesse tot het willen bijleren van bepaalde onderwerpen een belangrijke aanleiding tot het deelnemen aan een GVO-sessie. Daarbij is het noodzakelijk dat de verwachtingen van koppels geanalyseerd worden door zorgverleners via een vragenlijst, zodat goede prenatale educatiesessies gecreëerd kunnen worden. GVO-sessies kunnen beter afgestemd worden op de noden, verwachtingen en interesses van het toekomstige ouderpaar. De verwachtingen kunnen verschillend zijn van koppel tot koppel aangezien iedere toekomstige ouder de nadruk legt op andere aspecten rondom zwangerschap, arbeid en bevalling. Indien de kennis over de verwachtingen van koppels ongekend blijven is het geven van een zorg op maat niet altijd mogelijk (Ahldén et al., 2012).

De dag van vandaag zijn aanstaande ouders te weinig voorbereid op de realiteit van de zwangerschap, bevalling en het ouderschap. Aanstaande koppels zijn onzeker en veeleisend voor zichzelf aangezien iedereen alles perfect wilt doen, wat niet altijd even goed lukt (Van Weddingen, L. 2013). De ervaringen rondom het ouderschap zijn niet altijd in overeenstemming met de verwachtingen die de toekomstige ouders hebben. Daarom is het essentieel om de impact van factoren zoals het geslacht, de kwaliteit van de relatie en de voldoening aan de verwachtingen van de toekomstige ouders tijdens de zwangerschap te onderzoeken. Tijdens GVO-sessies wordt vaak de focus gelegd op de nieuwe rollen van de moeder terwijl na de geboorte van de baby de vader ook verschillende rollen toegedeeld krijgt (Ahldén et al., 2012). De taak van de vroedvrouw tijdens prenatale cursussen is om zwangere koppels realiteitszin mee te geven zodat de verwachtingen beter aansluiten bij het effectieve ouderschap (Van Weddingen, L. 2013).

Koppels hebben verschillende verwachtingen over een deelname aan een GVO-sessie. Zwangere vrouwen wensen dat vroedvrouwen hun emotioneel ondersteunen met de veranderingen die ze tijdens de zwangerschap ondergaan. Tevens willen ze goed voorbereid worden op de geboorte van hun baby en het moederschap. Ze verwachten dat GVO een hulpmiddel is om de zorgen van hun pasgeborenen beter op zich te kunnen nemen. (Teeffelen et al, 2009).

Aanstaande moeders veronderstellen dat prenatale sessies hun een veiliger gevoel geven. Zwangere vrouwen verwachten dat hun angsten rondom de arbeid en bevalling gereduceerd zullen worden. Door goede GVO op maat hebben vrouwen minder angsten rondom arbeid en bevalling. (Ahlén et al., 2012).

Bij prenatale lessen is het belangrijk dat koppels de informatie krijgen die voldoet aan hun verwachtingen. De verwachtingen, motivatie en interesse tot het bijleren van kennis en handelingen dragen bij tot een positiever leerproces. Vóór het deelnemen aan een GVO sessie bestaan er al bepaalde verwachtingen. Deze verwachtingen, in functie van de noden en interesses van het koppel, moet na de prenatale lessen ingelost zijn. Ouders verwachten na prenatale informatiesessies, dat ze minder angsten ontwikkelen en de zorgen over hun pasgeborene beter kunnen opnemen.

## **5. Noden en interesses**

Toekomstige ouders vinden dat ze tijdens prenatale lessen behoorlijk veel informatie krijgen in enkele lessen. Hierdoor zijn de zwangere vrouwen ongerust dat ze tijdens de arbeid en bevalling alles wat ze geleerd hebben zullen vergeten. Er is een veelheid aan informatie die aan koppels gegeven wordt. Ouders willen graag leren over de arbeid, bevalling en de verzorging van een pasgeborene (Nolan, 2009). De noden en interesses van toekomstige ouders omtrent de zwangerschap, arbeid en bevalling- en het postpartum worden verder uitgediept.

### **5.1. Zwangerschap**

De zwangerschap en de overgang tot het ouderschap zijn een belangrijk onderdeel in de verdere ontwikkeling van zowel de ouders als de pasgeborenen. Onderzoek van Deave (2008) heeft aangetoond dat dit als de meest stressvolle periode wordt ervaren. Veranderingen in de levensstijl en routines zijn tijdens deze hectische periode geen eenvoudige opgave. Gedurende deze overgangperiode zijn informatie, adviezen en prenatale en perinatale zorg essentieel. Wanneer een koppel ontdekt dat ze in verwachting zijn ervaren ze gevoelens van blijheid, maar ook angst en onzekerheid voor de toekomst. Toekomstige moeders ervaren tijdens de zwangerschap een nood aan psychologische begeleiding om de overgang van het moederschap goed te laten verlopen. Het is gebleken uit onderzoek van Teeffelen et al., (2009) dat zwangere vrouwen wensen dat de vroedvrouw vraagt naar hun noden en gevoelens. Het is belangrijk voor de vrouw dat de vroedvrouw de emotionele veranderingen bespreekbaar maakt. De taak van de vroedvrouw is tijdens de zwangerschap vragen hoe ze zich voelt, luisteren en hun gerust stellen dat de emoties die ze voelen normaal zijn.

Het motto van goede preventieve gezondheidszorg is dat de vroedvrouw de zwangere vrouw en haar kind centraal stelt in de zorgverlening. Ze zorgt voor een persoonlijke benadering van de zorg en afstemming van de zorgverlening en informatievoorziening op de wensen en behoeften van de aanstaande ouders (KNOV, 2013).

Tijdens de zwangerschap is het belangrijk om toekomstige ouders evidentie gebaseerde informatie te verstrekken die gemakkelijk te begrijpen is. De informatie is afgestemd op behoeftes en interesses van aanstaande ouders. Volgens de NICE guidelines (2008) kan er een tabel gebaseerd op wetenschappelijke literatuur gevolgd worden om GVO te geven.



Tabel 1. NICE guidelines (2008) onderwerpen die per trimester aanbod kunnen komen

Aantal weken	Onderwerpen
Eerste contact	Foliumzuur Gezonde levensstijl: voeding, sport Voor- en nadelen van screeningstesten
10 weken	Ontwikkeling van de foetus Gezonde voeding en vitaminen Beweging en bekkenbodemspieren Plaats van bevalling
2 <sup>de</sup> trimester	Bespreking prenatale diagnostiek (14-20weken) Informatie borstvoeding
3 <sup>de</sup> trimester	Infosessies borstvoeding of flesvoeding Vorbereidingslessen arbeid en bevalling Strategieën aanleren: werken met pijn Verzorging pasgeborene en vitamine K Informatie guthrietest Postnatale zorg Babyblues en postnatale depressies

Volgens Deave (2008) krijgen vrouwen tijdens de zwangerschap te weinig kansen om te begrijpen wat ze mogen verwachten tijdens de eerste weken na de geboorte. Dit is te wijten aan te weinig informatie over het ouderschap. Zwangere vrouwen voelen zich niet voorbereid op het moederschap. Toekomstige ouders willen graag dat ziekenhuizen een grote variatie van informatie aanbieden op vaste tijdstippen tijdens hun zwangerschap. De thema's die koppels verkiezen zijn: de groei en ontwikkeling van de foetus, farmacologische hulpmiddelen zoals epidurale anesthesie en de medische interventies tijdens de arbeid. Aanstaaende ouders willen zelf kunnen kiezen naar welke sessie ze gaan op basis van hun behoeften en de zwangerschapsduur (Svensson et al., 2008).

