



stichtingmiletus

De psychometrische eigenschappen van de ReproQuestionnaire

Op weg naar de CQ-geboortezorg

Drs. M. Scheerhagen

Dr. HF. van Stel

Dr. E. Birnie

Prof. dr. A. Franx

Prof. dr. EAP. Steegers

Prof. dr. AJP. Schrijvers

Prof. dr. GJ. Bonsel

12 juli 2013

ISBN

www.erasmusmc.nl

info@erasmusmc.nl

Telefoon: 010 - 704 0 704

© 2013 Erasmus MC, Westzeedijk Postbus 2060, 3000 CB Rotterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Erasmus MC te Rotterdam. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning van artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld

VOORWOORD

In 2008 bleek dat de perinatale sterfte in Nederland een van de hoogste in Europa is. Het Nederlandse verloskundige zorgsysteem zou hierbij een rol spelen. Dit systeem kenmerkt zich door zorgverlening door verschillende professioneel zelfstandige zorgverleners (verloskundige, gynaecoloog, neonatoloog/kinderarts, kraamverzorgende, huisarts) in verschillende settings (1e, 2e of 3e lijn). Tot voor kort was er sprake van duidelijke compartimenten op grond van het ingeschatte risico (laag/medium/hoog risico), elk compartiment met een eigen werkwijze en professioneel profiel. Dit model bleek minder goed dan gedacht; de aansluiting kon beter en de cliënt was minder tevreden over de kwaliteit. Mede door de gevolgde kwaliteitsdiscussie vindt toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen en verloskundepraktijken plaats en doen diverse innovatieve werkwijzen hun intree. Daarbij valt naast schaalvergroting (VSV-vorming) de grote diversiteit op waarmee de perinatale keten thans wordt ingevuld.

Of hiermee ook de verbeterdoelen worden bereikt, vereist informatie over de volgende maten: (1) uitkomstmaten, naast harde uitkomstmaten zoals perinatale sterfte ook de door de cliënt ervaren uitkomsten; (2) procesmaten, met naast de harde professionele kwaliteitsnormen en procedurechecks ook de cliënt-ervaringen met het proces; en (3) de inzet van middelen en de (financiële) toegang tot de zorg. Op dit moment is nog weinig bekend over de op deze wijze gemeten kwaliteit van de Nederlandse geboortezorg o.a. door het gemis aan organisatie-overstijgende ('lijnoverstijgende') instrumenten, vooral waar het de door de cliënte ervaren uitkomst en kwaliteit van het zorgproces betreft. Over de samenhang is nog niets bekend. Naar aanleiding hiervan verleende Stichting Miletus de opdracht aan de subafdeling Verloskunde & Prenatale Geneeskunde, Erasmus MC, en de afdeling Health Technology Assessment, UMC Utrecht, om een lijnoverstijgende vragenlijst te ontwikkelen die de kwaliteit van de (geboorte)zorg meet vanuit cliëntperspectief, onafhankelijk van aanbieder of plaats van de zorg, en de psychometrische eigenschappen van die lijst vast te stellen.

In 2012 is de ReproQ vragenlijst versie 1 ontwikkeld op basis van de stappen van het handboek van de CQ Index. De nulversie van de ReproQ kwam tot stand op basis van ervaringen met een eerder ontworpen cliëntervaringsvragenlijst voor de evaluatie van geboortezorg in het geboortecentrum Sophia in Rotterdam, en door uitgebreid focusgroeponderzoek waarin de begrijpelijkheid en compleetheid van de nulversie werd beoordeeld door zwangeren, bevallen vrouwen en experts (verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden en managers). Feedback uit deze gesprekken leidde tot een aangepaste versie 1 die is uitgezet onder zwangeren en bevallen vrouwen in 4 regio's. Nadat de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst werden bepaald, is een definitieve en gevalideerde ReproQ versie 2 opgesteld. Tijdens het gereed maken (juni-juli 2013) van deze rapportage is nog, een uiteindelijk uitvoerige, commentaarronde ingelast van een aantal kandidaatgebruikers en enkele deskundige collega-onderzoeksgroepen.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de ontwikkeling en de psychometrische eigenschappen van de ReproQ. Met deze versie zal in de komende tijd worden vastgesteld of de ReproQ kwaliteitsverschillen en/of variatie kan vaststellen tussen instellingen. Dit rapport is daarmee zowel een afronding als een tussenstand.

DANKWOORD

In het afgelopen jaren hebben het Erasmus MC en het UMC Utrecht de gelegenheid gehad om de ReproQ te ontwikkelen en de psychometrische kenmerken te bepalen. Het resultaat daarvan is mede tot stand gekomen dankzij de steun en suggesties van vele anderen.

Allereerst willen we Stichting Miletus bedanken voor de opdrachtverstrekking en voor de betrokkenheid bij het onderzoek. Ook willen we de begeleidingsgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van verzekeraars (CZ, Achmea, VGZ en ZN), instellingen, patiëntenorganisaties Kind en ziekenhuis en de NPCF danken voor de constructieve begeleiding, suggesties bij het proces van dataverzameling, en hun kritische kanttekeningen bij de verschillende versies van de vragenlijst.

Ook zijn wij grote dank verschuldigd aan de zorgverleners van het Erasmus MC, het geboortecentrum Sophia, het UMC Utrecht, Centrum voor Verloskunde ROOS in Roosendaal en de deelnemende ziekenhuizen en verloskundige praktijken uit regio Zuidoost-Brabant voor hun enorme inzet bij het werven van respondenten en hun deelname aan expertpanels parallel aan de cliënt-focusgroepen. Voor het onderzoek in Roosendaal willen we in het bijzonder dr. R. (Richard) Pal bedanken voor zijn grote inzet bij het organiseren van de focusgroepen en het enthousiasmeren van collegae en zwangere/bevallende vrouwen voor deelname aan het onderzoek. Door de adviezen ten aanzien van de vragenlijst kon de inhoud hiervan nog beter worden afgestemd op de praktijk. Voor het onderzoek in regio Zuidoost-Brabant willen we in het bijzonder drs. A. (Anky) van Hecke en drs. K. (Karin) Scheele bedanken voor hun inzet om instellingen te benaderen voor deelname. Drs. K. (Karin) Scheele speelde een onmisbare rol bij het faciliteren van de dataverzameling door de zorgverleners, wat de deelname van de instellingen heeft bevorderd.

Ook willen wij in het bijzonder het geboortecentrum Sophia bedanken. Dr. J. (Hanneke) de Graaf en drs. J. (Babs) van der Kooij deelden hun ervaringen met het ontwerpen en afnemen van de interview-gebaseerde cliënt-ervaringsvragenlijst die voor het Rotterdamse 'Klaar voor een Kind'-project werd ontwikkeld. Het geboortecentrum bood alle mogelijkheid om concept-vragen en -vragenlijsten uit te testen en deelde de aanwezige expertise van kwaliteitsmeting bij moeilijk bereikbare groepen. Verder willen we het AMC, Pharos, en drs. M. (Marit) Hitzert, destijds stage student iBMG in het geboortecentrum Sophia, bedanken voor hun bereidheid om informatie over de benadering van vrouwen met een lage sociaal economische status en/of van niet-westerse achtergrond met ons te delen. Daarnaast zijn we drs. N. (Nicole) Valentine, senior scientist bij de WHO, dankbaar voor het verstrekken van gedetailleerde informatie over het Responsiveness meetmodel van de WHO dat onze inspiratiebron was. Het is de verdienste van deze samenwerking dat we uit zijn gekomen op een instrument dat voor diverse groepen in de samenleving even goed toepasbaar is, wat overigens niet wil zeggen dat de kwaliteitsresultaten in alle groepen dezelfde zijn. We bedanken de vrouwen die deelname aan de focusgroepen in de eerste fasen van het onderzoek. Zij maakten de eerste verbeterslag van de concept-vragenlijst mogelijk. Ook zijn we de bijna 800 vrouwen erkentelijk voor het invullen van de vragenlijst waardoor de psychometrische kenmerken van de vragenlijst konden worden vastgesteld.

Ook danken we het CPZ voor hun steun in het ontwikkelen van een vragenlijst uit ketenperspectief. We danken ZonMw die de gelegenheid gaf de resultaten te presenteren aan de projectleiders van de Regionaal Consortia, ZonMw, de verzekeraars en andere betrokkenen. In het bijzonder danken we tenslotte onderzoekers van de regionale consortia Utrecht, Nijmegen en die van het Landelijk evaluatieonderzoek geboortecentra, en andere kandidaat-gebruikers voor het grondige en constructieve commentaar.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	9
1. INLEIDING: ACHTERGROND EN OPDRACHT	17
2. OPBOUW VRAGENLIJST REPROQ	19
2.1. Inleiding vragenlijstontwikkeling	19
2.2. Ontwikkeling	29
2.3. Focusgroepen	30
2.4. Digitalisering: Limesurvey	31
2.5. ReproQ versie 2	31
3. DATAVERZAMELING	33
3.1 Procesbeschrijving	33
3.2 Lokaties	
4. RESULTATEN PSYCHOMETRISCHE STUDIE REPROQ VERSIE 1	37
4.1 Respons vragenlijstniveau en studiepopulatiebeschrijving	38
4.2 Analyses niet-ervaringsvragen en PROMS	44
4.3 Analyse afzonderlijke ervaringsvragen ReproQ	46
4.4 Analyse afzonderlijke domeinen ReproQ	54
4.5 Analyse gecombineerde domeinen ReproQ (totaalscore)	64
4.6. Informatie schriftelijke vragenlijsten	68
4.7. Consultatie experts	68
4.8. Verkenning validiteit	71
5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	77
5.1. Algemeen	77
5.2. Technische aspecten	78
5.3. Inhoud ReproQ versie 1	83
5.4. Overige modules van de ReproQ versie 1	89
5.5. ReproQ versie 2	93
REFERENTIE	95

APPENDICES

Appendix A	Focusgroep rapportage ReproQ versie 0	99
Appendix B	Antenatale ReproQ versie 1	115
Appendix C	Postnatale ReproQ versie 1	125
Appendix D	Wervingsbrief ReproQ versie 1	137
Appendix E	Responsverdeling ReproQ versie 1	143
Appendix F	Patroon missende waarden ReproQ versie 1	149
Appendix G	Factorlading exploratieve factoranalyses ReproQ versie 1	157
Appendix H	Samenvatting masterscriptie m.b.t. moeilijk bereikbare groepen	161
Appendix I	Abstracts P3Q en WHO-responsiveness domeinen	167
Appendix J	Veranderingen antenatale ReproQ versie 1	175
Appendix K	Veranderingen postnatale ReproQ versie 1	187
Appendix L	Vergelijking ReproQ versie 1 en CQ-handboek	201
Appendix M	Antenatale ReproQ versie 2	209
Appendix N	Postnatale ReproQ versie 2	221

SAMENVATTING

Inleiding

De organisatie van de geboortezorg is in beweging. Er zijn nieuwe samenwerkingsvormen, er zijn nieuwe risicobenaderingen, nieuwe verdelingen van taken en andere settings van bevallingszorg. Sommige disciplines zoals de huisarts hebben een steeds kleinere rol, andere zoals de klinisch-verloskundigen een steeds grotere. Er is geen masterplan van verandering, en er heerst op onderdelen verscheidenheid van opvatting over de wenselijke richting.

Al deze veranderingen zijn - naar men stelt - gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hiermee wordt niet alleen het terugdringen van de perinatale sterfte ('baby-sterfte') beoogd, maar ook het verbeteren van de onderlinge samenwerking, met name, tussen eerstelijns verloskundigen en gynaecologen, en het realiseren van zorg die de zwangere als cliënt centraal stelt.

Er is weinig informatie bekend over de huidige proceskwaliteit van de Nederlandse geboortezorg, mede door het ontbreken van daartoe geëigende lijnoverstijgende instrumenten. Kwaliteitsindicatoren zijn momenteel primair harde uitkomstindicatoren ontleend aan informatie uit zorgregistraties zoals de PRN. Deze geven wel een beeld van de medische uitkomsten, van sommige procedures, en van de belangrijkste bevallingsinterventies, maar niet van de cliëntervaringen met de zorgverlening, en ook niet van de subjectief ervaren uitkomst van c.q. bij moeder en kind.

Proceskwaliteit kan men benaderen vanuit de professional bijvoorbeeld aan de hand van richtlijnen of het realiseren van procesdoelen zoals bij risicoselectie, maar dat is een ander perspectief dan de proceskwaliteit vanuit het cliëntperspectief. Ongeacht de vraag wie de zorg verleende, en los van de vraag of alle richtlijnen in acht werden genomen, is namelijk van belang of de cliënte in haar eigen ogen respect en bejegening ontving, of de communicatie in orde was, en of faciliteiten voldeden. Een en ander vraagt zorgvuldig ontwerp van vragenlijsten omdat alle betrokken professionals zeggen vanuit het cliëntperspectief te werken. Vaak, zo is ons gebleken, doelen professionals dan op het volgen van gedragsregels en richtlijnen zoals de beroepsorganisaties die aan hun leden voorschrijven. Het cliëntperspectief doet niets af aan dit professioneel perspectief, en een eindoordeel over de zorg kan ook niet zonder harde uitkomsten en procedure kwaliteit worden geveld, maar het cliëntperspectief vraagt niettemin een ander type vragen.

Er zijn gelukkig hulpmiddelen, zoals het handboek van de Stichting Miletus maar ook wetenschappelijke bijdragen van de WHO die helpen bij de koers. Het Erasmus MC en het UMC Utrecht hebben in opdracht van de Stichting Miletus vanuit dit cliëntperspectief een vragenlijst ontwikkeld die beoogde te voorzien in bovenstaande behoeften.

De tien uitgangspunten van de ReproQ vragenlijst

De ReproQ vragenlijst heeft verschillende modules (zie figuur op de volgende bladzijde).

Modules gaan over achtereenvolgens over het zorgproces dat de vrouw heeft doorlopen (b.v. al dan niet verwezen), over de subjectief ervaren uitkomst van zwangere/moeder en kind (de zgn. PROMs), en over de cliëntervaringen (ReproQ in engere zin). Er is een module met enkele additionele vragen o.a. over het belang van de domeinen en een overall beoordelingsvraag. Tenslotte een module die

enkele achtergrondkenmerken van de zwangere/jonge moeder vaststelt en de zorginstelling waar men in zorg was.

FIGUUR De 9 modules van de ReproQ



In deze figuur is de opbouw aangegeven. De groene componenten zijn de 'uitkomstmaten' van de vragenlijst, de blauwe componenten vormen de minimaal noodzakelijke achtergrondinformatie, beide zoveel mogelijk cf. het zgn. CQI-handboek. De paarse vragen zijn specifiek voor deze vragenlijst, en bevatten extra informatie over cliënte, over de zorg en over de weging van domeinen, ter bevordering van gebruik en interpretatie.

Er zijn bij de ontwikkeling van de module over de cliëntervaringen, de kern van de ReproQ, 10 inhoudelijke uitgangspunten gehanteerd. Deels vormen die een aanvulling op het CQI-handboek.

TABEL. De 10 uitgangspunten bij het ontwikkelen van de ReproQ-kernvragen

- 1 het perspectief: organisatie- en lijnoverstijgend
- 2 de inhoud: 8 universele domeinen (WHO-Responsiveness)
- 3 de vraag: de concrete ervaring staat centraal
- 4 het antwoord: de frequentie van de (on)gewenste ervaring staat centraal
- 5 eenvoudig taalgebruik, korte directe zinnen
- 6 geschikt voor lage ses en niet-westerse vrouwen
- 7 antenatale en postnatale versie, met elk 2 referentieperiodes
- 8 flexibiliteit t.a.v. scoringsmogelijkheden
- 9 kort (ca. 33 ervaringsvragen) en multimode toepasbaar
- 10 niet WMO-plichtig

We lopen deze 10 uitgangspunten na.

Zoals gevraagd is het perspectief van de ReproQ consequent organisatie- en lijnoverstijgend. Er is geen impliciete voorkeur of verwachting ten aanzien van welke discipline of setting ook in welke fase ook van de geboortezorg.

De inhoud is gestructureerd langs de 8 universele domeinen van het universele WHO Responsiveness concept, dat, net als de bestaande CQ instrumenten veel gebruik heeft gemaakt van de zgn. CAHPS vragenlijstmethodiek.

Wat betreft het meten van de cliënt-ervaring staat bij de vraagformulering de concrete ervaring centraal, en niet b.v. toegekende kwaliteiten aan een professional of setting. Een vraag zoals 'begreep u de uitleg' heeft de voorkeur boven 'was de zorgverlener begrijpelijk'. Er wordt niet gevraagd 'is er verwarming of airco', maar 'was het binnen behaaglijk' of iets dergelijks. Dit principe is consequent doorgevoerd, ook om antwoordtendenties te verminderen.

Er wordt ook niet gecheckt via de cliënte of de procedurele kwaliteit in orde was of dat de richtlijnen zijn gevolgd, en ook niet wordt een mening gevraagd over de medische kwaliteit van de zorg of de adequaatheid van procedures. Dat zijn vragen vanuit een professioneel perspectief en hier zijn geschikte methoden voor anders dan het voorleggen van dit oordeel aan de cliënte. Gebruik van de ReproQ veronderstelt in feite parallelle meting van deze andere uitkomsten voor een goede interpretatie.

De vragen zijn zo opgesteld dat steeds dezelfde antwoordvorm kon worden toegepast, namelijk is de (on)gewenste ervaring nooit, soms, vaak, vrijwel altijd ondervonden.

Taalgebruik is eenvoudig, woordgebruik vermijdt zo mogelijk jargon; een woordfrequentielijst is toegepast. Zorgprofessionals zijn zich hun jargon vaak niet bewust, vooral niet als het om ongeschijnlijk gewone worden gaat. Zo zeggen cliëntes niet vaak dat iemand de zwangerschap of bevalling 'begeleidde', en allerlei woorden die tussen de professionals specifieke lading hebben wat betreft taakafbakening en verantwoordelijkheid, worden door cliëntes onbezorgd gebruikt.

Wij hebben met deze gevoeligheden wat betreft de termen zoveel mogelijk rekening gehouden, maar niet als dat leidde tot lange zinnen of ambtelijke formuleringen.

We weten uit ervaring dat bij meerkeuzevragen, vooral als er veel alternatieven zijn, de meest voorkomende optie als eerste genoemd moet worden; als dat – bij vragen rondom de setting – het ziekenhuis was, dan is 'het ziekenhuis' als eerste genoemd. Daarmee doen wij geen uitspraak over de wenselijkheid van een ziekenhuisbevalling, en wij hanteren daarmee ook geen medisch-specialistisch perspectief.

Zinnen zijn kort en zo direct mogelijk gesteld. De uniforme vraag- en antwoordformulering draagt, zo bleek ook uit de reacties, bij aan de acceptatie en vermindering van de inspanning van de respondent. Een belangrijk deel van de inspanningen was gericht op het realiseren van geschiktheid voor vrouwen met een andere culturele achtergrond of met een achterstandspositie. Het is wel mogelijk gebleken de inhoud van de vragenlijst hierop aan te passen, maar veel moeilijker bleek het realiseren van deelname als zodanig. Daarvoor zijn context-afhankelijke maatregelen mogelijk, maar ook b.v. andere afnamevormen.

Er is een antenatale en een postnatale versie van de vragenlijst. Beide versies stellen vergelijkbare vragen maar zijn toegespitst op de cliëntervaringen die in de betreffende fases relevant zijn. De

antenatale versie veronderstelt een afname rond de 8e maand van de zwangerschap, de postnatale versie een afname 2 maanden na de bevalling. De voorkeur heeft beide vragenlijsten af te nemen bij dezelfde zwangere, maar beide vragenlijsten zijn nu zo opgesteld dat ze maximaal zelfstandig bruikbaar zijn.

Op verzoek van de opdrachtgever, en met het oog op de last voor de respondent, zijn er 2 begrenzings aangebracht in de 'scope' van de ReproQ. De preconceptionele periode c.q. zorg is niet opgenomen, en de zorg na het (normale) kraambed (b.v. CJG zorg) ook niet. Verder is zowel de kraamzorg als de pediatrie zorg niet uitgebreid aan de orde gesteld: voor de eerste bestaat een specifieke kwaliteitslijst, en voor de pediatrie zorg (incl. NICU) is een aparte benadering noodzakelijk. De ReproQ is zo opgesteld dat deze uitbreidingen, zeker als men dezelfde benadering volgt, zonder veel overlap zijn te realiseren.

De opzet van de ReproQ maakt een groot aantal verschillende scorings- en rapportage manieren mogelijk. Er kan desgewenst rekening gehouden worden met het belang van de verschillende domeinen volgens de cliënte toekent, omdat belang-vragen zijn opgenomen. Cf. suggesties uit het werk van Kahneman is het belang op 2 complementaire manieren gevraagd.

De vragenlijst is relatief kort. Alle modules van de antenatale ReproQ bij elkaar bevatten 58 vragen, waarvan 33 ervaringsvragen. De postnatale ReproQ bevat 76 vragen, waarvan 33 ervaringsvragen. Hierbij zijn vragen met antwoorden van het type 'nee / ja' gevolgd bij 'ja' door een digitaal 'uitklapmenu' voor een detaillering, als 2 vragen geteld.

Het invullen van de vragenlijst is digitaal gemeten en duurt in beide gevallen ongeveer 15 minuten. De lengte van de kernvragenlijst met ervaringsvragen is een compromis: de betrouwbaarheid ('zekerheid') van een domeinscore op individueel niveau neemt (wiskundig) toe met het aantal items (mits ongeveer van gelijke kwaliteit), maar een te lange vragenlijst leidt tot meer uitval.

Mits de vragenlijst niet wordt verrijkt met medische inhoud (nu zeer beperkt) is de afnameprocedure van de ReproQ niet-WMO plichtig. Wel zijn er bij digitale afname strikte regels wat betreft het verwerven van mailadressen en de dataopslag; Miletus hanteert hier een uitgewerkt dataprotocol dat ook buiten de context van gebruik door zorgverzekeraars van dienst kan zijn.

Ontwikkeling vragenlijst ReproQ

Het ontwikkeltraject van de ReproQ begon in 2009 in Rotterdam. Daar is een lijnoverstijgende vragenlijst ontwikkeld in het Geboortecentrum Sophia, die ook bruikbaar was voor allochtone vrouwen en vrouwen in een achterstandssituatie (dit valt lang niet altijd samen!). De cliënte werd hierbij gevraagd naar haar concrete ervaringen op 8 terreinen.

Deze 8 terreinen zijn ontleend aan de WHO. Rond 2000 stelde de WHO een meetbaar kwaliteitsmodel vast na consultatie van een groot aantal deskundigen en belanghebbenden; daaronder de CAHPS organisatie die ook een groot aandeel had in de (mondiale) meting van de kwaliteit zorg(systemen) door de WHO. De WHO was er, gezien haar doelstelling, veel aan gelegen een universele benadering te vinden; deze is uiteindelijk benoemd met het begrip Responsiveness, om te benadrukken dat het gaat om de cliënt-oriëntatie van het zorg(deel)systeem, en bijvoorbeeld niet om procedurekwaliteit (conform professionele normen) of tevredenheid.

Het WHO model bevat 4 meer persoonsgebonden terreinen (bijv. respect en autonomie) en 4 meer materiële terreinen (bijv. tijd tot geboden hulp en kwaliteit van de voorzieningen). De bijbehorende vragen dient men te formuleren voor de specifieke situatie, in ons geval de geboortezorg. Vragen en antwoorden hebben beide een vaste vorm en verschillende scoringsmogelijkheden c.q. rapportagevormen.

De WHO-gebaseerde vragenlijst van het geboortecentrum (P3Q) ging uit van een mondeling interview op lokatie, en stelde in dit opzicht geen tijd-beperking. De ervaringsvragen werden met focusgroep methodiek ontworpen en extra getest in doelgroepen, maar anders dan in de huidige ReproQ werd voor elke ervaring de afzonderlijke rol van de mogelijke disciplines gecheckt, een bewerkelijk proces dat alleen face-to-face is te realiseren. Ook werd in de P3Q soms een antwoordvorm toegepast (b.v. rangordening van 8 domeinen) die in een digitaal self-report aanpak (zoals standaard bij de CQ vragenlijsten) niet haalbaar is. De P3Q was derhalve naar vorm en detaillering minder geschikt voor grootschalige toepassing, maar de ontworpen items en de ervaringen met eisen van doelgroepen zijn wel benut. De ervaringen met de P3Q zijn gebundeld in het proefschrift van J. van der Kooy (2013), en de cliënt-tevredenheidsresultaten met de P3Q zijn ook praktisch gebruikt, zowel in de interne kwaliteitsdiscussie als in de externe rapportages naar de NZa en Achmea vanwege de innovatie-status van het geboortecentrum Sophia. In deze rapportagecyclus is ook ervaring opgedaan met verschillende scoringsmethoden om tot de uitspraak voldoende/onvoldoende kwaliteit te komen; net als bij veel CQ instrumenten bleken namelijk gewone somscores (al dan niet gewogen) niet zo onderscheidend.

Met het UMC Utrecht, dat ervaring heeft met cliëntervaringsvragenlijsten op het terrein van spoedeisende hulp, is daarom in 2012 de ontwikkeling van de ReproQ gestart die wel geschikt is voor routinegebruik in een digitale omgeving.

De Stichting Miletus was opdrachtgever. Deze stichting, gesteund door Zorgverzekeraars Nederland, superviseert de ontwikkeling van zgn. CQ Indexen als methode om de kwaliteit in deelgebieden van zorg te meten. De beoogde eindgebruikers van de CQ Indexen zijn zorgverzekeraars (benchmarking), de verzekerden (keuze informatie), en zorgaanbieders (kwaliteitsbeleid). De Nederlandse CQ Index methodiek is goed beschreven via een handboek, en is deels aan het WHO model ontleend. Bij het ontwikkelen van de ReproQ is qua vorm, lengte en aanbiedingsvorm (e-mail) deze CQ-standaard zoveel mogelijk aangehouden, en in het validatieproces zijn de stappen van het CQI-handboek gevolgd. De nulversie van de vragenlijst is in focusgroepen (ook specifiek in achterstandsgroepen, en met experts ook voor deze invalshoek) besproken en getest. In deze fase is ook getest op begrijpelijkheid en compleetheid. Hieruit resulteerde versie 1.

De volgende fase van het onderzoek was het vaststellen van de psychometrische eigenschappen van versie 1 van de vragenlijst. Hiervoor is allereerst gebruik gemaakt van de verzamelde data in de 4 regio's (Utrecht, Rotterdam, Roosendaal, Zuidoost-Brabant). In elk regio is de vragenlijst in diverse settings aangeboden. De zorgactoren speelden hierbij een sleutelrol door de email adressen te verzamelen na het vragen van toestemming. In totaal beantwoordden 396 zwangeren de antenatale vragenlijstversie, en 483 (andere) bevallen vrouwen de postnatale vragenlijstversie. Confirmerende factor analyse is uitgevoerd.

Daarnaast is tijdens een Master-stage onderzocht of er aanpassingen en/of aanvullingen op de ReproQ nodig zijn, om de ReproQ ook geschikt te maken voor vrouwen met een lage sociaal economische status en vrouwen met een niet-westerse achtergrond. Hiervoor zijn 36 diepte interviews gehouden bij bovenstaande groepen. Ook is nogmaals gebruik gemaakt van datamateriaal van een directe voorloper van de ReproQ die in het Geboortecentrum Sophia Erasmus MC is gebruikt. Tenslotte zijn experts (o.a. Pharos) geconsulteerd in verband met de moeilijk bereikbare groepen. Een andere culturele achtergrond bleek een minder groot probleem dan een achterstandspositie. Het probleem - nu de vragenlijst aan de 10 eisen voldoet - is vooral participatie. Er bestaat in kwetsbare groepen in deze situaties wantrouwen (ook door het digitale medium) en een hardnekkig gevoel van onmacht ('er wordt toch niet naar ons geluisterd'), en verder valt op hoezeer de druk van het dagelijks leven gevoelsmatig weinig ruimte geeft voor zoiets als het beantwoorden van een mail met het verzoek om een enquête in te vullen.

Bij de voltooiing van dit rapport ontstond nieuwe input van kandidaat-gebruikers van de ReproQ en collega-onderzoeksgroepen. Aparte vermelding verdient hierbij het uitgebreide en gedetailleerde commentaar zoals gegeven door onderzoekers van het Regionaal consortium Utrecht en van het Landelijk evaluatieonderzoek geboortecentra, terwijl dit psychometrische rapport feitelijk was afgerond. Op verzoek van de opdrachtgever en met het oog op brede acceptatie is dat commentaar alsnog verwerkt in versie 2 van de ReproQ. In bijlagen J en K, met de exacte mutatie-tabellen van versie 1 naar versie 2, is deze input aangeduid met 'op verzoek van gebruikers'. Het onderzoeksteam heeft de bijdragen van de betrokken teams (we noemen hier in het bijzonder de collegae Wieggers, Hermus en van Duijnhoven) bijzonder gewaardeerd ook al was het niet mogelijk alle suggesties te honoreren. Vele suggesties b.v. voor de zorgprocesvragen zijn onverkort overgenomen, en de meeste kritische opmerkingen leidden tot een vorm van aanpassing. De 10 uitgangspunten bleven gehandhaafd.

Al met al heeft deze ingelaste commentaarronde de vragenlijst aanmerkelijk verbeterd waarmee zij hopelijk voor een brede groep van betrokkenen aanvaardbaar is.

Resultaten

De resultaten van de empirische studie met versie 1 van de lijst worden hier globaal weergegeven. Voor het vaststellen van de psychometrische eigenschappen zijn statische analyses uitgevoerd, op itemniveau, per domein en over alle ervaringsvragen. Het handboek was richtinggevend. Op grond van deze analyses lijkt - met enkele geringe aanpassingen - de vragenlijst versie 1 aan de eerder beschreven uitgangspunten te voldoen. Daarnaast lijkt de ReproQ een goede indruk te geven van de Nederlandse geboortezorg met de meest relevante onderwerpen.

Van de zwangere vrouwen die de vragenlijst invulden bleek 8,6% niet-westers. Van de bevallen vrouwen was dit 9,2%. Dit wijst bij de gekozen lokaties op onderrapportage, maar niet in extreme vorm. Wat betreft de achterstandspositie ligt dat anders. Van de westerse, zwangere vrouwen was maar 0,3% laag opgeleid. Van de bevallen vrouwen was dit 1,2%. Overigens voltooiden deze laag opgeleiden wel gewoon de vragenlijst, als ze eenmaal eraan waren begonnen.

Selectieve deelname aan de ReproQ is dus een uitdaging voor de enquête-organisatie die t.z.t. de kwaliteitsmetingen gaan uitvoeren.

Versie 1 van de vragenlijst bleek verbeterbaar. Op basis van de empirische resultaten zijn er enkele vragen gewisseld van domein, en er is inhoudelijk opnieuw vorm gegeven aan het Privacy-domein. Twee fenomenen hierbij vereisen soms arbitraire beslissingen. Soms gedragen 2 inhoudelijk sterk verschillende vragen (b.v. over autonomie en over privacy) zich bij de beantwoording gelijk, alsof het dezelfde vraag is. Eén vraag is dan statistisch overbodig, maar inhoudelijk meestal toch onmisbaar. Omgekeerd zijn er soms vragen die conform het a priori WHO model maar ook na consultatie van focusgroepen en experts bij elkaar horen (b.v. bereikbaarheid in termen van snel de telefoon opnemen, weinig wachttijd, dichtbij gelegen setting, goede parkeerfaciliteit) terwijl in de praktijk de antwoorden hierop weinig samenhang laten zien. Wie een empirische samenhang voorwaarde vindt voor items om bij hetzelfde domein te horen zal twifelen over het bijhouden van deze vragen onder de noemer bereikbaarheid, wie interpretatie voorop stelt heeft geen moeite met het bijeenbrengen van deze vragen. Wel is het zo dat dan de zekerheid van deze domeinscore wat lager is, de toevalsvariatie wat groter. Al met al is versie 2 tot stand gekomen door de combinatie van empirische gegevens met opmerkingen van gebruikers en deskundigen.