In het onderzoek van Svensson et al., (2008) hebben toekomstige ouders drie categorieën opgesteld met essentiële onderdelen waarin ze de bovenstaande thema's verwerkt willen zien. Het eerste onderdeel dat aanstaande ouders aanhalen zijn: voldoende informatie verkrijgen waarbij ze vragen kunnen stellen. De zwangere koppels willen graag een gastspreker die specifieke informatie verstrekt en vragen beantwoordt. In het tweede onderdeel willen ze bijleren en communiceren in groep. De koppels verwachten dat de informatie en vaardigheden die aangeleerd worden, in groep kritisch besproken worden en toegepast worden in een casus zodat ze dit kunnen opslaan en niet vergeten (Nolan, 2009; Svensson et al., 2008). Tenslotte willen aanstaande ouders ervaringen uitwisselen en elkaar steunen. Hierbij willen de aanstaande ouders informele samenkomsten waarbij ze elkaar tips geven. Tevens willen toekomstige ouders een bijkomende zwangerschapshulplijn zodat ze altijd een vroedvrouw of arts kunnen bereiken met hun vragen of angsten. (Svensson et al., 2008).

Tijdens de zwangerschap is het belangrijk dat toekomstige ouders voorzien worden van voldoende evidenced based informatie waardoor hun behoeftes en interesses worden beantwoord. Inhoudelijk verkiezen ze informatie over de groei en ontwikkeling van de foetus, farmacologische hulpmiddelen en de medische interventies tijdens de arbeid. Ouders willen tijdens GVO-sessies specifieke informatie krijgen als antwoord op hun vragen. Om de informatie te kunnen verwerken willen de aanstaande ouders dat ze de informatie bespreken en toepassen in een casus. Het uitwisselen van ervaringen is voor ouders een belangrijke onderdeel tijdens de sessies. Een zwangerschapshulplijn kan aanstaande ouders helpen om antwoorden te krijgen.

## **5.2. Arbeid en bevalling**

Jonge, aanstaande ouders bereiden zich tijdens de kinderwensperiode voor op de arbeid, bevalling en het ouderschap door te praten met andere zwangere vrouwen of vrouwen die recent zwanger zijn geweest. Dit doen ze door te kijken naar anderen en op zoek te gaan naar ondersteuning. Educatieve lessen zijn een voorbeeld hiervan. Dit om te leren van hun eigen ervaringen. (Svensson et al., 2006). Toekomstige ouders vinden het nuttig tijdens de sessies om geboortevideo's en andere films te zien zodat ouders weten wat ze kunnen verwachten (Svensson et al., 2008).

De prenatale en perinatale educatielessen zijn vooral gericht op de arbeid en de bevalling, niet zo zeer op de behoeften van ouders met betrekking tot de realiteit van het nieuwe ouderschap (Deave et al., 2008). In het onderzoek van Teeffelen et al., (2011) werd er vastgesteld dat aanstaande ouders zowel lichamelijk als psychologisch voorbereid willen worden op de geboorte van hun kind. Ook willen ze dat de vroedvrouw informatie verstrekt over de verschillende posities en pijnstilling tijdens de arbeid en bevalling zodat ze meer zelfvertrouwen creëren. Tijdens een sessies willen ze dat de voordelen en nadelen bespreekbaar worden van interventies zodat ze zelf de keuzes kunnen maken die volgens hen het beste zijn (Svensson et al., 2008).

Toekomstige moeders willen meer weten over de complicaties van bepaalde interventies tijdens de arbeid en bevalling, voornamelijk de complicaties van een inductie, sectio en epidurale verdoving (Lothian, 2007). Tevens kunnen ze geen geïnformeerde keuze maken zonder evidence-based informatie (Klein, 2011). Vrouwen vinden dat ze teveel informatie krijgen in een beperkt aantal lessen. Hierdoor worden ze ongerust. Ze krijgen het gevoel dat alles wat ze over de arbeid en bevalling geleerd hebben, gaan vergeten omdat ze tijdens de sessies de kans niet krijgen om dit in groep te bespreken. Aan de hand van een rollenspel, probleemoplossende activiteiten of ervaringen delen wordt er voor een goede interactie gezorgd. Dit zorgt ervoor dat aanstaande ouders de informatie contextueel kunnen maken naar bepaalde omstandigheden in hun leven (Nolan, 2009).

Informatie die volgens Ahldén et al., (2008) ook voorzien kan worden zijn: de verschillende fases tijdens de arbeid en bevalling, borstvoeding en psychologische reacties tijdens de arbeid en bevalling.

Tijdens educatielessen is het belangrijk voor de aanstaande ouders om zowel zich lichamelijk als psychologisch voor te bereiden op arbeid en bevalling. De informatie die aanstaande ouders wensen te bespreken zijn de posities tijdens de arbeid en bevalling, pijnstilling en de voor- en nadelen van allerlei interventies. Toekomstige ouders doorlopen op verschillende manieren strategieën tot verwerken van informatie om de juiste keuzes te kunnen maken. Bij voorkeur wordt deze informatie in groep gegeven. Toekomstige ouders wensen de kans te krijgen om informatie te kunnen bespreken en te verwerken zodat ze de het kunnen opslaan.

### 5.3. Postpartum

De meeste koppels hebben weinig besef van wat ze mogen verwachten in de eerste dagen en weken na de geboorte van hun baby. Ze zijn niet goed voorbereid op de verlangens en gedragingen van hun baby en het ouderschap. Emotionele en informatieve steun ervaren is een invloedrijk gebeuren tijdens de postnatale periode van een kersvers gezin (Deave et al., 2008). Postnatale reünies kunnen daarom ook aangeboden worden om de bevalling en postpartum bespreekbaar te maken. Ouders hebben verschillende ideeën om na de geboorte van hun kind met andere ouders samen af te spreken zoals: yoganamiddagen, 's ochtends koffiebijeenkomsten, een barbecue-avond of wekelijkse sessies in het ziekenhuis waar ze allerlei vragen kunnen stellen die beantwoord worden door een vroedvrouw (Svensson et al., 2008).

Het doel van postpartumzorg is enerzijds niet alleen gericht op de fysieke gezondheid van moeder en kind, maar anderzijds ook op ondersteuning en hulp aan het gezin. Op die manier worden de ouders gestimuleerd om de zorgen van hun baby uit te voeren. Support geeft een positieve boost aan hun zelfvertrouwen en angstgevoelens (Ching-pyng et al., 2011).

Aanstaande ouders willen meer informatie krijgen over het ouderschap en praktische technieken die hen helpen bij de verzorging van hun pasgeborene (Deave et al., 2008). 35% van de toekomstige ouders voelt zich onvoldoende voorbereid op het ouderschap. Ze willen voornamelijk meer weten over de zorg aan hun pasgeborene, vaardigheden leren en de psychologische veranderingen die een moeder kan meemaken. Andere onderwerpen waarvan ouders te weinig weten zijn: borstvoeding, algemene zorg van de pasgeborene, het slaappatroon, huidverzorging, babykrampen, levensstijl na de geboorte, veranderingen en gezondheidsproblemen bij moeder en kind (Barnes et al., 2008; Sink, 2009).

Ouders willen op een vlotte en praktische manier over verschillende items leren zoals een babybadje, babymassage, hoe een baby laten slapen, spelen, een boertje laten en hulp bij borstvoeding. Op basis van oefeningen, het voordoen en zelf uitzoeken onthouden toekomstige ouders de aangereikte kennis en vaardigheden beter. Huiswerkactiviteiten zijn voor ouders ook een hulpmiddel om zich voor te bereiden op het ouderschap (Svensson et al., 2008).