Deze voorlopige versie 2 is verder niet gewijzigd na consultatie van andere experts in verband met de deelname vergroting van moeilijk bereikbare groepen; de voorgestelde suggesties waren reeds gerealiseerd en een enkele voorgestelde vraag ter verbetering bleek in een eerder stadium te zijn opgenomen maar wegens slecht presteren verwijderd.

Er zijn los van het formele verbeterproces door leden van de begeleidingscommissie van het project en in een laat stadium door collegae in nog verbeteringen voorgesteld, die voor een belangrijk deel zijn verwerkt.

Er ontbreekt tot nu toe - dat is ook geen ontwikkelingseis - een test-hertest studie; uit ervaring met de ontwikkeling van andere meetinstrumenten in de geboortezorg weten we dat deze, zeker in deze context, buitengewoon moeilijk op vrijwillige basis is te organiseren. Op termijn is dat toch wenselijk.

De toepassing van versie 2, die nu gereed is, is primair gericht op geaggregeerde vergelijkingen tussen instellingen, regio's etc. Aannemelijk is dat de validiteit en betrouwbaarheid op respondentniveau sowieso voldoende is om de lijst bijvoorbeeld in interventiestudies te kunnen gebruiken. In dit opzicht is er sprake van een 'gevalideerd' instrument.

Vervolgonderzoek

In het vervolg zal worden vastgesteld of de vragenlijst verschillen/variantie tussen instellingen kan vaststellen. En voorts zal moeten blijken of met externe maatregelen de deelname van kwetsbare groepen kan worden vergroot.

1. INLEIDING: ACHTERGROND EN OPDRACHT

De perinatale sterfte in Nederland is een van de hoogste in Europa (Mahangoo et al., 2008). De Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte heeft aannemelijk gemaakt dat de oorzaak tenminste voor een deel samenhangt met het suboptimaal functioneren van het unieke Nederlandse verloskundige zorgsysteem (Bonsel et. al. 2010). In dit verband heeft de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte concrete aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van de zorg te verbeteren (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009). Deze aanbevelingen zijn in de afgelopen jaren ter hand genomen. Een belangrijk kenmerk van de geboortezorg in Nederland is dat de zorg verleend wordt door verschillende professioneel zelfstandige zorgverleners (verloskundige, gynaecoloog, neonatoloog/kinderarts, kraamverzorgende) in verschillende settings (1e, 2e of 3e lijn of een combinatie daarvan) met elk hun eigen verantwoordelijkheden. Zwangeren worden vaak (terug) verwezen naar een andere zorgverlener en een andere setting. Settings verschillen nogal wat betreft kenmerken die er voor de kwaliteitsbeleving van de cliënten toe doen.

Op dit moment is er weinig bekend over de kwaliteit van de Nederlandse geboortezorg, vooral als men deze opvat als een keten van zorg. Kwaliteitsindicatoren zijn momenteel primair de harde uitkomstindicatoren ontleend aan informatie uit zorgregistraties zoals de PRN. Deze geven wel een beeld van de medische uitkomsten, van sommige procedures, en van de belangrijkste bevallingsinterventies, maar niet van de cliëntervaringen met de zorgverlening, en ook niet van de subjectief ervaren uitkomst van c.q. bij moeder en kind.

Proceskwaliteit kan men benaderen vanuit de professional bijvoorbeeld aan de hand van richtlijnen of het realiseren van procesdoelen zoals bij risicoselectie, maar dat is een ander perspectief dan de proceskwaliteit vanuit het cliëntperspectief. Ongeacht de vraag wie de zorg verleende, en los van de vraag of alle richtlijnen in acht werden genomen, is namelijk van belang of de cliënte in haar eigen ogen respect en bejegening ontving, of de communicatie in orde was, en of faciliteiten voldeden. Een en ander vraagt zorgvuldig ontwerp van vragenlijsten omdat alle betrokken professionals zeggen vanuit het cliëntperspectief te werken. Vaak, zo is ons gebleken, doelen professionals dan op het volgen van gedragsregels en richtlijnen zoals de beroepsorganisaties die aan hun leden voorschrijven. Het cliëntperspectief doet niets af aan dit professioneel perspectief, en een eindoordeel over de zorg kan ook niet zonder harde uitkomsten en procedure kwaliteit worden geveld, maar het cliëntperspectief vraagt niettemin een ander type vragen.

Momenteel ontbreken daartoe geëigende lijnoverstijgende instrumenten. Bestaande instrumenten die ervaringen in de geboortezorg meten, richten zich expliciet of impliciet op één type zorgverlener en/of een soort setting. Omdat deze zorgverlener en setting met (o.a.) een specifiek risiconiveau van de zwangere en een specifieke fase in het zorgproces te maken hebben, is een integrale lijnoverstijgende vergelijking van een groep samenwerkende perinatale zorgverleners niet mogelijk.

Ook sluiten de huidige (zorg)registraties onderling niet aan, zijn ze niet verbonden met follow-up registraties, en onderhevig aan privacy-bepalingen bij gebruik, zodat ook de bestaande informatie niet eenvoudig bruikbaar is voor het meten van ketenkwaliteit.

Het doel van de voorliggende studie is om een korte vragenlijst te ontwikkelen en te testen voor het meten van de organisatie/lijnoverstijgende kwaliteit van de geboortezorg, vanuit het perspectief van de cliënt en volledig onafhankelijk van de vraag door wie (in termen van professionele discipline) de zorg is geleverd. Het tijdsperspectief van de geboortezorg is de periode vanaf de start van de prenatale begeleiding tot en met de (normale) kraamperiode. We hebben gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals het handboek van de Stichting Miletus maar ook wetenschappelijke bijdragen van de WHO bij het bepalen van de koers.

De naam van de vragenlijst in dit onderzoek is ReproQ. Het hier gerapporteerde ReproQ-onderzoek bestaat uit drie fases. In fase I is de vragenlijst (versie 0) ontworpen. In fase II is onderzocht door middel van focusgroeponderzoek en individuele interviews of de vragenlijst duidelijk is en of alle aspecten van de kwaliteit van zorg gedekt worden (de zgn. cognitieve test); resultaat versie 1. In fase III is onderzocht wat de zogeheten psychometrische eigenschappen van de vragenlijst zijn. Empirische resultaten gecombineerd met opmerkingen van gebruikers en kandidaat-gebruikers hebben versie 2 opgeleverd.

Een vervolgstudie naar de discriminerende eigenschappen van versie 2, vooral op instellingsniveau, is momenteel in uitvoering. Het uiteindelijke doel is opname van het instrument in de set van CQ-Index instrumenten. Dat doel bepaalde in belangrijke mate de methodiek die in dit onderzoek en in deze rapportage is gevolgd.

2. OPBOUW VRAGENLIJST REPROQ

2.1 Inleiding vragenlijstontwikkeling

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is vooraf een aantal uitgangspunten in acht genomen. Deze zullen worden behandeld in paragraaf 2.1.1. De moduleopbouw staat in paragraaf 2.1.2. In paragraaf 2.1.3 wordt in detail ingegaan op de uitgangspunten die gehanteerd zijn bij de kern-module van de ReproQ, de clientervaringsvragen. Paragraaf 2.2 beschrijft de processtappen die gevolgd zijn om tot de in dit rapport beschreven versie 1 te komen. Paragraaf 2.3 beschrijft de focusgroep onderzoeken. Paragraaf 2.4 bespreekt de digitalisering, en paragraaf 2.5 tenslotte de stappen om met de resultaten van deze studie en commentaar van (kandidaat)gebruikers tot de versie 2 te komen voor de studie naar het onderscheidend vermogen op instellingsniveau.

2.1.1 Uitgangspunten bij vragenlijsten voor de geboortezorg

Het ontwikkelen van een vragenlijst in deze zorgsector moet rekening houden met enkele typische kenmerken. In de geboortezorg zijn er minstens drie kenmerken die geboortezorg onderscheiden van vrijwel alle andere zorg in Nederland: 1) een belangrijk deel van de eerste fase van zorg is preventief van aard [vooral antenataal, en postnataal], het tweede deel vooral behandelend/curatief [de baring]; 2) gemiddeld genomen is er een groot aantal normale bevallingen naast een klein aantal met ernstige pathologie, wat voor de beoordeling van groepsgegevens van welke uitkomst ook uiterst relevant is (nadelige en zeldzame ervaringen vallen niet op); 3) de zorg heeft in principe betrekking op 2 cliënten: moeder en kind. Minder uniek maar wel complicerend is het grote aantal disciplines en settings. Met deze kenmerken is in de vragenlijst zoveel mogelijk rekening gehouden.

2.1.2 Module opbouw ReproQ

Er is een antenatale en een postnatale vragenlijst met dezelfde 9 modules: na een introductie volgt 1. de zorgproceskenmerken, waarin wordt gevraagd hoe de zwangerschap/bevalling verliep; vervolgens 2. de subjectieve beoordeling door de moeder is van de uitkomst bij haar zelf en bij het kind (onze benadering van zgn. PROMs houdt er rekening mee dat de overgrote meerderheid niet ziek is); dan volgt 3. de cliëntervaring cf. de acht domeinen van het WHO begrip 'responsiveness' weergeven (respect, autonomie, privacy, communicatie, sociale ondersteuning, faciliteiten, keuze en continuïteit); dit is de ReproQ in engere zin; 4. is de module met overige zorg vragen en 5. bevat vragen met betrekking tot weging van domeinen; 6. is een totaalwaardering en 7. gaat over eerdere ervaringen met zwangerschap en bevallen; 8. bevat sociaal-demografische kenmerken van de respondenten, en 9. (eventueel) informatie over het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) waar de vrouw in zorg was.

FIGUUR 2.1.2 De 9 modules van de ReproQ

CQ-vereisten	Module
X	Zorgproces
X	<u>PROMs</u>
X	Ervaringenvragen
	Overige vragen over zorg
	Wegingsvragen
X	Totaalwaardering
	Eerdere ervaringen zwangerschap en geboorte
X	Sociaal demografische gegevens
	Extra gegevens gebruikers

In deze zijn de groene componenten de 'uitkomstmaten' van de vragenlijst, de blauw componenten vormen de minimaal noodzakelijke achtergrondinformatie, beide zoveel mogelijk cf. het zgn. CQI-handboek. De paarse vragen zijn specifiek voor deze vragenlijst, en bevatten extra informatie over cliënte, over de zorg en over de weging van domeinen, ter bevordering van gebruik en interpretatie.

2.1.3. Uitgangspunten module clientervaring

Hieronder worden de belangrijkste uitgangspunten bij het ontwikkelen van de ReproQ toegelicht. In tabel 2.1.1. staat een kort overzicht.

TABEL 2.1.1. de 10 uitgangspunten bij het ontwikkelen van de ReproQ-kernvragen

- 1 het perspectief: organisatie- en lijnoverstijgend
- 2 de inhoud: 8 universele domeinen (WHO-Responsiveness)
- 3 de vraag: de concrete ervaring staat centraal
- 4 het antwoord: de frequentie van de (on)gewenste ervaring staat centraal
- 5 eenvoudig taalgebruik, korte directe zinnen
- 6 geschikt voor lage ses en niet-westerse vrouwen
- 7 antenatale en postnatale versie, met elk 2 referentieperioden
- 8 flexibiliteit t.a.v. scoringsmogelijkheden
- 9 kort (ca. 33 ervaringsvragen) en multimode toepasbaar
- 10 niet WMO-plichtig

1) Het perspectief: organisatie- en lijnoverstijgend

Zwangeren en net bevallen vrouwen kunnen de vragenlijst invullen onafhankelijk door wie of waar ze de zorg hebben ontvangen. Die onafhankelijkheid betreft niet alleen het zorgtraject, en de zorgsetting, maar ook de specifieke professionele discipline die een bepaalde activiteit heeft uitgevoerd. Immers, er is in de huidige situatie geen 'beste' opzet van zorg te veronderstellen; observaties van de huidige, snel veranderende, geboortezorg laten bijvoorbeeld zien dat de intake (eerste controles) door diverse disciplines wordt uitgevoerd, en zeker niet alleen door de eerstelijns verloskundige of de gynaecoloog. Ook de samenwerking rond de intake kent vele vormen, variërend tussen het voorheen gebruikelijk compartimenten model (1e lijn vs. 2e lijn) tot 'shared care', met bij iedere zwangere vanaf het begin directe betrokkenheid van zowel verloskundige als gynaecoloog. Voor de cliënt gaat het niet om het wie, maar om het hoe. In het ideale geval merkt de cliënt niet eens dat de organisatie zich plooit rond haar behoefte of risicoprofiel.

Voor de vragenlijst heeft dit standpunt, dat teruggaat tot adviezen van de Stuurgroep en ook terug te vinden is in de onderzoeksbeleidslijn van de commissie Zwangerschap en Geboorte van ZonMw, wel praktische gevolgen. Er wordt geen 'typische' situatie aangenomen in de vragen, geen specifiek begeleidingsmodel, etc. Er wordt niet gevraagd naar de afzonderlijke disciplines, maar de zwangere of bevallen vrouw wordt - waar en wanneer aan de orde - gevraagd haar ervaring weer te geven met de zorgverlener die de meeste invloed heeft gehad op die ervaringen. Dat zal vaak neerkomen op de meest langdurige ervaring. Ook een situatie met een grote huisartsenrol kan met het instrument worden beoordeeld.

Aan dit open uitgangspunt ligt overigens ook een praktische overweging ten grondslag. Het aantal vragen neem sterk toe wanneer iedere ervaring moet worden gerelateerd aan elk type zorgverlener dat bij de zorg betrokken kan zijn geweest, vooral wanneer rekening wordt gehouden met alle varianten. Bovendien staat de vrouw niet altijd stil bij de specifieke discipline: respondenten kunnen in verwarring raken als een ervaring moet worden herleid tot een type zorgverlener. De vragenlijst probeert natuurlijk wel in beeld te krijgen of er samenhang in zorgverlening was, of de zorgverleners onderling consistent waren, of zaken niet dubbel werden gedaan.

Er zijn dus geen normatieve aspecten verbonden aan dit open uitgangspunt. Dat is conform het Stuurgroep-rapport dat betere samenwerking bepleit tussen de lijnen, maar dat ook geen 'best practice' definieert. De vragenlijst bevoordeelt dus geen organisatievorm: de eventuele meerwaarde van nieuwe samenwerkingsvormen voor de cliëntervaring moet blijken. Hierdoor wordt het overall perspectief van de keten als geheel het belangrijkste. Dit open perspectief past ook goed bij de toepassing van het instrument door verzekeraars die het veld zelf een grote rol geven in het creëren van 'aanbodsformules' die goede cliëntervaringen opleveren naast goede uitkomsten.

Ten opzichte van enkele beschikbare Nederlandse vragenlijsten is dit open uitgangspunt wel een verschil: deze zijn meer of minder sterk georiënteerd op het 1e/2e lijns model, en bevatten impliciet normatieve elementen. Dat is een nadeel bij gebruik om verschillende praktijkorganisaties te vergelijken of bijvoorbeeld de impact van de (gedeeltelijke) substitutie van de gynaecoloog door de klinisch verloskundige, of van de verloskundige door de kraamzorg.