Om aanstaande ouders voor te bereiden op het ouderschap verwachten ze voldoende informatie te krijgen. Het is belangrijk om de verschillende aspecten van de zorg voor een
--

baby aan te leren. Wanneer er oefeningen aangeleerd worden of handelingen voorgedaan kunnen toekomstige ouders de kennis beter onthouden. Aanstaaende ouders zijn geïnteresseerd om allerlei informatie te krijgen. Postnatale bijeenkomsten lijken voor ouders een goede voorstel om contact te houden met andere ouders.

#### **5.4. Toekomstige vaders**

Toekomstige vaders voelen zich niet voorbereid op het vaderschap. De aanstaande vaders voelen zich over het algemeen betrokken bij de zwangerschap van de vrouw, maar ondervinden dat ze vaak uitgesloten worden van prenatale lessen. Ze ervaren dat infosessies enkel bestemd zijn voor de vrouw (Deave et al., 2008).

Mannen geven aan dat er voor hen een gebrek aan informatie is. Er worden geen contactgegevens van vroedvrouwen meegegeven na een infosessie, om opkomende vragen of angsten over de bevalling, ouderschap en verzorging te bespreken. Over het algemeen voelen mannen zich niet goed voorbereid op de zorg voor hun baby. De praktische dimensie en het communicatieprobleem bij een baby liggen aan de basis van deze angstgevoelens (Deave et al., 2008).

*“I'm absolutely petrified. Suddenly they are going to release you with this child that doesn't communicate in English and you're going to take this thing home.”* (Deave et al., 2008).

Het opnemen van het werk na het bevallingsverlof en de balans tussen werken en het vaderschap blijkt ook een grote struikelblok te zijn. Papa's krijgen hierbij het gevoel uitgesloten te zijn van adviezen en ondersteuning tijdens postpartumconsultaties. Aanstaaende vaders willen op voorhand ingelicht worden over de veranderingen die in hun leven gaan plaatsvinden (Deave et al., 2008).

Onderzoekers hebben geconcludeerd dat prenatale informatiesessies en ouderschapslessen meer aandacht zouden besteden aan de behoeftes van mannen. Dit zodat de kennis over de zwangerschap, bevalling en ouderschap aan beide ouders worden overgebracht. Hierdoor voelen toekomstige vaders zich meer betrokken bij zowel zwangerschap als arbeid en bevalling en het ouderschap (Ahlén, et al., 2012; Svensson et al., 2006).

Vaders voelen zich niet betrokken bij GVO-lessen. Ze krijgen hierbij het gevoel uitgesloten te zijn van informatie, adviezen en ondersteuning. Een betere focus naar de behoeften van de aanstaande vaders is een aandachtspunt die uit dit wetenschappelijk onderzoek naar boven komt.

## **6. Lessen organiseren**

Het inplannen van GVO-sessies vroeg in de zwangerschap helpt toekomstige ouders zich voldoende voor te bereiden op het ouderschap. Vrouwen hebben dan nog voldoende tijd om belangrijke keuzes te maken. Ze kunnen tevens beslissen waar ze willen bevallen en zich voorbereiden op de arbeid en bevalling (Lothian, 2009).

### **6.1. Tijdstip lessen**

Zwangere koppels willen liever dat GVO-lessen niet enkel in de laatste weken van hun zwangerschap gegeven worden, maar op bepaalde tijdstippen doorheen de zwangerschap. Toekomstige ouders verkiezen sessies te volgen vóór de zwangerschap: preconceptioneel, tijdens de prille zwangerschap, de 20<sup>ste</sup> zwangerschapsweek en naar het einde van de zwangerschap toe. Het kan zelfs enkele keren postnataal. Het aantal sessies en inhoud in deze periodes variëren naargelang de zwangerschapsduur (Svensson et al., 2008).

Toekomstige ouders suggereren om avondlessen van maximum drie uur aan te bieden met pauzes. Er is zelfs een belangstelling voor workshops die in het weekend plaats vinden (Svensson et al., 2008).

### **6.2. Individueel of in groep**

Prenatale GVO-sessies in de voorbereiding op de zwangerschap, arbeid en bevalling hebben een belangrijke invloed op perinatale resultaten en vroedkundige zorgen over zowel moeder als baby (Thielen, 2012). GVO-lessen kunnen op twee manieren gegeven worden onafhankelijk van het gebruikte materiaal zoals video's, foto's, verhalen, etc. Dit kan in groep waarbij het koppel met andere zwangere vrouwen en hun partner samen zitten. Hierbij kunnen meningen, gedachten en vragen in de hele groep uitgewisseld worden. Discussies over een bepaald onderwerp kunnen hieruit gemakkelijker voortvloeien. Verder kan een GVO-les individueel gegeven worden. Hiermee wordt bedoeld dat het zwangere koppel samen met de vroedvrouw bepaalde onderwerpen over de arbeid en bevalling overloopt. Intiemere vragen en opmerkingen kunnen bij deze vorm van GVO gemakkelijker aan bod komen (Thielen, 2012).

De grootte van de groep moet zorgvuldig gekozen worden. De groep moet klein genoeg zijn om vragen te stellen, te discussiëren en een veilig gevoel te ontwikkelen. Een groep van vijf à zeven koppels zou optimaal zijn. Indien het aantal personen oploopt kunnen onderlinge kleinere groepsactiviteiten georganiseerd worden (Lothian et al., 2014).

Het doel van de studie van Andersson et al., (2013) was om een vergelijking te maken tussen de tevredenheid van vrouwen die individueel of in groep deelnamen. Tijdens deze gerandomiseerde studie werden de vroedvrouwen verdeeld om verschillende lessen te volgen. Ze hadden de keuze tussen individuele of groepslessen. Zwangere vrouwen werden uitgenodigd om deel te nemen aan deze twee modellen en dit ook te evalueren door middel van twee vragenlijsten. In totaal werden er meer tekortkomingen gemeld in de individuele zorglessen dan in de groepslessen. De koppels ervoeren in de groepslessen een betere aanbrenghing van informatie over de arbeid, bevalling en het postpartum. De betrokkenheid van de vroedvrouw en het serieus beantwoorden van vragen bleken beter en voldoende behandeld te worden in de groepslessen. Bovendien waren de koppels in de groepslessen tijdens een GVO-sessie, meer tevreden over de zorg en het ondersteunen van contacten met andere koppels. Groepslessen bieden volgens deze studie meer voordelen op het vlak van informatieoverdracht en communicatie met andere zwangere vrouwen. Groepslessen worden in deze studie als meer effectief en geliefd ervaren dan de individuele lessen. Ouders stonden in dit onderzoek meer open voor groepslessen in plaats van individuele lessen bij de vroedvrouw (Andersson et al., 2013).

### **6.3. Tussenkomst overheid**

De kosten van een GVO les worden vastgelegd in de nomenclatuur van het RIZIV voor vroedvrouwen. Een individuele les al dan niet thuis, in ziekenhuisverband of een andere plaats heeft een kostprijs van 17,25 €. Bij deze verstrekkingen is het de vroedvrouw (ook de geconventioneerde vroedvrouw) toegelaten een extra bedrag aan te rekenen. De verstrekkingen moeten volgens het RIZIV een gemiddelde globale duur van 60 minuten hebben. De overheid zorgt via de mutualiteit ervoor dat zwangere koppels een deel van het betaald bedrag vergoed krijgen (bijlage 1).