Het ligt daarom in de lijn der verwachting dat deze vragenlijst geschikt is voor de beoordeling van de kwaliteitseffecten van allerlei nieuwe samenwerkingsmodellen. Hoewel deze lijst op andere voor heeft dat ze niet specifiek eerstelijns (of ziekenhuis) gericht is, kan kwaliteitsverschil tussen organisatie-modellen wel worden aangetoond, maar daarmee nog niet worden toegeschreven aan een specifiek organisatiemodel. Daarvoor is meestal hierop gericht extra - detaillierend - instrumentarium nodig, dat ook verder gaat en zich richt op cliëntervaringen die het meest afhankelijk zijn of blijken van het organisatiemodel. Niettemin kan in die gevallen voortgebouwd worden op de hier gehanteerde concepten, en vaak zal het van voordeel zijn de hieronder geformuleerde uitgangspunten te volgen bij een aanhangende vragenlijst voor een specifiek doel. Bij deze verdiepende vraagstellingen zal het vaak aangewezen zijn ook andere informatievormen te gebruiken (men spreekt ook wel van 'mixed methods') en daarbij een hogere respons dan met email-enquêteering gerealiseerd wordt zoals hier. Een dergelijke redenering om tot gedetailleerder kennis te komen is ook van toepassing als in de toekomst bij gebruik door verzekeraars bijvoorbeeld een bepaald domein in een VSV laag scoort: waardoor dat komt moet duidelijk worden in een volgende stap waar ook het VSV een eigen rol heeft in de informatieverzameling.

2) De inhoud: 8 universele domeinen (WHO-Responsiveness)

De ReproQ bestaat uit de volgende domeinen: vier meer persoonsgebonden domeinen (respect, autonomie, privacy en communicatie) en vier meer setting- of omgevingsgebonden domeinen (tijd tot geboden hulp, sociale ondersteuning, faciliteiten en keuze & continuïteit). De 8 domeinen in de ReproQ zijn ontleend aan de 8 domeinen van responsiviteit (Responsiveness) van zorgsystemen conform WHO Health Systems Performance 2003. Deze zijn tot stand gekomen na een uitgebreid proces waarin belangrijke criteria waren: universaliteit naar opleiding, etnische en culturele achtergrond, welstand, voorts verankering in ethische en juridische concepten (waarden en rechten van de cliënt) en bruikbaarheid in heterogene zorgsettings. De veronderstelling is dat deze elementaire waarden in ieder zorgsysteem of deelsysteem (zoals de geboortezorg) van universele waarde zijn.

Bij de ontwikkeling van dit Responsiveness begrip rond het jaar 2000 speelde bestaande kennis en expertise met betrekking tot het meten van kwaliteit van zorg vanuit het cliëntperspectief van de Amerikaanse consumenten organisatie CAHPS (zie cahps.ahrq.gov/) een sleutelrol, overigens dezelfde organisatie die een belangrijke rol speelde bij de ontwikkeling van de huidige CQ-methodiek. Binnen de ReproQ is aan elk domein van Responsiveness invulling gegeven d.m.v. geboortezorg specifieke vragen.

Een dergelijke benadering met a priori structurering van de domeinen heeft twee verschillen met een volledig open benaderingen (wat betreft domein/item keuze) die vaak worden toegepast. Zo'n volledig open benadering gebruikt literatuur en focusgroepen voor een eerste selectie van items, en vervolgt met itemselectie en itemgroepering op basis van statistische benaderingen (vaak factoranalyse). Het eerste nadeel van open benadering is dat statistische selectie van empirisch meest onderscheidende items niet tot dezelfde resultaten leidt als selectie van items en domeinen op basis van toegekend

belang en relevantie. Een tweede kenmerk is dat ook grote zorgvuldigheid bij de open benadering niet verhindert dat de testpopulatie grote invloed heeft, als ook bepaalde keuzes van de onderzoeker. De veronderstelling van de onderzoekers van de ReproQ is derhalve dat de WHO domeinen (die grotendeels ook als CQ domeinen bekend zijn) algemeen geldend zijn en een gefundeerde grondslag. Er is met focusgroeponderzoek onder experts, zwangeren, bevallenen, en vrouwen uit diverse doelgroepen (onafhankelijk van elkaar bij de voorloper P3Q en de ReproQ) en in verschillende fasen van het onderzoek uitvoerig navraag gedaan naar de invulling van cliëntgerichte kwaliteit van geboortezorg, zowel via een open methodiek, maar ook via een methodiek die naging of met de Responsiveness domeinen (en de vragen behorende bij de domeinen) alle belangrijke kwaliteitsaspecten waren gedekt. Er is, noch tijdens de voorbereidingen van het voorloperinstrument P3Q (zie 2.2 en proefschrift J. van der Kooy, 2013), noch tijdens de focusgroepen (diverse actoren) en begeleidingscommissievergaderingen met het huidige instrument gebleken dat deze 8 invalshoeken te kort schieten of dat 1 ervan overbodig is. Uit de gegevens van zowel P3Q en de ReproQ zoals in dit rapport getoond blijkt duidelijk dat individueel weliswaar geringe verschillen bestaan in het belang dat aan ieder domein wordt gehecht, maar meer opvallend is dat het gemiddeld toegekende belang aan domeinen onderling nauwelijks verschilt.

In het Responsiveness model is één type vraag niet opgenomen dat men soms in andere vragenlijsten aantreft. Dat is een type dat gaat over de 'ervaren deskundigheid', de 'ervaren juistheid of adequaatheid van beslissingen', of over de 'ervaren toereikendheid van het aantal controles (of bloeddrukmetingen of ingezette therapie of pijnbestrijding)'. Het uitkomstmodel dat de WHO (en anderen hanteren) gaat ervan uit dat adequaatheid van procedurele zorgkenmerken - en relevantie voor de cliënt - moet blijken uit uitkomstmetingen; de ervaren deskundigheid als zodanig is geen (concept-relevante) cliëntervaring. Natuurlijk moeten deze uitkomsten worden vastgesteld, en bepalen de effectiviteit en eventueel de deskundigheid. Wat dat betreft geldt algemener dat een cliëntervaringsvragenlijst zonder harde uitkomstindicatoren en (meestal ook) een subjectieve uitkomstindicator niet goed is te interpreteren.

Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Er zijn diverse zaken in de media bekend waarin medisch-specialisten niet-effectieve of niet-aangewezen handelingen verrichten, maar evengoed op grote toegekende deskundigheid van cliënten konden rekenen. Het zou ongewenst zijn hier van goede Responsiveness te spreken, dus een dergelijke vraag moet worden vermeden.

Verwant hiermee is het niet opnemen van vragen die in feite nagaan of de professional de bestaande richtlijnen heeft gevolgd. Dergelijke metingen zijn uiterst relevant voor een procedurele kwaliteitsmeting vanuit het perspectief van de professional (of verzekeraar), maar gelden niet als cliënt-specifieke ervaring. Ook hier geldt: professionele procedurekwaliteit moet blijken uit harde uitkomst en responsiveness.

Literatuurverwijzing naar publicaties over het responsiveness-model van de WHO treft u in de literatuurlijst.

3) De vraag: de concrete ervaring staat centraal

In de ReproQ wordt consequent gevraagd naar concrete ervaringen die de vrouwen hadden. Zo wordt er bijv. gevraagd of iemand de uitleg begreep i.p.v. of iemand uitleg heeft gehad, of dat de uitleg begrijpelijk was, of dat de zorgverlener begrijpelijk communiceerde. Bij de laatste formuleringen is het gevaar groter dat men sociaal wenselijke antwoorden geeft, loyaal aan de zorgverlener.

Een ander voorbeeld van het richten op concrete ervaringen is de vraag of de vrouw *meebesliste* i.p.v. of ze *kon* meebeslissen. De laatste formulering leidt al gauw naar een gevoelsmatig oordeel over de zorgverlener, meer dan over de situatie, en sociaal wenselijke antwoorden.

De vragen richten zich dus op *realisatie* i.p.v. op *potentie* en op kenmerken van *situaties* en niet zozeer op die van *personen*. Dit is ook dwingende keuze door de het organisatie- en lijnoverstijgende perspectief.

Er wordt ook niet gecheckt via de cliënte of de procedurele kwaliteit in orde was of dat de richtlijnen zijn gevolgd, en ook niet wordt een mening gevraagd over de medische kwaliteit van de zorg of de adequaatheid van procedures. Dat zijn vragen vanuit een professioneel perspectief en hier zijn geschikte methoden voor anders dan het voorleggen van dit oordeel aan de cliënte. Gebruik van de ReproQ veronderstelt in feite parallele meting van deze andere uitkomsten voor een goede interpretatie.

4) Het antwoord: de frequentie van een (on)gewenste ervaring staat centraal

Bij cliëntervaringsvragenlijsten is de keuze van de responsvorm van groot belang.

Een uitgangspunt was, ook in lijn met de CQ filosofie, dat niet naar 'tevredenheid' wordt gevraagd.

Daarvoor zijn tal van argumenten; de belangrijkste drie zijn de volgende. Allereerst is tevredenheid de resultante van een ervaring en een referentiekader c.q. verwachtingspatroon, waarbij bij gerapporteerde ontevredenheid niet duidelijk is of de verwachtingen erg hoog waren, dan wel de kwaliteit niet goed. Ten tweede zegt ontevredenheid met (b.v.) de communicatie nog niet op welke ervaring deze berust.

In de derde plaats is er (extreme) individuele variatie in kwalificerende termen zoals tevredenheid.

Deze antwoordvorm is dan ook geen standaard in CQ lijsten. De set 'onvoldoende-voldoende-goed-zeer goed' heeft in iets mindere mate hetzelfde bezwaar.

Een en ander betekent natuurlijk dat dergelijke kwalificerende termen ook in de vraag vermeden moeten worden. Dus niet 'was de communicatie voldoende?' met als antwoordkeuzes sterk onvoldoende-onvoldoende-voldoende-sterk voldoende, of nooit-soms-vaak-altijd.

Ziet men af van deze kwalificerende termen, dan rest de principiële keuze tussen 'frequentie' van (on)gewenste ervaring X, of de 'mate waarin' sprake is van een (on)gewenste ervaring X. Voor beide responsvormen zijn argumenten aan te voeren en voorbeelden uit de literatuur. In focusgroeponderzoek is proefondervindelijk vastgesteld voor alle voorgestelde items voor alle domeinen hoe ze te combineren waren met dan wel een frequentieantwoord, dan wel een intensiteitsantwoord. Daarbij bestond de uitdrukkelijke wens op een uniforme keuze uit te komen.

In alle ervaringsvragen wordt gevraagd naar de frequentie waarin ze die ervaring hebben gehad: altijd, meestal, soms en nooit. Het alternatief was een responsvorm in de vorm 'niet, licht, matig, sterk' en andere varianten.

De literatuur (o.a. CQI) als ook eigen ervaring wees niet op een eenduidige voorkeur.

Uit het focusgroep onderzoek bleek, enigszins tot onze verrassing, dat vragen die frequentie als responsvorm hadden, eenvoudiger te beantwoorden waren dan vragen met intensiteit als responsvorm. Daarop berust onze keuze.

In combinatie met een op concrete ervaringen gerichte vraagformulering en de tweedeling in personele en materiele factoren is er sprake van een belangrijk voordeel indien men de vragenlijst ook wil inzetten voor kwaliteitsverbetering of eventuele discussies tussen aanbieders en verzekeraars. De concrete formulering biedt namelijk meer aanknopingspunten voor verbetering. Deze gerichtheid is overigens ontleend aan de WHO, in een situatie dat in veel minder ontwikkelde landen nog veel sterker geldt dat het namelijk ongebruikelijk c.q. ongemakkelijk is over de zorgverleners een oordeel te vragen.

De expliciete tweedeling biedt als voordeel dat bij verbetering rekening kan worden gehouden met het feit dat het verbeteren van persoonlijke performance aspecten (bejegening, communicatie, etc.) doorgaans een ander traject is dan het verbeteren van settingsaspecten. In bijzondere gevallen zijn concrete settingaspecten geheel buiten toedoen van de zorgverlener/VSV onvoldoende (denk b.v. aan tijdelijk sluiten van parkeervoorzieningen i.v.m. een verbouwing). Anderzijds is een formulering in termen van concrete ervaringen in de gegeven context de minst subjectieve; bovendien is de essentie van verbeteren in dit geval het verminderen van dergelijke ongewenste ervaringen. Dit sluit aan bij het door ons beoogde interactieve gebruik van resultaten met het instrument.

Een teveel aan ongewenste concrete ervaringen is meestal niet direct vertaalbaar naar actie. Doorgaans is een verdiepende informatiefase nodig, die zich richt op het type ervaring (vooral 1 domein, of overall, vooral persoonlijk of juist materieel, en al dan niet afhankelijk van specifieke kenmerken van het zorgproces of de zwangere). Als onderzoek met een vragenlijst nodig is, zal het doorgaans goed mogelijk zijn in detaillierende zin een domein, zwangere, procesaspect of discipline uit te vergroten. In de huidige zeer diverse werkelijkheid is het onmogelijk met een one-size-fits-all vragenlijst van haalbare omvang en complexiteit tegelijk een representatieve beschrijving van cliëntervaringen te geven en een verklarende analyse wat betreft de beïnvloedbare factoren voor een verbetering (als dat nodig is).

5) Eenvoudig taalgebruik

Bij de formulering van de vragen is nadrukkelijk gekozen om het taalgebruik en de grammatica van zinnen zo eenvoudig mogelijk te houden. Dit vergroot de begrijpelijkheid en dus toegankelijkheid voor groepen zwangeren met lage of doorsnee Nederlandse taalvaardigheid. Hierbij is de woordfrequentielijst van het Taalbureau als uitgangspunt genomen

(www.zoekenoudigewoorden.nl). Woorden die volgens deze lijst moeilijk zijn (d.w.z. boven het B1 taalniveau) worden alleen gebruikt als het niet anders kan en voor de gehele lijst relevant lijken. Woordgebruik vermijdt zo mogelijk jargon. Zorgprofessionals zijn zich hun jargon vaak niet bewust, vooral niet als het om ogenschijnlijk gewone woorden gaat. Zo zeggen cliënten niet vaak dat iemand de zwangerschap of bevalling 'begeleidde', en allerlei woorden die tussen de professionals specifieke lading hebben wat betreft taakafbakening en verantwoordelijkheid, worden door cliënten onbezorgd gebruikt. Wij hebben met gevoeligheden wat betreft de termen zoveel mogelijk rekening gehouden, maar niet als dat leidde tot lange zinnen of ambtelijke formuleringen.

We weten uit ervaring dat bij meerkeuzevragen, vooral als er veel alternatieven zijn, de meest voorkomende optie als eerste genoemd moet worden; als dat – bij vragen rondom de setting – het ziekenhuis was, dan is 'het ziekenhuis' als eerste genoemd. Daarmee doen wij geen uitspraak over de wenselijkheid van een ziekenhuisbevalling, en wij hanteren daarmee ook geen medisch-specialistisch perspectief.

De uniforme en korte vraag- en responsformulering is gekozen om de lees-belasting te verminderen. Dat lijkt gelukt gezien de duur van de beantwoording en de hoge graad van voltooiing.

De ervaring met de afzonderlijke formuleringen van de items is dat elke nieuwe groep van geraadpleegde vrouwen, zorgverleners en onderzoek(st)ers steeds weer een paar (andere) items selecteert die mogelijk net iets anders geformuleerd zouden kunnen worden. Er waren in versie 1 nauwelijks opvallende frequenties van missende waarden, als men eenmaal aan de vragenlijst begint terwijl men wel gedifferentieerd antwoord geeft. Met enkele voorgestelde aanpassingen lijkt versie 2 van het instrument op item niveau per item even gemakkelijk: Deze versie is geen eindstation. Het discriminatie-onderzoek zal mogelijk weer enkele suggesties tot verbetering/reductie van vragen doen.

6) Geschikt voor lage SES en niet-westerse vrouwen

Bij het ontwikkelen van de ReproQ is nadrukkelijk onderzoek gedaan naar vrouwen met een lage sociaaleconomische status en/of niet-westerse etniciteit. Dit onderzoek bouwde voort op het P3Q project in het geboortecentrum Sophia en andere projecten van het zgn. Klaar voor een Kind programma in Rotterdam, dat in opdracht van de gemeente sturing gaf aan allerlei verbeterprojecten in de geboortezorg juist bij achterstandsgroepen.