Het aantal prenatale lessen die gevolgd kunnen worden zijn afhankelijk van de koppels, de zwangerschapsduur en de terugbetaling. De voorkeur gaat uit naar verschillende tijdstippen doorheen de zwangerschap. Prenatale informatiesessies kunnen op twee manieren gegeven worden, individueel of in groepsverband. Uit onderzoek is gebleken dat de groepslessen als meest effectief en geliefd ervaren worden.



## 7. Leervormen

Gezondheidseducatie zorgt ervoor dat aanstaande ouders nieuwe informatie, vaardigheden en strategieën leren om o.a. met pijn om te gaan tijdens de arbeid en bevalling. Vroedvrouwen kunnen een ideale leeromgeving creëren voor toekomstige ouders zodat ze optimaal kunnen bijleren. De vroedvrouw kan op allerlei manieren GVO-lessen geven (Brady, 2013).

Elk individu heeft een persoonlijke leerstijl. Het is tijdens GVO-sessies belangrijk dat de vroedvrouw de verschillende leerstijlen aan bod laat komen. Deze zijn: visueel, auditief, verbaal, kinesthetisch en experimenteel. Bij de leerstijlen zijn er verschillende aandachtspunten. Personen met de visuele leerstijl willen graag afbeeldingen en demonstraties zien. De verbale leerstijl houdt in: gesprekken, geluiden of muziek. De kinesthetische leerstijl betekent dat de persoon met zijn volledige lichaam wil voelen en leren. Ten slotte willen personen met een experimentele leerstijl leren door observaties, reflecties en ervaringsverhalen (Brady, 2013).

Om een GVO-sessie succesvol te laten verlopen zou de vroedvrouw in haar lessen niet enkel rekening houden met de verschillende leerstijlen maar ook met de leeftijd, de ervaring, het onderwijsniveau en de culturele achtergrond. De meeste volwassenen hebben een voorkeur voor één leerstijl maar dit wil niet zeggen dat ze de andere stijlen niet begrijpen. In prenatale lessen kunnen de verschillende stijlen toegepast worden zodat iedereen de vaardigheden optimaal kan leren (Brady, 2013).

Om een effectief leerproces te bevorderen zijn er verschillende aandachtspunten. Ten eerste zouden er tijdens de GVO-sessies niet louter informatie gegeven worden. Tijdens een sessie dienen er verhalen verteld te worden en voorbeelden gegeven worden om een duidelijk beeld te creëren. Hierdoor onthouden de aanstaande ouders de informatie beter. De vroedvrouw hoort creatief te zijn in het aanbrenge van informatie en activiteiten waarbij alle “leerlingen” betrokken worden. Om de les creatief te brengen kan de vroedvrouw allerlei materiaal gebruiken zoals een krijtbord, witbord en kleurrijke afbeeldingen. De manier hoe informatie of strategieën aangebracht wordt zorgt ook voor een betere leerervaring. Het is het belangrijk dat de vroedvrouw de informatie niet moeilijk overbrengt. Wat niet eenvoudig na te streven is wanneer vakjargon gebruikt wordt. Informatie meegeven of websites meedelen zorgt ervoor dat de informatie te allen tijde opgefrist en eigen gemaakt kan worden (Brady, 2013).

De vroedvrouw dient bij het geven van gezondheidseducatie de verschillende leerstijlen te gebruiken. Om een goede GVO-sessie te verkrijgen is de leerstijl niet de enige aandachtspunt maar ook de leeftijd, de ervaring, het onderwijsniveau en de culturele achtergrond spelen een factor mee. Creativiteit zorgt voor een betere leerervaring, dit kan op allerlei manieren door de vroedvrouw aangebracht worden.

## 8. Uitkomsten GVO

Het verstrekken van informatie en het uitoefenen van zelfbeheersing zoals fysieke oefeningen, ademhalingsoefeningen en ontspanningstechnieken zijn gericht op het voorbereiden van zwangeren op de arbeid en de bevalling. Dit draagt bij tot een positieve geboorte-ervaring. Zowel het geven van grote hoeveelheden informatie op korte termijn als het geven van onvoldoende informatie op lange termijn kan als ineffectief ervaren worden. Het is bewezen dat het verstrekken van informatie noodzakelijk is omdat het zorgt voor een beter effect, zoals het verminderen van de pijnbeleving op zowel de arbeid als bevalling. De informatie die over de arbeid en bevalling gegeven wordt, is belangrijk omdat het geheugen van de zwangere wordt beïnvloed. Het vermogen tot zelfcontrole tijdens de arbeid wordt als basis gezien voor een goede bevallingservaring. Het bezitten van zelfbeheersing en controle zou daarom aangeleerd kunnen worden tijdens sessies (Miquelutti, et al., 2013).

Een zwangere vrouw die gerichte ademhalingstechnieken krijgt of massagelessen- en ontspanningstechnieken is beter voorbereid op de arbeid en bevalling. Dit zorgt voor een betere zelfbeheersing, minder pijn en een positievere ervaring (Miquelutti, et al., 2013). Uit het onderzoek van Consonni et al., (2010) hebben vrouwen een grotere tevredenheid over hun geboortebeleving en minder angsten voor de arbeid en bevalling omdat ze aan GVO-sessies hebben deelgenomen. Een hoger aantal vaginale bevallingen en een kortere verblijfsduur in het ziekenhuis voor zowel moeder als kind werd uit dit onderzoek geresulteerd.

In een kwalitatieve studie van Miquelutti et al., (2013) associeerden de zwangere vrouwen het deelnemen aan een GVO-sessie met de controle over arbeid en bevalling. Dit werd besloten na het analyseren van de individuele interviews met iedere zwangere. De belangrijkste topics die tijdens de interviews aan bod kwamen gaven een beeld over de beleving van de geboorte (Bijlage 2).

*“The breathing exercises, the massages, the baths, and then, I did everything, and the positions I adopted...Because if I just stayed lying down, then the pain felt even worse; then when I sat up in that butterfly position or with my two feet together, I could put more effort into it when it contracted, and with my breathing, I could relax, and when I was able to relax, the pain was less.”* (Miquelutti et al., 2013)

De meerderheid van de deelnemende vrouwen uit dit onderzoek meldde dat de informatie die werd ontvangen een invloed had op het verminderen van de angst tijdens de zwangerschap, arbeid en bevalling. Zwangere vrouwen hadden een veilig gevoel tijdens de bevalling omdat ze beter leerden omgaan met pijn en dit dus zorgde voor een goede zelfbeheersing. Ademhalingstechnieken toepassen, oefeningen uitvoeren op de geboortebal, wandelen, massage, baden en de rechtopstaande positie aannemen tijdens de arbeid en bevalling scoorden als meest relevant. Door deze tips te gebruiken tijdens hun arbeid en bevalling werd de angst weggenomen en maakt het plaats vrij voor ontspanning wat leidde tot het verminderen van pijn. De vrouwen die echter niet deelnamen aan de educatiesessies hadden geen gevoel van controle tijdens de arbeid en bevalling. (Miquelutti, et al., 2013).