Onderdelen van de aanpak waren het kiezen voor de universele domeinmethodiek van de WHO, het nabespreken met de zwangere/moeder van resultaten (P3Q), en het checken van het hierboven beschreven taalgebruik. Verder is uitgebreid aanvullend onderzoek door drs. M. Hitzert (master scriptie iBMG; publicatie in voorbereiding) verricht naar de toepassing van ReproQ bij specifieke doelgroepen. Hieruit blijkt dat het taalgebruik als eenvoudig werd beoordeeld door vrouwen met een lage SES en/of niet-westerse achtergrond en dat ze geen aspecten misten in de vragenlijst.

7) Vergelijkbare antenatale en postnatale versies, met elk 2 referentieperioden

De ReproQ-vragenlijst is ontwikkeld in twee versies: een vragenlijst voor antenatale en voor postnatale ervaringen. Dit is gedaan omdat de zorgverlening, de betrokken zorgverleners en dus de ervaringen van de (voormalige) zwangeren antenataal en postnataal verschillend kunnen zijn. Aanvankelijk was (bij de P3Q) sprake van 1 overall-vragenlijst. Het gevaar is echter dat - bij het postnataal vragen van de antenatale ervaring - de postnatale ervaring (met name de afloop in termen van kind-uitkomst) allesbepalend is voor de ervaringen ook antenataal, iets waarvoor ook aanwijzingen waren in vergelijkbaar eerder onderzoek in het geboortecentrum Sophia (zie proefschrift J. van der Kooy, 2013). Deze contaminatie zou ertoe leiden dat we slecht (vertekend) geïnformeerd zouden zijn over de antenatale ervaringen.

Niet alleen zijn er 2 vragenlijsten (met elk hun eigen afnamemoment), in beide vragenlijsten wordt vervolgens bij iedere ervaringsvraag naar twee referentieperioden gevraagd. In de antenatale vragenlijst zijn de referentieperioden de eerste controles en de tweede helft van de zwangerschap. Postnataal zijn dit de bevalling en de kraamperiode. Het voordeel van in totaal vier referentieperiodes is dat de hele zorg in beeld wordt gebracht: vanaf eerste controle t/m de kraamperiode en na de controle. De vragen in beide versies van de vragenlijst zijn bijna volledig identiek. Daardoor kan ook een oordeel ontstaan over een afzonderlijk domein over de gehele tijdslijn, een uniek kenmerk van de ReproQ. De voorkeur heeft beide vragenlijsten af te nemen bij dezelfde zwangere, maar beide vragenlijsten zijn na een aanpassing van versie 1 zo opgesteld dat ze maximaal afzonderlijk bruikbaar zijn.

Op verzoek van de opdrachtgever, en met het oog op de last voor de respondent, zijn er 2 begrenzings aangebracht in de 'scope' van de ReproQ. De preconceptionele periode c.q. zorg is niet opgenomen, en de zorg na het (normale) kraambed (b.v. CJG zorg) ook niet. Verder is zowel de kraamzorg als de pediatrie zorg niet uitgebreid aan de orde gesteld: voor de eerste bestaat een specifieke kwaliteitslijst, en voor de pediatrie zorg (incl. NICU) is een aparte benadering noodzakelijk. De ReproQ is zo opgesteld dat deze uitbreidingen, zeker als men dezelfde benadering volgt, zonder veel overlap zijn te realiseren.

8) Flexibele scoringsmogelijkheden en samenvattende maten

De uniforme aanpak en eenduidige interpretatie van de respons, en de groepering van items in domeinen maken verschillende vormen van scoring van de cliëntervaring mogelijk: afzonderlijk item, groeperen per domein (zgn. profielscores), groeperen van domeinen (zgn. totaalscores, of indexscores), en eventueel zelfs groeperen van antenataal met postnataal.

Voorts kan een domein over 4 meetmomenten worden gevolgd of kunnen de setting domeinen en de persoonlijke domeinen worden gegroepeerd.

Verder kan door de huidige opname van vragen over het toegekend belang aan domeinen zelfs een geïndividualiseerd cliënt oordeel worden gemaakt. Cf. suggesties uit het werk van Kahneman is het belang op 2 complementaire manieren uitgevraagd. Of deze fine-tuning van meerwaarde is wordt nog onderzocht.

Het is verder mogelijk verschillende methoden te hanteren om een individuele cliëntervaring (het geheel van de antwoorden op de items), als 'onvoldoende' te scoren. Gebruikelijk is te werken met overall scores, maar men kan andere beslisregels hanteren op basis van domeinen of items. Dit zijn alle voordelen van de uniforme methodiek die ook uniek is.

9) Kort en multimodaal toepasbaar

De vragenlijst is relatief kort. Alle modules van de antenatale ReproQ bij elkaar bevatten 58 vragen, waarvan 33 ervaringsvragen over de eerder beschreven 8 domeinen van het Responsiveness-model. De postnatale ReproQ bevat 76 vragen, waarvan 33 ervaringsvragen. Hierbij zijn vragen met antwoorden van het type 'nee / ja' gevolgd bij 'ja' door een digitaal 'uitklapmenu' voor een detaillering, als 2 vragen geteld.

De gemeten invulduur van de vragenlijst is 15 minuten. Deze korthed heeft per definitie een prijs: de betrouwbaarheid van de afzonderlijke domeinscores. Deze is - all other things equal - direct afhankelijk van het aantal items per domein, een onderzoekerskeuze. Minder domeinen dan de huidige acht is geen optie: er is expliciet onderzocht of er domeinen op grond van opvatting over belang konden worden weggelaten. Het is verder ongewenst een domein weg te laten omdat de score/kwaliteit (in de betreffende steekproef) sterk met die van een ander domein samenhangt. Doet men dit wel dan weet men namelijk niet meer waar de overblijvende domeinscore voor staat.

De ReproQ is gedigitaliseerd, waardoor deze eenvoudig routinematig kan worden afgenomen, wanneer de e-mailadressen bekend zijn. Bijv. als deze worden gevraagd bij inschrijving van de praktijk/ het ziekenhuis. Bijkomend voordeel is dat de volgorde van de vragenlijst zo kan worden geprogrammeerd, dat de vrouwen alleen de vragen te zien krijgen die op hen van toepassing zijn. Voorbeeld: als een vrouw aan het begin van de vragenlijst aangeeft thuis te zijn bevallen, zal ze de vragen over het ziekenhuis niet te zien krijgen.

Er is ook een schriftelijke versie, en een interviewversie wordt overwogen (multimodaal toepasbaar).

10) Niet WMO-plichtig

De ReproQ is zowel door de METC van het Erasmus MC als van het UMC Utrecht niet WMO-plichtig bevonden, doordat er wordt gevraagd naar concrete ervaringen over de zorg en aanvullend (buiten de ervaringsvragen) alleen naar enkele subjectief ervaren uitkomsten. Het aantal medisch inhoudelijke vragen is minimaal. Dit heeft o.a. als voordeel dat de vragenlijst routinematig kan worden toegestuurd, zonder dat daar expliciet toestemming om moet worden gevraagd aan de cliënt. Wel zijn er hoge eisen aan onherleidbaarheid bij opslag van gegevens. Overigens kent Miletus, de opdrachtgever, een zorgvuldig dataprotocol dat hieromtrent strikte richtlijnen hanteert.

2.2.Ontwikkelingsproces

Het onderzoek bouwt voort op eerdere studies van het UMC Utrecht en het Erasmus MC met dergelijke vragenlijsten. Er is in 2010-2011 een instrument over perinatale proceskwaliteit ontwikkeld t.b.v. Geboortecentrum Sophia (werknaam P3Q). Dit instrument was gericht op gebruik in een 45 minuten face-to-face interview en onderzocht de zorgverleneraspecten voor elke beroepsgroep apart. De ReproQ vragenlijst is afgeleid van de P3Q (1e auteur Drs. J. van der Kooy, Rotterdam), die ook volgens de WHO opbouw was gemaakt, maar die voor ieder aspect onderscheid maakte naar de diverse professionals en daarom aanzienlijk langer was en minder geschikt voor zelfbeantwoording. Ook werd in de P3Q soms een antwoordvorm toegepast (b.v. rangordening van 8 domeinen) die in een digitaal zelfbeantwoording aanpak (zoals standaard bij de CQ vragenlijsten) niet haalbaar is. De structuur van de ReproQ is wel dezelfde als die van de P3Q, en geschikt gemaakt voor zelfbeantwoording. Het lijn- en settingoverstijgende karakter van de P3Q is behouden. Zo is er geen impliciete voorkeur rondom de professionele uitvoering van allerlei processen, noch voor de setting waarin de vrouwen de zorg ontvangen (thuis/poliklinisch/ geboortecentrum in enige vorm/ziekenhuis). Deze opzet maakt de lijst ook geschikt voor bijvoorbeeld voor-na vergelijkingen van zorginnovaties.

Zowel voor de P3Q als de ReproQ heeft het WHO begrip 'responsiveness' als uitgangspunt gediend om de ervaringen van de (toekomstige) moeders op een gestructureerde manier te onderzoeken. 'Responsiveness' omvat alle aspecten die gerelateerd zijn aan de manier waarop cliënten of patiënten in de zorg worden behandeld en de setting of omgeving waarin dat gebeurt. Het concept is uitgesplitst naar vier meer persoonsgebonden domeinen (respect, autonomie, privacy en communicatie) en vier meer settinggebonden domeinen (tijd tot geboden hulp, sociale ondersteuning, faciliteiten en keuze & continuïteit). Doordat deze domeinen internationaal zijn onderzocht en gevalideerd met tal van publicaties, heeft de ReproQ-lijst een valide theoretische basis. Een senior-onderzoeker van de WHO (Mw. N. Valentine, MPH MSc) is direct bij de totstandkoming van zowel P3Q als ReproQ betrokken geweest.

Responsiveness wordt - net als de CQ vragenlijsten - ontleend aan cliëntervaringen. Hieronder verstaat de WHO (vertaald naar de context van de geboortezorg) de ervaringen van de zwangere en net bevallen vrouwen met de zelf ontvangen zorg, vanuit het perspectief van de zwangere en de net bevallen vrouw zelf (Valentine et. al., 2003). In de vragenlijst wordt gevraagd naar de frequentie waarin de vrouwen een bepaalde - in de vraag specifiek benoemde - ervaring hadden. Dit resulteert in de volgende antwoordcategorieën: 'altijd', 'meestal', 'soms', 'nooit' en eventueel 'n.v.t.'.

Bij het ontwikkelen van de vragen van de ReproQ is rekening gehouden met zorginnovaties die genoemd zijn in recente documenten over de geboortezorg, zoals als het Stuurgroep-rapport (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009) en de Signalementstudie (Bonsel et.al., 2010). Er is met medewerking van zorgverleners gecontroleerd of de vragen, en bijbehorende domeinen, de gewenste verbeteringen zouden kunnen signaleren die teweeggebracht zijn door deze innovaties

(verbeteringen of veranderingen anders dan op het niveau van verloskundige uitkomsten). Deze innovaties zijn een voor een gecheckt. Hierbij is wederom een relatief algemene insteek gekozen. Niet alleen vinden overal veranderingen in de organisatie plaats, deze zijn bovendien zeer heterogeen.

Als laatste stap in het ontwikkelen van de conceptversie van de vragenlijst is de ReproQ vergeleken met gepubliceerde vragenlijsten uit Engeland en Canada die een vergelijkbaar doel hebben (CPSS, 2006; NHS, 2010; NPEU, 2010). Het doel hiervan was te controleren of er aan de ReproQ belangrijke aspecten ontbraken. Deze alternatieve vragenlijsten zijn - net als een eerder Nederlandstalig instrument van Wiegens (2007) - langer, complexer wat betreft de antwoordvorm en bevatten voorts veel informatie die voor het engere doel van CQ-instrumenten niet nodig is. Een in mei 2013 verspreid instrument van Pop c.s. uit Tilburg kon pas recent worden beoordeeld. De vragen lijken soms sterk op de ReproQ, en bevatten in ieder geval geen nieuwe perspectieven. Er zijn minder domeinen, en meer vragen per domein, waarvan we weten dat dat deels een onderzoekerskeuze is.

2.3 Focusgroepen

Na ontwikkelen van de vragenlijst (versie 0) is er door middel van focusgroeponderzoek en individuele interviews onderzocht - zowel onder professionals als cliënten - of de vragenlijst duidelijk is en of alle aspecten van de kwaliteit van de geboortezorg gedekt worden. Hieruit bleek dat de persoonsgebonden domeinen enigszins belangrijker worden gevonden dan settingsgebonden domeinen.

De belangrijkste feedback op de vragenlijst was de volgende:

- vrouwen zouden sommige aspecten niet kunnen beoordelen. De items zijn hierop aangepast.
- meer aandacht gewenst voor culturele aspecten van zorgverlening
- mogelijk ook de ervaren medische deskundigheid kon worden meegenomen.

Alleen dat laatste is door de ontwerpers van ReproQ niet zinvol geacht, enerzijds omdat een goed oordeel daarover aanzienlijke medische competenties vereist en de cliënt in de meeste gevallen deze medische competenties niet bezit, waardoor zij geen oordeel kunnen vormen over de deskundigheid van de zorgverlener en anderzijds omdat hogere ervaren deskundigheid van de zorgverlener geen doel is van kwalitatief goede zorg, maar de verbeterde (medische) uitkomst door toedoen van die deskundigheid. Dat laatste valt niet onder het begrip 'responsiveness' maar kan goed met andere methoden en uitkomstindicatoren worden vastgesteld.

De vrouwen hebben verder geen eenduidige mening hoe ze de vragenlijst bij voorkeur zouden willen ontvangen of invullen. De rapportage over de focusgroepen is opgenomen in Appendix A, en deze leidde tot versie 1 die in de veldstudie is gebruikt.

Naast deze formele focusgroepen t.b.v. het CQ-protocol is tijdens een Master-stage van een studente van het iBMG in detail onderzocht of deze ReproQ versie 1 nog geschikter kon worden gemaakt voor vrouwen met een lage sociaal economische status en vrouwen met een niet-westerse achtergrond. Hiervoor zijn 36 diepte interviews gehouden bij bovenstaande groepen. De Master-scriptie samenvatting is opgenomen als Appendix H.

2.4 Digitalisering: Limesurvey

Na de optimalisatie van de vragenlijst op basis van het focusgroeponderzoek is de ReproQ gedigitaliseerd (versie 1) en voor schriftelijke afname geschikt gemaakt. In Appendix B en C zijn de antenatale en postnatale versie afzonderlijk afgedrukt.

Voor de digitale versie van de vragenlijst studie wordt gebruik gemaakt van het enquêteprogramma 'Limesurvey', dat door het Erasmus MC is getest op veiligheidsaspecten en goedgekeurd is voor gebruik in web-based interviews. Gebruik van Limesurvey vereist goedkeuring van de Functionaris Gegevensbescherming Erasmus MC, waarbij de beveiligingsaspecten gecontroleerd worden. Deze goedkeuring is inmiddels verkregen. Gebruik van Limesurvey vereist ook toetsing of een oordeel van 'geen-bezwaar' van de Medisch-Ethische Toetsings Commissie (METC). Het ReproQ-onderzoek is inmiddels niet WMO-plichtig verklaard door de METC van het UMC Utrecht en van het Erasmus MC.

2.5. ReproQ versie 2

Op grond van de empirische resultaten zoals beschreven in dit rapport is een concept-versie 2 van de ReproQ ontwikkeld en in april 2013 gepresenteerd op een landelijke bijeenkomst die door ZonMw was georganiseerd t.b.v. alle regionale en landelijke onderzoeken die ZonMw momenteel steunt, en waarin (uniforme) uitkomstmeting een belangrijke rol vervult.