Uit een studie van Alhdén et al., (2012) kan afgeleid worden dat meer dan 90% van de vrouwen een positieve ervaring heeft over het deelnemen aan prenatale sessies. Vrouwen waren positiever over het deelnemen aan de lessen dan de partners. Een GVO- sessie zorgt er ook voor dat zwangere vrouwen elkaar ontmoeten waarbij ervaringen, vragen en opmerkingen met elkaar kunnen besproken worden. Verder heeft het ook een positief effect op het reduceren van angsten en de relatie tussen het koppel. Ieder koppel dat deelneemt aan een prenatale sessie verwacht dat deze lessen helpen om zich zekerder te voelen. Wanneer informatie meer afgestemd wordt op het individu gaan zwangere vrouwen zich ook veilig en vertrouwd voelen bij de vroedvrouw om haar zorgen en angsten bespreekbaar te maken. Het zelfvertrouwen wordt hierdoor positief beïnvloed, tevens zullen ze zich veiliger voelen over de verzorging van hun pasgeborene. (Alhdén et al., 2012; Teeffelen et al., 2009)

De bevalling is slechts een dag gegrepen uit het leven. Ouderschap daarentegen is een ervaring voor het hele leven. Uit de studie Ahldén et al. (2012) bleek het deelnemen aan prenatale lessen, zowel voor vrouwen als voor mannen, een veiliger gevoel te geven op vlak van vader en moeder zijn. Antenatale lessen leggen de focus op de voorbereiding rond arbeid en bevalling. Daarnaast speelt het ook een belangrijke factor in het beleven van de moederrol en vaderrol gedurende het ouderschap. Bovendien geven studies aan dat al tijdens de zwangerschap mannen en vrouwen bereid zijn zich te ontwikkelen in de rol als ouder (Ahldén et al., 2012).

Er kan geconcludeerde worden dat het deelnemen aan een prenatale informatiesessie geen invloed lijkt te hebben op de eerste moeder-ervaring na de geboorte van de baby en de kennis over de vaardigheden die nodig zijn om betrokken ouders te worden (Ahldén et al., 2012).

Het verstrekken van informatie is noodzakelijk. Het zorgt voor een positievere geboorte ervaring. Ook zorgt dit ervoor dat aanstaande ouders zich meer voorbereid voelt en het vermindert de angsten rondom zwangerschap, arbeid en bevalling.

## 9. Taak van de vroedvrouw

Zwangerschapslessen dienen om zwangere vrouwen voor te bereiden op de arbeid en de geboorte van hun kind. Vrouwen leren belangrijke beslissingen te maken tijdens GVO-sessies. Hierin heeft de vroedvrouw een belangrijke rol (Lothian et al., 2012).

De vroedvrouw zou tijdens de GVO-sessies aanstaande ouders counselen. Het is belangrijk dat ze continue aanwezig is. Het is haar taak om met volle aandacht te luisteren naar de gesprekken en vragen te stellen zodat zij als vroedvrouw begrijpt wat toekomstige ouders bedoelen en zij getriggerd wordt om voldoende juiste informatie te verschaffen (Bogaerts, 2014).

De vroedvrouw zal duidelijk zijn over haar eigen filosofie en doelen, maar mag niets opdringen. Er zijn twee manieren om te kijken naar een geboorte. Een geboorte kan veilig beschouwd worden waarbij de zwangere vrouwen een aangeboren vermogen en instinct gebruiken om te baren. Geboorte kan ook onvoorspelbaar en gevaarlijk zijn en al dan niet medisch begeleid worden. Afhankelijk van hoe fysiologisch de vroedvrouw is ingesteld en de medische achtergrond van de zwangere, kan de geboorte anders verlopen en kunnen andere doelen vooropgesteld worden. Er zal deskundig en up-to-date gewerkt worden en dit volgens recent wetenschappelijk onderbouwde informatie zodat toekomstige ouders geïnformeerd keuzes kunnen maken (Lothian et al., 2014; Brady, 2013).

De vroedvrouw hoort de informatie te rangschikken die tijdens de sessies besproken gaat worden. Een grote hoeveelheid aan informatie kan gegeven worden, het is hierbij juist belangrijk om dit af te stemmen op de noden van het koppel. Vrouwen komen naar deze lessen met een grote kennis over zichzelf, eigen wensen, behoeften, verwachtingen en eventuele eerdere ervaringen en vragen. Zwangeren weten al veel over de geboorte door anderen informatiebronnen, maar het is niet altijd wetenschappelijk onderbouwd. Dit is belangrijk en zal mede de uiteindelijke beslissingen beïnvloeden. Hierbij zal er ook aandacht besteedt worden aan het creëren van een veilige omgeving. Een respectvolle omgeving, waar koppels naar elkaar luisteren. Het is belangrijk dat aanstaande ouders gestimuleerd worden, vertrouwen ontwikkelen en de mogelijkheid te krijgen om hun ervaringen te delen. Enkel op deze manier voelen toekomstige ouders zich veilig (Lothian et al., 2014).

Het is belangrijk dat de vroedvrouw koppels vragen laat stellen en ze laten vertellen over hun ervaringen en bedenkingen. Het gesprek moet pas overgenomen worden wanneer vragen onbeantwoord blijven of onopgeloste discussies ontstaan. (Lothian et al., 2014)

De vroedvrouw dient actief te luisteren naar aanstaande ouders. Het ophelderen van de waarden en normen van het koppel spelen hierbij een belangrijke rol. Hierna kan er een bewuste en geïnformeerde keuze gemaakt worden, wat een positieve invloed heeft op het vertrouwen in het eigen lichaam, intelligentie en intuïtie (Beroepsprofiel van de vroedvrouw, 2006)

Tijdens GVO-sessies zal de vroedvrouw ervoor zorgen dat aanstaande ouders kunnen bijleren en dit door eenvoudige maar voldoende informatie te verstrekken en verschillende opties te bespreken die tijdens de arbeid en bevalling kunnen voorkomen. De vroedvrouw zal ervoor zorgen dat toekomstige ouders niet overstelpt worden met informatie zodat ze geïnteresseerd en gemotiveerd blijven om GVO-sessies bij te wonen (Brady, 2013). De vroedvrouw zal voor een omgeving zorgen waarbij er genoeg tijd is voor te leren en participeren in groep. Door actief deel te nemen aan de GVO-lessen integreren de toekomstige ouders belangrijke informatie waardoor ze meer zelfvertrouwen opbouwen (Brady, 2013).

De vroedvrouw heeft een belangrijke taak om goede educatie op maat te kunnen verlenen. De vroedvrouw zou voldoende aanwezig zijn zodat ze juiste informatie kan aanbieden. De vroedvrouw mag niets opdringen en dient de waarden en normen te bespreken zodat toekomstige ouders door de wetenschappelijke informatie zelf geïnformeerde keuzes kunnen maken. De vroedvrouw zorgt dat aanstaande ouders voldoende informatie krijgt waardoor ze bijleren en meer zelfvertrouwen creëert.

## 10. Handvaten voor de vroedvrouw

Onderstaande kader bevat handvaten die aangereikt kan worden aan vroedvrouwen, dit om zwangere koppels gezondheidseducatie op maat te bieden. Het is chronologisch ingedeeld beginnend bij de zwangerschap, arbeid en bevalling, ouderschap.



- Psychologische begeleiding door de vroedvrouw
- Evidente gebaseerde informatie afgestemd op behoeftes en interesses van toekomstige ouders
- Een gastspreker aanstellen die informatie en antwoorden geeft
- Grote variatie van informatie aanbieden op vaste tijdstippen zoals: de groei en ontwikkeling van de foetus, farmacologische hulpmiddelen zoals epidurale anesthesie en de medische interventies tijdens de arbeid
- Informatie bespreken in groep of door middel van casuïstieken
- Mogelijkheid om ervaringen uitwisselen met elkaar
- Deze informatie wordt best prenataal gegeven



- Lichamelijke en psychologische voorbereiding
- Informatie verstrekken over pijnstilling en verschillende bevallingshoudingen
- Informeren over de voor- en nadelen van interventies zoals: sectio, inductie en epidurale anesthesie
- Het toepassen van interactieve leermethodes zoals: rollenspel, probleemoplossende activiteiten of ervaringen delen
- Het gebruik maken van visuele beelden zoals video's, foto's
- Informatie verstrekken over de verschillende fases tijdens de arbeid, bevalling, borstvoeding en psychologische
- Deze informatie wordt best prenataal gegeven



- Informatie geven over het ouderschap en het aanleren van praktische technieken op basis van oefeningen, voordoen en zelf uitzoeken
- De zorg voor een pasgeborene aanleren zoals: algemene zorg van de pasgeborene, het slaappatroon, huidverzorging, babykrampen
- Vaardigheden aanleren zoals: borstvoeding, babybadje, babymassage, hoe een baby laten slapen, spelen, een boertje laten
- Psychologische veranderingen bespreken: de levensstijl na de geboorte, veranderingen en gezondheidsproblemen bij moeder
- Het geven van huiswerkactiviteiten geven
- Het aanbieden van postnatale reünies aanbieden
- Deze informatie wordt best prenataal en postnataal gegeven



## **Praktijkgedeelte**

*Koppel x zwanger van hun 1<sup>ste</sup> kindje is 24 weken zwanger en hebben besloten om verschillende infosessies te volgen zodat ze voorbereid zijn op de arbeid, bevalling en het ouderschap.*

Voor het praktijkgedeelte van deze bachelorproef werd er gekozen om in verschillende ziekenhuizen prenatale informatiesessies te volgen en deze met elkaar te vergelijken. Voor de aanvang in de verschillende ziekenhuizen werd er een checklist met vragen opgesteld om de communicatie met vroedvrouwen, de regioverpleegkundige en andere zorgverleners te vergemakkelijken. Deze vragen zorgden voor een houvast om gelijkenissen en verschillen tijdens de infosessies te achterhalen. Het werd gebruikt als leidraad om het doel van dit praktijkgedeelte voor ogen te houden (bijlage 2; bijlage 3).

De eerste informatiesessie die we volgden vond plaats in de aula van een ziekenhuis, waarvoor de koppels zich niet op voorhand moesten inschrijven. Er kwamen een 25-tal personen. Ze kregen eerst informatie van een regioverpleegkundige van Kind & Gezin, nadien kwam een pediatr praten over de pasgeborene. De infosessie duurde twee uren met 10 minuten pauze. De informatie werd overgebracht door middel van PowerPointpresentaties. Het hoofdthema was de pasgeborene en de eerste weken thuis. De volgende onderwerpen werden verder uitgediept: groei naar structuur en ritme, huilen, slapen - voornamelijk over wiegendood - en voorbereiding van grote broer/zus. De regioverpleegkundige vertelde de informatie duidelijk en bij elk onderwerp werd er gevraagd of er vragen waren. De verpleegkundige zorgde ervoor dat ouders beseften dat elke baby anders is en dat niet alles wat ze vertelde gelijkaardig verloopt bij elke baby. Ze legde duidelijk uit dat het ouderschap een zoekproces is.

Kind en Gezin organiseert infosessies op verschillende tijdstippen doorheen het jaar. De informatie die gegeven wordt is afhankelijk van richtlijnen van het WHO. Dit is hun leidraad om mensen meer kennis te verschaffen rondom zwangerschap, arbeid, bevalling en postpartum. Zwangere koppels kunnen deze lessen volgen wanneer ze willen.

Tijdens de infoavond werd het onderwerp slapen voornamelijk wiegendood 30 min lang besproken. Hoewel dit een belangrijk onderwerp was ging de infoavond voornamelijk hierover. Na één uur informatie van de regioverpleegkundige volgde er 10 minuten pauze. Nadien kwam er de pediater van het ziekenhuis spreken. In één uur tijd werden er 75 diavides overlopen. De informatie die werd gegeven waren verschillende instrumenten bij een kunstverlossing, de verschillende huidandoeningen en afwijkingen die kunnen voorkomen. De koppels hun beangstigende gezichtsuitdrukking liet blijken dat de informatie confronterend was. Na de infoavond konden de aanstaande ouders gratis allerlei informatiebrochures en boeken krijgen.

Vervolgens volgden we in een ander ziekenhuis enkele consultaties bij de vroedvrouw. Iedere consultatie duurde 30 minuten. Als eerste was er een klinisch onderzoek van de zwangere. Iedere zwangere werd aan de monitor gelegd of er werd met de doppler naar de harttonen geluisterd. Vervolgens werd de gewicht, bloeddruk en de urine gecontroleerd. Deze gegevens werden in het moederboekje genoteerd. In dat ziekenhuis bepaalde de vroedvrouw samen met het koppel, welke informatie behandeld werd. Zij hanteren een informatiebrochure waar per zwangerschapsduur kort neergeschreven staat wat er dient te gebeuren en/of waarover informatie kon gegeven worden en door wie (gynaecoloog, vroedvrouw of huisarts). Verder werden de specifieke vragen van het koppel ook behandeld. Hierbij was het dan duidelijk dat de vroedvrouw op dat moment afweek van haar handvat en de noden van het koppel op de voorgrond liet treden. Indien er geen vragen gesteld werden door het koppel werd de informatiebrochure pas gebruikt als handvat. Indien het koppel 37 weken zwanger was gaf de vroedvrouw specifiek informatie over de arbeid en bevalling, aangezien dit nu tot de essentie behoorde. Hierbij werd er ook overlopen wanneer de koppels het beste de verloskamer binnenkomt, wat er allemaal in de koffer hoort voor zowel baby als moeder, het al dan niet geven van borstvoeding etc.

Tenslotte hebben we als afsluiter opnieuw een infoavond gevolgd die gegeven werd door twee vroedvrouwen. Er werden zo'n 60-70 personen geteld in deze aula. De infoavond duurde anderhalf uur en werd in de aula van het ziekenhuis gegeven. De info ging voornamelijk over de arbeid, bevalling en het directe postpartum. De vroedvrouwen gaven de informatie weer met een PowerPointpresentatie. Het onderwerp moeder en kind stond centraal, dit werd op voorhand in samenspraak met de vroedvrouwen en gynaecologen beslist. Er werd ook informatie gegeven over de laatste weken van de zwangerschap zoals de inenting Boostrix, 30 weken echo, de suikertest, de monitoring, wanneer binnenkomen en wat meenemen? Er werd meer aandacht geschonken aan de items wanneer koppels naar

het ziekenhuis moeten gaan en wat ze moeten meenemen. Dit was ook één van de redenen waarom de koppels aanwezig waren.