Voorts zijn in diezelfde periode experts (o.a. van Pharos) geconsulteerd in verband met de moeilijk bereikbare groepen. Een andere culturele achtergrond bleek een minder groot probleem dan een achterstandspositie. Het probleem - nu de vragenlijst aan de 10 eisen voldoet - is vooral participatie. Er bestaat in kwetsbare groepen in deze situaties wantrouwen (ook door het digitale medium) en een hardnekkig gevoel van onmacht ('er wordt toch niet naar ons geluisterd'), en verder valt op hoezeer de druk van het dagelijks leven gevoelsmatig weinig ruimte geeft voor zoiets als het beantwoorden van een mail met het verzoek om een enquête in te vullen.

In de periode mei-juli 2013 gaven kandidaatgebruikers voor de studie naar het onderscheidend vermogen, en collega-onderzoeksgroepen nog uitgebreid commentaar op concept-versie 2 van de vragenlijst, vooral op de module zorgproces. Vermelding verdient hierbij het gedetailleerde commentaar zoals gegeven door onderzoekers van het Regionaal consortium Utrecht en van het Landelijk evaluatieonderzoek geboortecentra. Op verzoek van de opdrachtgever en met het oog op brede acceptatie is dat commentaar alsnog verwerkt in versie 2 van de ReproQ. In bijlagen J en K, met de exacte mutatie-tabellen van versie 1 naar versie 2, is deze input aangeduid met 'op verzoek van gebruikers'. Veel van de constructieve bijdragen van de betrokken teams (in het bijzonder van collegae Wiegers, Hermus en van Duijnhoven) konden worden verwerkt ook al was het niet mogelijk alle suggesties te honoreren, vooral als deze kruisten met de 10 uitgangspunten.

Veel suggesties voor de zorgprocesvragen zijn onverkort overgenomen, en veel andere kritische opmerkingen leidden wel tot enige vorm van aanpassing. De 10 uitgangspunten bleven echter gehandhaafd, en werden soms door het commentaar aangescherpt.

Al met al heeft deze ingelaste commentaaronde de vragenlijst aanmerkelijk verbeterd, waarmee zij hopelijk voor een brede groep van betrokkenen aanvaardbaar is.

Hieruit heeft uiteindelijk definitieve tweede versie van de vragenlijst geresulteerd. De antenatale en postnatale versie van de ReproQ versie 2 zijn opgenomen in Appendix M en N.

3. DATAVERZAMELING PSYCHOMETRISCHE STUDIE (REPROQ VERSIE 1)

Hieronder zal eerst het proces van de dataverzameling in grote lijnen worden beschreven. Daarna zal worden ingegaan op de 4 lokaties waar de vrouwen zijn geworven. Elke lokatie wordt daarbij afzonderlijk beschreven

3.1 Procesbeschrijving

Vooraf aan de dataverzameling is door het onderzoeksteam een wervingsbrief ontwikkeld voor de zwangere en net bevallen vrouwen. De wervingsbrief is voorgelegd aan verschillende experts om deze zo nauw mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk. In de wervingsbrief staat 1) een introductie op de vragenlijst; 2) een omschrijving van de respondenten; 3) een omschrijving van wat deelname inhoudt, met o.a. dat deelname vrijwillig en anoniem is en 4) een vermelding van onze contactgegevens.

Op de achterkant van de wervingsbrief kunnen vrouwen aangegeven of zij wel of niet willen deelnemen. Bij positief antwoord kunnen ze aangeven 1) hoe ze de vragenlijst willen ontvangen 2) welke versie we mogen toesturen: de antenatale versie, de postnatale versie of beide versies; 3) wat de uiterekende datum is en 4) een handtekening moet worden geplaatst. Als een vrouw niet wil mee doen dan kan ze hiervoor de reden aangeven. De wervingsbrief is opgenomen in Appendix D.

Zwangere vrouwen die aangaven deel te willen nemen, kregen in de 28^e week van de zwangerschap de antenatale ReproQ toegestuurd, waarna ze tot de bevalling had om deze in te vullen. Vrouwen die net waren bevallen kregen de postnatale ReproQ vrijwel direct na de bevalling toegestuurd. De vrouwen die de vragenlijst per internet kregen aangeboden en niet reageerden, kregen na ongeveer 2 weken een herinnering. Er is geen herinnering verstuurd naar de vrouwen die de vragenlijst op hun verzoek per post ontvingen.

Wanneer de vrouwen vergeten waren de uiterekende datum in te vullen zijn ze hier alsnog per e-mail over benaderd, waarna ze de vragenlijst toegestuurd kregen in de juiste periode. Vrouwen die de vragenlijst op papier wilden ontvangen en niet hun uiterekende datum hadden ingevuld, kregen de (beide) vragenlijst(en) toegestuurd met instructiebrief wanneer zij deze moesten invullen en het verzoek deze terug te sturen.

De antwoorden van de vrouwen die de vragenlijst via internet invulden, kwamen direct in een LimeSurvey databestand. De schriftelijk ingevulde vragenlijsten zijn handmatig ingevoerd in LimeSurvey. Gezamenlijk resulteerde dit in één databestand, zonder onderscheid naar de manier waarop de vrouwen de vragenlijst hebben ingevuld. Het gezamenlijke databestand is voor de analyses uit LimeSurvey geëxporteerd naar SPSS.

3.2 Lokaties

De vrouwen zijn op 4 lokaties geworven: Utrecht, Rotterdam, Roosendaal en Zuidoost-Brabant. Hieronder zal de werving van de vrouwen per lokatie worden beschreven. Praktische omstandigheden en wensen op deze lokaties leidden ertoe dat er geringe verschillen bestaan op detailniveau. Wij achten het niet aannemelijk dat deze verschillen de beantwoording als zodanig hebben beïnvloed; wel zijn er mogelijk verschillen in respons, een onderwerp dat in hoofdstuk 4 wordt besproken.

3.2.1. Utrecht

Op de polikliniek Verloskunde van het UMC Utrecht krijgen alle vrouwen die 25 weken of meer zwanger zijn een envelop aangereikt door de assistenten van de polikliniek. De envelop bevat de wervingsbrief en een antwoordenvelop. Aanmelding voor deelname aan het ReproQ-onderzoek gebeurt door de ingevulde brief af te geven bij de balie van de polikliniek, waar deze worden verzameld en later door de onderzoekers worden opgehaald; of door de brief in de antwoordenvelop terug te sturen naar de onderzoekers. Bevallende vrouwen werden niet geworven voor het onderzoek. Van 1 juli 2012 tot en met 31 januari 2013 zijn de e-mailadressen verzameld en door de onderzoekers ingevoerd in LimeSurvey.

3.2.2. Rotterdam

De verwerving in Rotterdam vond plaats via het Geboortecentrum Sophia en de polikliniek verloskunde/gynaecologie van het Erasmus MC.

De vrouwen die in het Geboortecentrum Sophia bevallen worden tijdens hun intakegesprek bij Kraamzorg Rotterdam naar hun e-mailadres gevraagd. Kraamverzorgenden controleren tijdens het verblijf in het geboortecentrum of het e-mailadres van de vrouw bekend is in het systeem. Wanneer het e-mailadres ontbreekt, vraagt de kraamverzorgende alsnog naar het e-mailadres en verstuurt dit naar Kraamzorg Rotterdam. Een medewerker van Kraamzorg Rotterdam stuurt de e-mailadressen een keer in de twee weken naar de onderzoekers, die de adressen vervolgens in Limesurvey invoeren. Het invullen van de vragenlijst maakt deel uit van de standaard zorg van het Geboortecentrum. Er hoeft in dit geval dus geen informed consent te worden gevraagd. De e-mailadressen werden verzameld van 1 juli 2012 tot en met 31 januari 2013.

De procedure op de polikliniek verloskunde/gynaecologie van het Erasmus MC is vergelijkbaar met het UMC Utrecht. De baliemedewerker van polikliniek verloskunde/gynaecologie vraagt aan alle zwangere vrouwen of zij willen deelnemen aan het onderzoek. Eens per week werden de bij de baliemedewerker ingeleverde brieven opgehaald door de onderzoekers. Daarnaast heeft een van de onderzoekers meerdere malen in de polikliniek plaatsgenomen om vrouwen te werven voor het onderzoek. De adressen werden verzameld van 1 juli 2012 tot en met 31 januari 2013 en ingevoerd in LimeSurvey.

3.2.3. Roosendaal

In het Centrum voor Verloskunde Roos (aanliggend aan het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal) werden vrouwen in de 20e-24e zwangerschapsweek door de verloskundig assistent gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Bij thuisbezoek vroeg de verloskundige of vrouwen deel willen nemen aan het onderzoek. Bij vrouwen die 6 of 7 dagen na geboorte nog in het Franciscus Ziekenhuis liggen vroeg de verloskundige op de afdeling of vrouwen willen deelnemen aan het onderzoek. Het secretariaat gynaecologie hield een Excel bestand bij waarin een beperkt aantal gegevens van de vrouwen die willen deelnemen worden vastgelegd. Deze lijst werd wekelijks bijgewerkt en daarna gemaïld naar de onderzoekers. De adressen in Roos werden verzameld van 1 juli 2012 tot en met 31 januari 2013 en daarna ingevoerd in LimeSurvey.

3.2.4 Zuidoost- Brabant

De dataverzameling in regio Zuidoost-Brabant vond plaats met actieve medewerking van Zorgverzekeraar CZ, dat deze gegevens in geanonimiseerde vorm ook als nulmeting wilde gebruiken voor de evaluatie van het innovatietraject in Zuidoost-Brabant. De afspraken over de dataverzameling zijn derhalve in nauw overleg met CZ en betrokkenen in Zuidoost-Brabant tot stand gekomen. In regio Zuidoost-Brabant hebben 4 ziekenhuizen (Elkerliek Ziekenhuis, Catherina Ziekenhuis Eindhoven, St. Anna Ziekenhuis, Maxima Medisch Centrum) en 4 verloskundige praktijken (Verloskundigenpraktijk Deurne, Verloskundigen Praktijk Natal, Verloskundigen praktijk Beek en Donk, Verloskundige groepspraktijk Helmond) vrouwen voor het onderzoek geworven, zowel antenataal als postnataal zonder verdere restricties. Van 4 december 2012 tot en met 14 februari 2013 zijn de e-mail adressen verzameld en ingevoerd in LimeSurvey.

4. RESULTATEN PSYCHOMETRISCHE STUDIE REPROQ VERSIE 1

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de studie naar de psychometrische eigenschappen van de ReproQ. Leidraad voor de opbouw en inhoud van dit hoofdstuk zijn enerzijds het CQ-handboek, en anderzijds de methoden die door ons in navolging van de WHO zijn ontwikkeld bij een eerdere uitgebreide versie van de ReproQ die in het Geboortecentrum Sophia is afgenomen.

Deze studie beschikte voor de primaire psychometrische analyses over gegevens van zwangere en bevallen vrouwen uit 4 regio's.

Paragraaf 4.1 beschrijft aspecten van de studiepopulatie en de respons. Als eerste (4.1.1.) beschrijven we de non-respons omdat zowel de vraag naar absolute participatie als de mate van eventuele selectieve respons voor de interpretatie van belang is. Bij een lage participatie moet niet alleen naar de vragenlijst maar ook naar de procedure als geheel worden gekeken. Daarna beschrijven we (4.1.2) de zgn. bruikbare respons, dat wil zeggen de antwoorden van vrouwen die de vragenlijst voldoende compleet hebben ingevuld. Dit koppelt meer terug op de vragenlijst zelf. Daarna volgt informatie over de invultijd (4.1.3) en antwoordtermijn (4.1.4). Het onderscheid tussen vrouwen die niet aan de vragenlijst beginnen en vrouwen die tijdens het invullen van de vragenlijst stoppen is belangrijk: in ieder geval moet bevorderd worden dat cliënten die starten met antwoorden later in de vragenlijst afhaken. Sectie 4.1.5 beschrijft de algemene populatiekenmerken, informatie die van belang is voor de bepaling van de representativiteit van de deelnemers (4.1.6.), die hier nadrukkelijk is onderzocht.

Paragraaf 4.2 bespreekt de analyse van de missende waarden van de overige vragen en gaat nader in op de PROMs. Daaronder ook een eerste validatie. Vanaf paragraaf 4.3 volgt de inhoudsanalyse van de bruikbare respons van de ReproQ, waarbij de afzonderlijke items worden onderzocht, inclusief een analyse van de missende waarden.

Paragraaf 4.4 bespreekt de resultaten van de ReproQ indien de antwoorden per domein bijeen worden gevoegd. Het eerste deel is rapportage van de antwoorden waarbij de standaard aanpak volgens het CQ-handboek wordt gevolgd. Het tweede deel van deze paragraaf toont een selectie van resultaten uit het onderzoek naar de achteraf gevonden samenhang tussen de antwoorden: de vraag staat daar centraal of de vooraf gedefinieerde groepering van de vragen in domeinen ook achteraf in de antwoordpatronen is terug te vinden. Die verwachting is overigens minder groot voor domeinen waarin feitelijk vaststaat dat zorgactoren heterogeen zijn in gedrag/actie/eigenschappen: snelle toegang tot een parkeerplaats, korte loopafstand van openbaar vervoer naar de ingang, snel opnemen van de telefoon, en snel een afspraak kunnen regelen zijn allemaal onderdelen van snelle toegang, maar feitelijk hangen deze zaken vaak niet samen binnen 1 setting. Niettemin is deze analyse van belang omdat - los van de absolute grootte van de samenhang - het wel wenselijk is dat enige samenhang bestaat tussen domein dimensie omdat dat de 'ruis' van de totaal score van een domein wat kleiner maakt.

Paragraaf 4.5 geeft resultaten na het bijeenvoegen van alle domeinscores tot een overall score. De voorwaarde (die is onderzocht) is dat het gewicht dat men geeft aan ieder domein niet sterk van

elkaar verschilt. Het is bekend dat het moeilijk is om cliënt-ervaringen die men met een vragenlijst meet te valideren: het is niet meten zoals men bloeddruk of temperatuur meet.

Paragraaf 4.6 gaat in op de feedback die vrouwen hebben opgeschreven op de papieren versies van de vragenlijst.

Paragraaf 4.7 gaat in op de consultatie van experts met betrekking tot de moeilijk bereikbare groepen. In paragraaf 4.8 worden enkele vergelijkingen van ReproQ scores gemaakt waarbij vooraf een indicatie bestaat over verschillen die men moet aantreffen. Misschien wel de belangrijkste vergelijking is die van de berekende overall ReproQ score met een antwoord op een directe vraag naar het overall oordeel.

4.1. Respons vragenlijstniveau en studiepopulatie

4.1.1. Respons

In tabel 4.1.1.1. en 4.1.1.2. is de respons op de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek weergegeven, uitgesplitst naar de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst. De gegevens in de tabel zijn als volgt te interpreteren. Voor de antenatale ReproQ zijn er in totaal 605 uitnodigingen verstuurd: 542 per e-mail en 63 per post. 232 vrouwen hebben de vragenlijst vervolgens niet ingevuld, waardoor de bruto respons 65% is. Van alle vrouwen die wel hebben gereageerd hebben 245 vrouwen niet alle domeinvragen ingevuld, 106 vrouwen hebben dit wel gedaan waardoor de complete respons 27% is. De bruikbare respons is hoger (zie 4.1.2.)

Voor de postnatale ReproQ zijn er in totaal 882 uitnodigingen verstuurd: 810 per e-mail en 72 per post. 422 vrouwen hebben de vragenlijst niet ingevuld. Van alle vrouwen die wel hebben gereageerd hebben 52 vrouwen niet alle domeinvragen ingevuld, 381 vrouwen hebben dit wel gedaan. Dat betekent dat in totaal 55% van de vrouwen die een uitnodiging hebben ontvangen, ook hebben gereageerd. 79% van alle vrouwen die een uitnodiging kregen hebben alle domeinvragen ingevuld; relatief meer vrouwen ten opzichte van de antenatale versie hebben deze versie incompleet ingevuld.

TABEL 4.1.1.1. Nonrespons ReproQ, uitsplitst naar de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst (n=605; n=882)

	Uitgenodigd			non-respons			response			% respons
	e-mail	post	totaal	e-mail	post	totaal	e-mail	post	totaal	
antenataal	542	63	605	191	41	232	374	22	396	65%
postnataal	810	72	882	377	45	422	456	27	483	55%

Legenda

non-respons aantal vrouwen dat niet heeft gereageerd, ook niet na het ontvangen van een herinnering
respons aantal vrouwen dat heeft gereageerd, ongeacht de kwaliteit van de respons

TABEL 4.1.1.2. Kwaliteit van respons, uitsplitst naar de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst (n=605; n=882)

	totaal	onvolledig	volledig	% volledig
antenataal	396	245	106	27%
postnataal	483	52	381	79%

Legenda

onvolledig minder dan 100% van de domeinvragen beantwoord

volledig 100% van de domeinvragen beantwoord

4.1.2. Selecteren van de bruikbare records

Voordat de daadwerkelijke analyses werden uitgevoerd, is een aantal vrouwen geëxcludeerd. Vrouwen werden geëxcludeerd die aan een van de volgende criteria voldoen. Door deze criteria ontstaat een dataset die voor alle analyses gebruikt kan worden, met onderling vergelijkbare tabellen. Een vrouw werd geëxcludeerd als er 1) minder dan 5 vragen van de hele lijst zijn ingevuld; 2) minder dan 50% van de sleutelvragen (term uit CQ-handboek: ervaringsvragen plus enkele sociaal-demografische variabelen) is ingevuld; 3) in 2 of meer domeinen >50% van de ervaringsvragen niet is ingevuld, 4) wanneer in alle domeinen gezamenlijk >25% van de ervaringsvragen ontbreekt, en 5) wanneer minder dan 2 van de volgende niet- ervaringsvragen die wel noodzakelijk zijn voor de primaire tabellen uit dit rapport zijn beantwoord: a) ervaren uitkomst voor moeder en kind (alleen bevallen vrouwen), b) opname moeder en kind (alleen bevallen vrouwen), c) zorgprocesvragen, d) herkomst van de moeder, e) opleidingsniveau van de moeder.

In tabel 4.1.2. is het geëxcludeerd aantal vrouwen weergegeven. In de kolommen staat het aantal vrouwen dat word geëxcludeerd op basis van elk criterium afzonderlijk; het aantal vrouwen dat wordt geëxcludeerd wanneer alle exclusiecriteria tegelijkertijd worden toegepast en het aantal vrouwen dat wordt geïncludeerd.

Op basis van de hierboven beschreven criteria worden voor de antenatale ReproQ 45 van de 396 vrouwen geëxcludeerd (11,4%); bij de postnatale ReproQ worden 50 van de 483 vrouwen geëxcludeerd (10,4%) .

TABEL 4.1.2. Excluderen van de records, uitgesplitst voor de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst (n=396; n=483)

	excl C1	excl C2	excl C3	excl C4	excl 5	excl C1-C5	incl	totaal
antenataal	4	37	45	29	4	45	351	396
postnataal	0	32	50	23	4	50	433	483

Legenda

excl C1	n met minder dan 5 vragen ingevuld
excl C2	n met minder dan 50% van de sleutelvragen ingevuld
excl C3	n met 2 of meer domeinen >50% missing hebben
excl C4	n met in alle domeinvragen >25% missing hebben
excl C5	n met minder dan 2 vragen hebben beantwoord mbt sociodemo/zorg info
excl C1-C5	n die aan C1 t/m C5 voldoen
incl	n die aan geen enkel exclusiecriteria voldoen (inclusie)

4.1.3. Invulduur

In tabel 4.1.3 is de invulduur van de ReproQ weergegeven, uitgesplitst naar de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst. Allereerst is de gemiddelde invultijd weergegeven, met bijbehorende standaarddeviatie en 95%-betrouwbaarheidsinterval. Daarnaast is ook de mediaan (de middelste waarde) weergegeven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het invullen van zowel de antenatale, als de postnatale ReproQ ongeveer 15 minuten duurt met een beperkte spreiding.

TABEL 4.1.3. Digitaal gemeten invulduur van de ReproQ. Gemiddelde in minuten, met standaard deviatie uitgesplitst naar de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst (n=32; n=16)

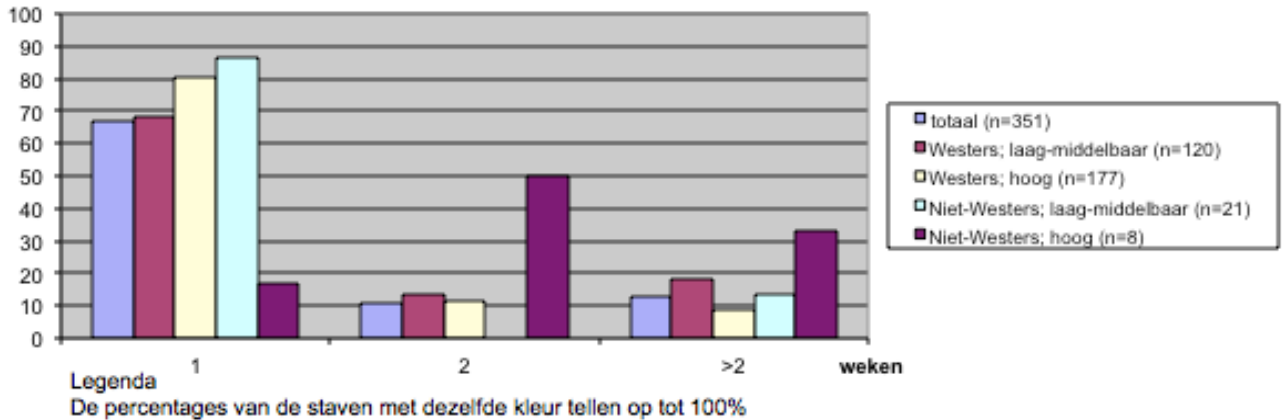
	gem	sd	95%-betrouwbaarheid		mediaan
antenataal	16	2	11	21	12
postnataal	14	1	11	17	13

4.1.4. Antwoordtermijn

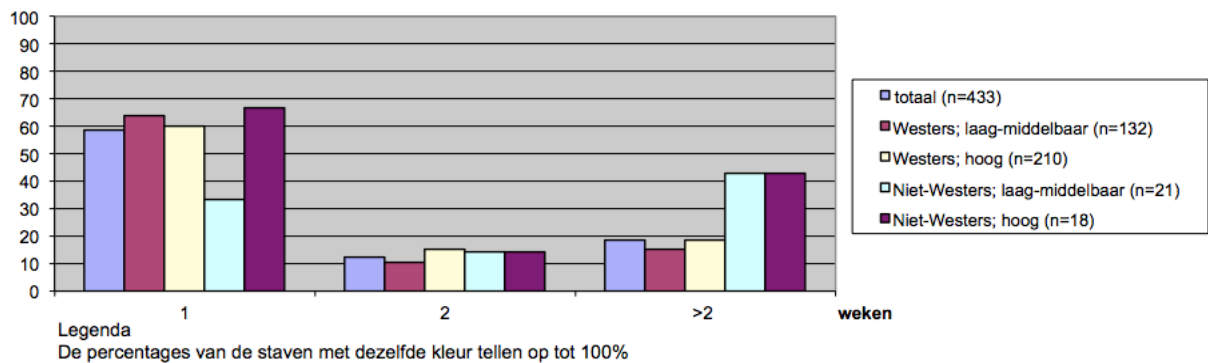
In de figuren 4.1.4.1 en 4.1.4.2 is de termijn weergegeven waarop de vrouwen reageerden nadat ze een uitnodiging hadden ontvangen. Hierbij zijn de resultaten weergegeven voor alle vrouwen, en uitgesplitst naar etniciteit in combinatie met opleidingsniveau.

Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd dat 67% van de zwangere vrouwen de vragenlijst binnen een week invult. Bij de postnatale lijst vulden 58% van de vrouwen de vragenlijst binnen een week in. Daarnaast blijkt dat de niet-westerse vrouwen de vragenlijst later invullen dan westerse vrouwen, al moet hier rekening worden gehouden met de lage aantallen in enkele categorieën (zie tabellen 4.1.4.1. en 4.1.4.2.).

TABEL 4.1.4.1. ReproQ-antenataal. Antwoordtermijn in drie groepen (1 week, 2 weken, meer dan 2 weken), uitgesplitst naar etniciteit in combinatie met opleidingsniveau



TABEL 4.1.4.2. ReproQ-postnataal. Antwoordtermijn in drie groepen (1 week, 2 weken, meer dan 2 weken) uitgesplitst naar etniciteit in combinatie met opleidingsniveau



4.1.5. Karakteristieken studiepopulatie

In tabel 4.1.5. zijn de karakteristieken van de van de antenatale en postnatale studiepopulatie weergegeven. De belangrijkste resultaten voor de antenatale ReproQ zijn, dat 5,4% van de vrouwen 36 jaar of ouder is; 0,3% laag opgeleide westerse vrouwen die vragenlijst hebben ingevuld; in totaal 8,5% niet westerse vrouwen de ReproQ hebben ingevuld en 3,4% van de vrouwen bij de gynaecoloog en verloskundige samen op controle was.

De belangrijkste resultaten voor de postnatale ReproQ zijn, dat 5,1% van de vrouwen 36 jaar of ouder is; 1,2 laag opgeleide westerse vrouwen die vragenlijst hebben ingevuld; in totaal 9,2% niet westerse vrouwen de ReproQ hebben ingevuld; en het percentage vrouwen dat problemen ervoer met hun eigen gezondheid of met de gezondheid van de baby lager is dan percentage vrouwen en baby's dat is opgenomen. Deze resultaten zijn sterk suggestief voor ondervertegenwoordiging van vrouwen van allochtone afkomst of met een lage sociaaleconomische positie.

TABEL 4.1.5. Karakteristieken van de 2 studiepopulaties psychometrische fase ReproQ-studie (n=351; n=433)

Karakteristieken	Antenataal		Postnataal	
	n	%	n	%
<i>Leeftijd</i>				
<=25	111	31,6	127	29,3
26-30	132	37,6	180	41,6
31-35	74	21,1	70	16,2
>=36	15	4,3	22	5,1
missing	19	5,4	34	7,9
<i>Pariteit</i>				
0	180	51,3	204	47,1
>=1	159	45,3	213	49,2
missing	12	3,4	16	3,7
<i>Opleiding&afk.comst</i>				
westers & laag opgeleid	1	0,3	5	1,2
westers & middelbaar opgeleid	119	33,9	127	29,3
westers & hoog opgeleid	177	50,4	210	48,5
westers & opleiding in het buitenland	0	0,0	1	0,2
niet westers & laag opgeleid	1	0,3	0	0,0
niet-westers & middelbaar opgeleid	20	5,7	21	4,8
niet-westers & hoog opgeleid	8	2,3	18	4,2
niet-westers & opleiding in het buitenland	1	0,3	1	0,2
missing	24	6,8	50	11,5
<i>Zorgproces</i>				
eerste lijn	151	43,0	135	31,1
tweede lijn	82	23,4	181	41,8
gynaecoloog en verloskundige samen verwezen	13	3,7	-	-
Missing	103	29,3	114	26,3
Missing	2	0,6	3	0,7
<i>Gerapporteerde uitkomst</i>				
problemen gezondheid baby	n.v.t.		66	15,2
missing			2	0,5
opname baby	n.v.t.		120	27,7
missing			0	0,0
problemen gezondheid moeder	n.v.t.		188	43,4
missing			1	0,2
opname moeder	n.v.t.		271	62,6
missing			2	0,5
slechte uitkomst	n.v.t.		36	8,3
missing			14	3,2

4.1.6. Representativiteit

In de tabellen 4.1.6.1. en 4.1.6.2. worden de karakteristieken van de vrouwen die hebben deelgenomen aan het onderzoek vergeleken met de karakteristieken van de vrouwen die niet hebben deelgenomen. Daarvoor is op de afnamelocaties aan de hand van spreekuurroosters, afspraakschema's e.d. vastgesteld wie feitelijk op de lokatie voor controle is geweest, en wie onder hen al dan niet een ReproQ heeft ingevuld. Dit bewerkelijke onderzoek is alleen gedaan voor de vrouwen die zorg ontvangen in het Universitair Medisch Centrum Utrecht en in Rotterdam waar

overigens weinig mogelijkheden bestonden de achtergrondkenmerken te achterhalen van de non-responders.

Zowel bij de antenatale (A) als de postnatale (P) ReproQ ligt het percentage niet-westerse vrouwen en vrouwen dat verwezen is, ligt in de totale populatie van het UMC Utrecht hoger dan in de studiepopulatie (A:8,8-23,9; P:3,7-23,9). De overige kenmerken zijn minder afwijkend van elkaar.

In Rotterdam is het contrast naar etniciteit minder groot.

TABEL 4.1.6.1.1. ReproQ-antenataal. Representativiteit de deelnemende vrouwen tov de totale populatie in Utrecht (n=80; n=163)

Karakteristieken	deelname (%)	geen deelname (%)
<i>Leeftijd</i>		
<=25	2,5	10,4
26-30	16,3	25,2
31-35	45,0	35,6
>=36	35,0	28,8
missing	1,3	0,0
<i>Pariteit</i>	48,8	41,7
0	50,0	57,7
>=1	1,3	0,6
missing		
<i>Afkomst</i>		
niet-westers	8,8	23,9
missing	1,3	1,8
<i>Sterfte eerder kind</i>		
ja	7,5	4,9
missing	1,3	8,6
<i>Zorgproces</i>		
eerste lijn	40,0	13,5
tweede lijn	27,5	11,0
gynaecoloog en verloskundige samen	2,5	0,0
verwezen	30,0	75,5
missing	0,0	0,0

TABEL 4.1.6.1.2. ReproQ-antenataal. Representativiteit de deelnemende vrouwen tov de totale populatie in Rotterdam (n=34; n=1509)

Karakteristieken	deelname (%)	geen deelname (%)
<i>Leeftijd</i>		
<=25	14,7	3,4
26-30	20,6	4,8
31-35	44,1	6,4
>=36	17,6	2,3
missing	2,9	83,0
<i>Pariteit</i>	52,9	0,0
0	44,1	7,4
>=1	2,9	92,6
missing		
<i>Afkomst</i>		
niet-westers	35,3	59,5
missing	8,8	8,5
<i>Sterfte eerder kind</i>		
ja	11,8	0,0
missing	0,0	92,8
<i>Zorgproces</i>		
eerste lijn	5,9	30,5
tweede lijn	61,8	44,9
gynaecoloog en verloskundige samen	2,9	0,0
verwezen	29,4	21,6
missing	0,0	3,0

TABEL 4.1.6.2.1. ReproQ-postnataal. Representativiteit de deelnemende vrouwen tov de totale populatie in Utrecht (n=107; n=163)

Karakteristieken	deelname (%)	geen deelname (%)
<i>Leeftijd</i>		
<=25	3,7	10,4
26-30	26,2	25,2
31-35	48,6	35,6
>=36	21,5	28,8
missing	0,0	0,0
<i>Pariteit</i>	54,1	41,7
0	43,1	57,7
>=1	2,8	0,6
missing		
<i>Afkomst</i>		
niet-westers	3,7	23,9
missing	10,1	1,8
<i>Sterfte eerder kind</i>		
ja	5,5	4,9
missing	0,9	8,6
<i>Zorgproces</i>		
eerste lijn	28,4	13,5
tweede lijn	43,1	11,0
verwezen	28,4	75,5
missing	0,0	0,0

TABEL 4.1.6.2.2. ReproQ-postnataal. Representativiteit de deelnemende vrouwen tov de totale populatie in Rotterdam (n=87; n=1507)

Karakteristieken	deelname (%)	geen deelname (%)
<i>Leeftijd</i>		
<=25	9,2	3,4
26-30	29,9	4,8
31-35	37,9	6,4
>=36	19,5	2,3
missing	3,4	83,0
<i>Pariteit</i>	56,3	0,0
0	43,7	7,4
>=1	0,0	92,6
missing		
<i>Afkomst</i>		
niet-westers	25,3	59,5
missing	18,4	8,5
<i>Sterfte eerder kind</i>		
ja	2,3	0,0
missing	0,0	92,8
<i>Zorgproces</i>		
eerste lijn	35,6	30,5
tweede lijn	43,7	44,9
verwezen	18,4	21,6
missing	2,3	3,0

4.2. Analyses niet-ervaringsvragen en PROMs

4.2.1. Respons niet-ervaringsvragen

Tabel 4.2.1. geeft weer welk percentage vrouwen de niet-domeinvragen niet hebben ingevuld, terwijl ze deze vraag wel konden invullen. Bij de antenatale ReproQ heeft meer van 4% van de vrouwen de sociaal-demografische kenmerken niet ingevuld. Bij de postnatale ReproQ heeft meer dan 4% van de vrouwen, de items 56a (voorbereiding op de bevalling) 59-61 (weging en totaalwaardering van de zorg) en de sociaal-demografische kenmerken niet ingevuld.