Nadien werd er ook informatie gegeven over de arbeid, pijnstilling en bevalling en over de afdelingen. De aanstaande ouders kregen ook een film te zien van de verloskamer en de materniteit. Tijdens de infoavond werd er vaak vakjargon gebruikt. We zagen dan ook dat mensen verwonderd naar elkaar keken. Het viel ons ook op dat er geen ‘volledige’ informatie gegeven werd aan de koppels. Zo werd de epidurale verdoving besproken als een gemakkelijk en pijnverdovend middel dat aangewezen is om te gebruiken tijdens de arbeid en bevalling. Echter werden de nadelen, de werking, het mogelijk accidenteel prikken,... niet aangehaald. De ontsluitingsfase werd kort besproken. De actieve fase van de arbeid werd helaas niet toegelicht, wat ons belangrijk en onmisbaar leek te zijn om toekomstige ouders voor te bereiden op de arbeid en bevalling. Ten slotte viel het ons ook op dat de vroedvrouwen regelmatig het woord “moeten” en “ik zou “ gebruikten tijdens hun presentatie. Deze woorden zouden eigenlijk niet gebruikt mogen worden, omdat het geven van GVO een manier is om mensen kennis bij te brengen zonder iets op te dringen. Aanstaande ouders zouden zelf geïnformeerde keuzes durven maken, wat voor hun het beste lijkt (Lothian et al., 2014)

Om deze praktijkgedeelte te vervullen hebben we twee willekeurige ziekenhuizen gekozen. Omdat onze doel enkel was om achter te halen welke informatie er gegeven werd en op welke manier, besloten we om de ziekenhuizen niet kenbaar te maken. Om te ontdekken wat de zwangere koppels in Vlaanderen van verschillende sessies vinden, zou er naar onze mening in de toekomst een anonieme vragenlijst ingevuld moeten worden. Door de vragenlijst kunnen GVO-sessies in de toekomst meer afgestemd worden op de noden en behoeftes van aanstaande ouders. Het aanbod en de manier van geven van gezondheidseducatie is volgens ons nog een aandachtspunt waaraan gewerkt moet worden.

## Discussie

Deze literatuurstudie geeft een antwoord op de vraag hoe we prenatale educatie op maat van aanstaande ouders kunnen geven. Dit resulteerde in verschillende gelijkenissen, verschillen maar ook bedenkingen.

Bij het analyseren van de resultaten naar onderwerpen die gegeven kunnen worden tijdens GVO lessen dient er meer onderzoek te gebeuren naar eerstbarende en meerbarende zwangere. Zij hebben ieder andere doelen qua GVO informatie voor ogen. Dit in Vlaanderen toegepast hoort nog verder bestudeerd te worden. Echter zijn de verwachtingen ook afhankelijk van geslacht, leeftijd en opleiding. Vroedvrouwen, en verpleegkundigen bijvoorbeeld hebben namelijk andere doelen, verwachtingen en vragen dan secretaresses en bedienden (Alhdén et al., 2012).

Het anoniem afnemen van een vragenlijst zou meer informatie kunnen opleveren in verband met de noden, interesses en verwachtingen van zwangere koppels. Hiermee kan er bevestigd worden welke onderwerpen per zwangerschapsduur besproken dient te worden en op welke manier de sessies gegeven moeten worden. De angsten van zwangere koppels kunnen nagegaan worden, zodat in de toekomst hierop gelet kan worden. Dit kan dan ook geraadpleegd worden als handvat bij het geven van GVO lessen

De geraadpleegde wetenschappelijk studies bewijzen dat GVO noodzakelijk is voor zwangere koppels. Ouders hebben immers recht op het verkrijgen van volledige en voldoende informatie over zowel zwangerschap, arbeid en bevalling als postpartum. Dit is in de praktijk niet altijd zichtbaar. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt staat vermeld dat elke patiënt recht heeft op inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden. Deze inlichtingen gaan over het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's van de tussenkomst (Nolan, 2009; Widarsson et al., 2012).

GVO lessen kunnen op twee manieren gegeven worden, in groep of individueel. Studies over de voorkeur tussen beide waren moeilijk te vinden. Echter duidde de geraadpleegde studies een voorkeur voor groepslessen aan, wat voor ons een verrassend resultaat was. Men zou zeggen dat wanneer koppels individueel informatie krijgen gemakkelijker vragen durven stellen, zich comfortabeler voelen en zich opener kunnen opstellen. Echter is hier verder onderzoek nodig (Andersson et al., 2013).

Zwangere koppels hebben recht op GVO lessen, de kosten hiervoor zijn vastgelegd door het RIZIV in de Nomenclatuur van de vroedvrouw. Elke les wordt aan de zwangere terugbetaald door het ziekenfonds. Met andere woorden: de koppels hoeven dit niet zelf te betalen. Financiële problemen zouden dus geen rol mogen spelen in het niet deelnemen aan GVO sessies (Nomenclatuur van de vroedvrouw).

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt vroedvrouwen een belangrijke rol spelen in de zwangerschapslessen voor koppels. De belangrijkste taak van de vroedvrouw is informatie verstrekken en de mogelijkheid tot bijleren geven om zwangeren op die manier een geïnformeerde keuze te laten maken. De handvaten voor de vroedvrouw zouden daarom een hulpmiddel kunnen zijn om aanstaande ouders effectief informatie op maat te kunnen geven (Brady, 2013; Lothian et al., 2012).

## Conclusie

Vertrekkende vanuit onze probleemstelling kunnen we concluderen dat toekomstige ouders niet voldoende geïnformeerd worden en dat ze niet voorbereid zijn op de arbeid, bevalling en het ouderschap. De vraagstelling: Welke informatie beantwoorden de behoeften en interesses van toekomstige ouders? waar hebben ze nood aan? op deze vragen werd een antwoord gevonden

Door gezondheidseducatie krijgen aanstaande ouders nieuwe informatie en vaardigheden. Ze leren niet enkel om een gezonde zwangerschap te verkrijgen maar ook om met pijn om te gaan tijdens de arbeid en bevalling en ze worden voorbereid op het ouderschap. GVO zorgt ervoor dat toekomstige ouders minder angsten hebben, een betere zelfbeheersing en meer tevreden zijn van de geboortebeleving. Door GVO kunnen ze ook geïnformeerde keuzes maken.

Om toekomstige ouders gezondheidseducatie op maat te verlenen is het belangrijk om de behoeftes en interesses beantwoorden. Aanstaande ouders wensen niet enkel lichamelijke voorbereiding maar ook psychologische voorbereiding, dit tijdens de zwangerschap en ter voorbereiding op de arbeid en bevalling. Er zou op evidentie gebaseerd informatie gegeven moeten worden waar ouders nood aan hebben. Het aanbod en de variatie van de informatie voor toekomstige ouders zou groter mogen zijn zodat ze zelf kunnen beslissen welke informatie ze willen ontvangen. Ze willen antwoorden krijgen op hun vragen maar wensen ook in groep de informatie bespreken of in een casus toe te passen. Het is voor aanstaande ouders belangrijk dat ze in groep ervaringen kunnen uitwisselen.

Toekomstige ouders wensen actievere GVO-lessen, zoals: rollenspelen, probleemoplossende activiteiten, visuele voorbeelden en technieken aanleren. Door deze leervormen kunnen aanstaande ouders de informatie en vaardigheden beter onthouden en zich eigen maken.

Aanstaande ouders willen graag meer bijleren over verschillende onderwerpen zodat ze voorbereid zijn tijdens de zwangerschap, arbeid en bevalling en voor het ouderschap.

De handvaten voor de vroedvrouw kunnen in toekomst ervoor zorgen dat gezondheidseducatie op maat gegeven kan worden, zodat toekomstige ouders voorbereid zijn op de zwangerschap, bevalling en het ouderschap.

## Literatuurlijst

Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L., & Jeseffon, A. (2012). Parents's Expectations about participating in Antenatal Parenthood Education Classes. *The Journal Of Perinatal Education*, 21, nr.1, pp. 11-17.

Ahldén, I., Goransson, A., Josefsson, A., & Alehagen, S. (2008). Parenthood education in Swedisch antenatal care: Perceptions of midwives and obstetricians in charge. *The Journal Of Perinatal Education*, 17, nr. 2, pp. 21-27.

Andersson, E., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2013). Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care - A clinical trial. *Sexual & reproductive healthcare*, nr. 4, pp. 113-120.

Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: what new mothers would like to know. *The Journal of Perinatal Education*, 17, nr. 3, pp. 33-41.

Bogaerts, A. (2014). Gezondheidsvoorlichting [powerpoint]. Katholieke Hogeschool Limburg, Departement Gezondheidszorg.

Brady, C. (2013). Understanding learning styles: providing the optimal learning experience. *International Journal of Childbirth Education*, 28, nr. 2.

Consonni, B., Calderonn, I., Consonni, M., De Conti, M., Prevedel, T., & Rudge M. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7, nr. 28.

Ching-Pyung, K., Hsiao-Ling, C., Shu-Hsin, L., Wen-chun, L., Li-Yu, C., & Meng-Chih, L. (2012). Parenting Confidence and needs for parents of newborns in Taiwan. *Iranian Journal Of Pediatrics*, 22, nr. 2, pp. 177-184.

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Geraadpleegd 25 Februari 2014 via <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/531/prenatale-verloskundige-begeleiding/>

Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, nr. 30.

Expertisecentraakraamzorg. Geraadpleegd 19 December 2013 via <http://www.expertisecentraakraamzorg.be/>

Grimes, H., Forster, D., & Newton, M. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(2014), pp. 26–33.

Kind en Gezin. Geraadpleegd op 19 December 2013 via <http://www.kindengezin.be/over-kind-en-gezin/#>

Klein, M. (2010). Many women and providers are unprepared for an evidence-based educated conversation about birth. *The Journal of Perinatal Education*, 20, nr.4, pp. 185–187.

Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18, nr. 3, pp. 48-54.

Lothian, J. (2007). Listening to mothers II : knowledge, decision-making and attendance at childbirth education classes. *The Journal of Perinatal Education*, 16, nr. 4, pp. 62-67.

Lothian, J. (2011). Lamaze breathing: what every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 20, nr. 2, pp. 118–120.

Lothian, J. (2012). Top 10: tips on teaching lamaze classes. *The Journal of Perinatal Education*, 21, nr. 4, pp. 248-252.

Miquelutti, A., Cecatti, J., & Makuch, M. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, pp. 1-8.

National Institute for Health and Care Excellence. Geraadpleegd op 5 Januari 2014 via <http://pathways.nice.org.uk/>

Nationale raad voor de vroedvrouwen. (2006). *Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw*. Hasselt: Katholieke Hogeschool Limburg.



Nolan, M. (2009). Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *The Journal of Perinatal Education*, 18, nr. 4, pp. 21–30.

Sink, K. (2009). Seeking newborn information as a resource for maternal support. *The Journal of Perinatal Education*, 18, nr. 3, pp. 30-38.

Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *The Journal of Perinatal Education*, 15, pp. 18-27.

Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2008). Effective antenatal education: strategies recommended by expectant and new parents. *The Journal of Perinatal Education*, 17, nr. 4, pp. 33-42.

Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. (2009). Woman want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27, pp. 122-127.

Thielen, K. (2012). Exploring the group prenatal care model: a critical review of the literature. *The journal of perinatal education*, 21, nr. 4, pp. 209-218.

Tripp, N., Hainey, K., Liu, A., Poulton, A., Peek, M., Kim, J., Nanan, R. (2013). An emerging model of maternity care: smartphone, midwife, doctor? *Women and Birth*, (2013).

Van Weddingen, L. (2013). *Mijn baby lacht...nu ik nog!* Antwerpen: Manteau.

Vlaamse organisatie van vroedvrouwen. Geraadpleegd op 5 Januari 2014 via [http://www.vlov.be/ouders/Wat\\_kan\\_de\\_vroedvrouw\\_voor\\_jou\\_betekenen/](http://www.vlov.be/ouders/Wat_kan_de_vroedvrouw_voor_jou_betekenen/)

Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *The Journal of Perinatal Education*, 21, nr.1, 36–44.

World Health Organization. Geraadpleegd op 16 Februari 2014 via [http://www.who.int/topics/health\\_education/en/](http://www.who.int/topics/health_education/en/)

## Bijlage 1: RIZIV Nomenclatuur voor vroedvrouwen

Vorbereiding tot de bevalling: De informatieverstrekking met betrekking tot de zwangerschap, verlossing en het perinatale gebeuren is in de verstrekking begrepen. Individuele en/of collectieve fysische en psychologische voorbereiding tot de bevalling, ongeacht de gebruikte techniek. Bij deze verstrekkingen is het de vroedvrouw (ook de geconventioneerde vroedvrouw) toegelaten een extra bedrag aan te rekenen (VLOV, 2014).

Per parturiënte en per dag mag slechts een deze van de verstrekkingen worden aangerekend en in totaal worden die verstrekkingen per zwangerschap tot maximaal de waarde V 120 terugbetaald.

Kolom A: Honoraria en vergoedingen van rechthebbenden zonder voorkeurregeling en verstrekker met overeenkomst. Rechthebbenden met voorkeurregeling en verstrekker met of zonder overeenkomst. Kolom B: Vergoedingen van rechthebbenden zonder voorkeurregeling en verstrekker zonder overeenkomst.

Nr	Nomenclatuurinhoud	Waarde	A	B
<b>422096,</b> <b>428374,</b> <b>428396</b>	Individuele voorbereiding thuis, in het ziekenhuismilieu of niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu	V10	17,25€	12,94 €
<b>422111,</b> <b>428411</b>	Collectieve voorbereiding van 2 tot 5 zwangere vrouwen in het ziekenhuismilieu, niet bij de patiënt thuis of buiten het ziekenhuismilieu, per zwangere vrouw	V8	13,80 €	10,35 €
<b>422133,</b> <b>428433</b>	Collectieve voorbereiding van 6 tot 10 zwangere vrouwen in het ziekenhuismilieu, niet bij de patiënt thuis en buiten het ziekenhuismilieu, per zwangere vrouw	V5	8,62 €	6,47 €

## **Bijlage 2: Interviewvragen beleving geboortebeleving na het GVO**

- 1) Wat is de ervaring van u bevalling, de beleving, had u zich hieraan verwacht of wat kon er veranderd worden?
- 2) Vroeg u om epidurale anesthesie?
- 3) Had u een gevoel van controle tijdens de bevalling, zowel wat betreft de controle over pijn als over de weeën. Gevoel van angst?
- 4) Welke baringshouding werd er gebruikt tijdens de bevalling, wat was de ervaring en mening hieromtrent?
- 5) Hoe was de houding van het personeel ten opzicht van u en u partner? Waren deze nuttig of niet?
- 6) Bent u tevreden over u geboorte-ervaring?

### **Bijlage 3: Checklist praktijkgedeelte**

Volgende vragen werden gesteld aan zorgverleners

- ✓ Welke informatie wordt er voorzien en hoe wordt er bepaald welke informatie het koppel krijgt?
- ✓ Wie geeft deze informatie: vroedvrouw, gynaecoloog, pediater of de regioverpleegkundige van Kind en Gezin of andere?
- ✓ Op welke manier worden deze GVO sessie gegeven?
- ✓ Is er tijd voor het koppel om vragen te stellen?
- ✓ Hebben de toekomstige ouders de mogelijkheid om nadien een geïnformeerde keuze te maken?
- ✓ Staat er een limiet op de grootte van de groepen of gebeuren de sessies ook individueel per koppel?