TABEL 4.2.1. ReproQ-antenataal.
Niet ingevulde niet-domeinvragen ('missing') (n=351)

Item	missing (%)
1 eerste controle	0,3
2 controle t/m nu (gyn)	0,0
3 controle t/m nu (vk)	0,3
4 meeste controles	0,0
5 opname ziekenhuis	0,3
6 bezoek huisarts	0,3
38 voorbereiding bevalling	1,7
39 geholpen verschillende zorgverleners	2,8
40 onder behandeling ziekenhuis	1,7
41 kwaliteit van de zorg	0,0
42 weging - meest belangrijk	2,8
43 weging - minst belangrijk	3,4
44 overall experience	2,8
45 pariteit	3,4
46 miskraam	2,6
47 abortus	3,7
48 dood kindje	3,7
49 bewuste keuze	2,8
50 geboortejaar	0,0
52 opleiding	5,1
53 aantal jaar opleiding	0,0
54 relatie met vader	4,8
55a etniciteit moeder	4,6
55b etniciteit vader	8,0
56 regio	4,3

Legenda
Missing is vraag niet ingevuld

TABEL 4.2.2. ReproQ-postnataal.
Niet ingevulde niet-domeinvragen ('missing') (n=433)

Item	missing (%)
1 plaats geboorte	0,2
2 verwachte plaats geboorte	0,7
3 begin bevalling	0,0
4 leiding begin bevalling	0,5
5 spoed naar zh	0,2
6 krijgen pijnbehandeling	0,9
7 manier bevallen	0,0
8 problemen baby	0,5
9 opname baby	0,0
10 problemen moeder	0,2
11 opname moeder	0,5
12 aantal dagen kraamzorg	0,5
53 keuze kraamzorg	3,0
54 kennen zorgverleners bevalling	1,6
55 zorg op plaats gewenst	2,1
56a voorbereiding op borstvoeding	4,6
56b voorbereiding op kraamperiode	1,8
57 eerder behandeling ziekenhuis	3,0
58 kwaliteit van de zorg	0,0
59 Weging - meest belangrijk	4,2
60 Weging - minst belangrijk	4,8
61 overall experience	4,2
62 pariteit	3,7
63 miskraam	2,3
64 abortus	3,5
65 dood kindje	3,0
66 bewuste keuze	2,5
67 geboortejaar	5,1
69 opleiding	4,2
70 aantal jaar opleiding	0,0
71 relatie met vader	4,4
72a etniciteit moeder	4,4
72b etniciteit vader	4,4
73 regio	4,2

Legenda
Missing is vraag niet ingevuld

4.2.2.Kruistabellen PROMs

In de vragenlijst worden 2x2 vragen gesteld met betrekking tot de ervaren uitkomsten voor de moeder en het kind. Hieronder zijn de resultaten van deze vragen tegen elkaar uitgezet.

4.2.2.1. Kruistabel opname en ervaren problemen moeder

In tabel 4.2.2.1. is de samenhang bepaald van de ervaren problemen met de gezondheid van de moeder en de eventuele opname van de moeder. Hieruit blijkt dat er sterke samenhang is tussen de ervaren problemen en de opname in verband met de eigen gezondheid van de moeder.

TABEL 4.2.2.1. Samenhang ervaren problemen met de gezondheid van de moeder en opname van de moeder (n=430)

	geen opname ivm eigen gezondheid moeder	opname ivm eigen gezondheid moeder
geen problemen	159	84
wel problemen	59	128

4.2.2.2. Kruistabel opname en ervaren problemen baby

In tabel 4.2.2. is de samenhang bepaald van de ervaren problemen met de gezondheid van de baby en de eventuele opname van de baby. Hieruit blijkt dat er samenhang is tussen de ervaren problemen met de gezondheid van de baby en de opname van de baby.

TABEL 4.2.2.2. Samenhang ervaren problemen met de gezondheid van de baby en opname van de baby (n=430)

	geen opname ivm eigen gezondheid baby	opname ivm eigen gezondheid baby
geen problemen	294	71
wel problemen	18	46

4.3. Analyse afzonderlijke ervaringsvragen ReproQ

Deze paragraaf bespreekt de antwoorden op de afzonderlijke items, waarbij in feite voor ieder item sprake is van 4 datasets: antenataal voor de 1e zwangerschapscontrole, antenataal bij 28 weken, postnataal voor de bevalling, en postnataal voor de kraamperiode. In feite wordt elk item zo voor 4 onderscheiden tijdsmomenten gevraagd (een enkel item daargelaten dat specifiek aan 1 periode is gebonden).

4.3.1 Antwoorden per item

De onderstaande figuren bevatten de antwoorden per item, gepresenteerd per domein voor antenataal en postnataal afzonderlijk. De referentieperioden zijn voor de antenatale ReproQ zijn het begin en einde van de zwangerschap; voor de postnatale ReproQ zijn dat de bevalling en de kraamperiode. Dit is aangegeven over achter het itemnummer een 'a' of 'b' toe te voegen. Wanneer een item een dichotome antwoordcategorie had (ja/nee) is dit aangegeven door de letter 'D' achter het itemnummer te plaatsen. In onderstaande figuren worden alleen de antwoordcategorieën 'altijd', 'meestal', 'soms' en 'nooit' gepresenteerd. In Appendix E is een overzicht opgenomen van de antwoordrespons, waarin ook de antwoordcategorie 'n.v.t.' en het aantal missende waarden is opgenomen.

In figuur 4.3.1.1.1 t/m 4.3.1.1.8 is weergegeven de scoreverdeling voor elke afzonderlijke ervaringsvraag, en wel voor de antenatale versie met zoals gezegd 1 figuur per domein. De betreffende vraag is links kort aangeduid met een nummer (90 graden gedraaid). De toevoeging 'a' of 'b' slaat op de referentieperiode.

In figuur 4.3.1.2.1 t/m 4.3.1.2.8 zien we vergelijkbare informatie voor de postnatale periode. We bespreken ter toelichting de tweede figuur, figuur 4.3.1.1.2, over autonomie vragen in de antenatale periode. De onderste vraag betreft vraag 11a over meebeslissen bij de behandeling referentieperiode 1^e zwangerschapscontrole: zo'n 3% zegt 'nooit' (rode balkje), 7% 'soms' (oranje balkje), 22% 'meestal', de overige altijd. Andere vragen hebben andere verdelingen. De bovenste vragen 14D en 15D hebben alleen maar een ja/nee mogelijkheid

Als we alle figuren antenataal en postnataal overzien, dan ziet men dat 'nooit' (de slechtste categorie) zelden boven de 5% komt, en 'soms' zelden boven de 10%. De (eerste 4) persoonlijke domeinen geven de vrouwen aan meer positieve ervaringen te hebben gehad dan in de settingsgebonden domeinen. In figuur 4.3.1.1.1 komt 'nooit' zelfs niet voor.

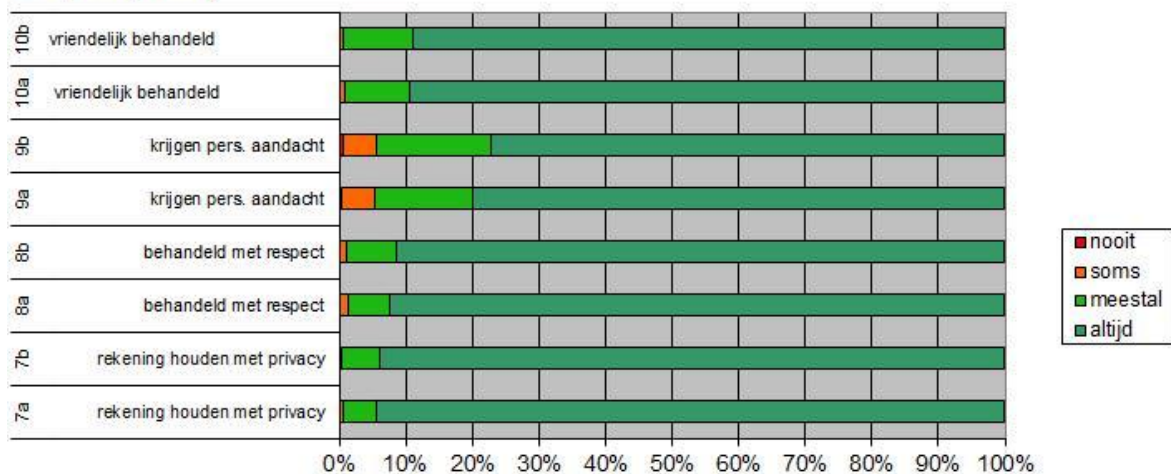
Hier bespreken we kort de uitzonderingen.

Antenataal zijn er wat betreft de referentieperiode '1e zwangerschapscontrole' 8 items waarbij 10% of meer van de vrouwen een negatieve ervaring hadden. Referentieperiode 'einde van de zwangerschap' heeft er 7. Het betreft bij elkaar genomen de items: 24, 27, 28, 29, 32, 34, 36 en 37 Bij 2 van deze

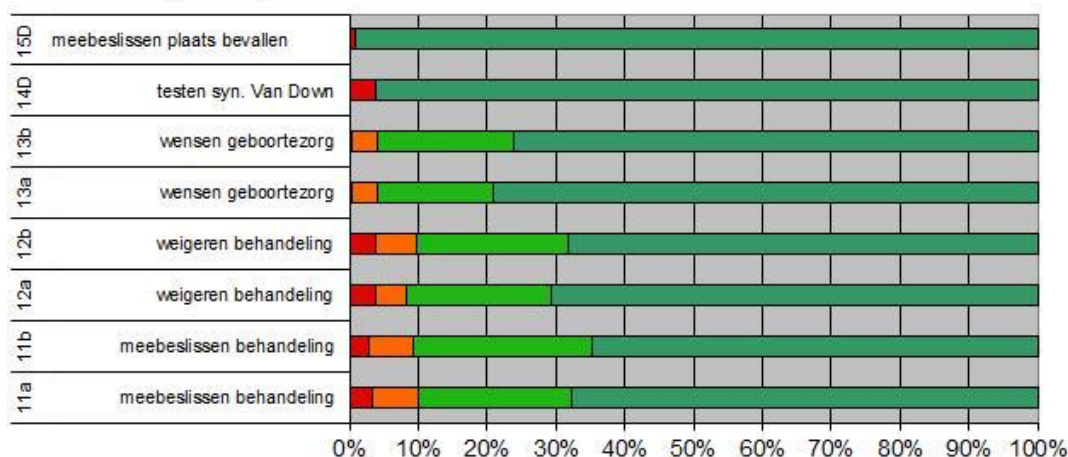
items hebben meer dan 20% van de vrouwen een negatieve ervaring (item 24 over de wachttijd : 22,5%; item 36 over de keuze van de hulpverlener die men wenst: 21,4%). Dit zijn de meest kritische beantwoorde vragen.

In de postnatale ReproQ, zijn er bij de referentieperiode 'bevalling' 10 items waarbij 10% of meer van de vrouwen een negatieve ervaring hadden. Het betreft de items:17, 18, 30, 32, 33, 38D, 39, 40, 51 en 52. Bij 3 van deze items hebben meer dan 20% van de vrouwen een negatieve ervaring (item 39: 49,4%; item 40: 34,4%, 2 facilititeit-items en item 51: 21,7%). Bij de referentieperiode 'kraamperiode' zijn 12 items waarbij 10% of meer van de vrouwen een negatieve ervaring hadden. Het betreft de items: 18, 21D, 25, 29, 42, 43, 44D, 45, 46, 49, 51 en 52. Bij 6 van deze items hebben meer dan 20% van de vrouwen een negatieve ervaring (item 21D: 36,5%; item 42: 31,6%, item 43: 31,5%; item 44D: 71,1%, item 46: 31,5% en item 51: 21,7%). Op basis van deze gegevens, in combinatie met het feit het gebruik van media en de keuze aspecten van eten betrekkelijk zinloos zijn bij een thuis bevalling, of bij een kortdurende poliklinische bevalling, zullen deze items 39 en 40 (media gebruik) en items 40 en 46 (eten) niet in de verdere analyses worden meegenomen, en uiteindelijk worden verwijderd.

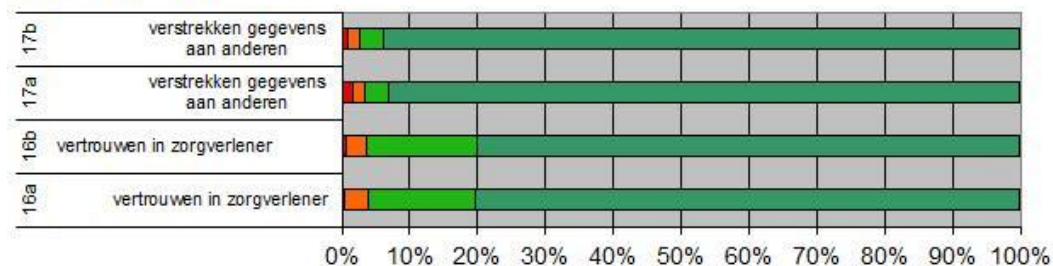
TABEL 4.3.1.1.1. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Respect (n=351)



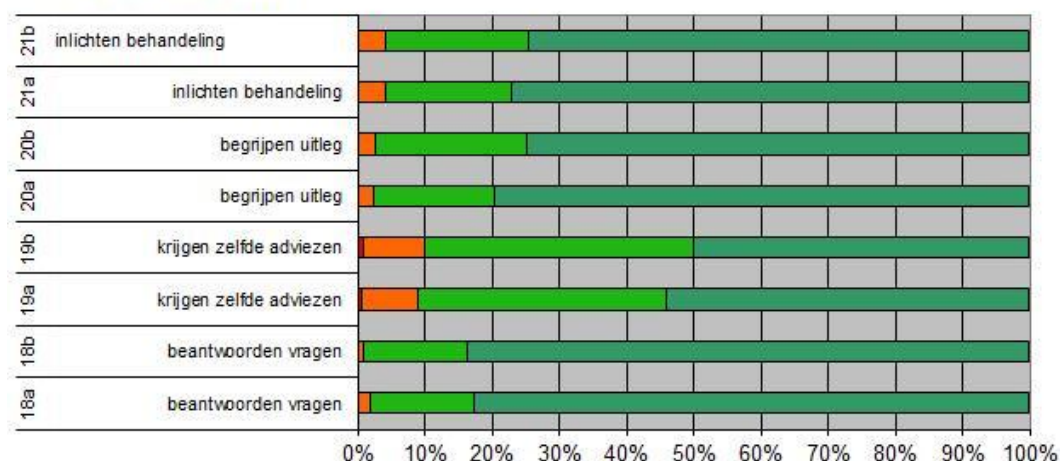
TABEL 4.3.1.1.2. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Autonomie (n=351)



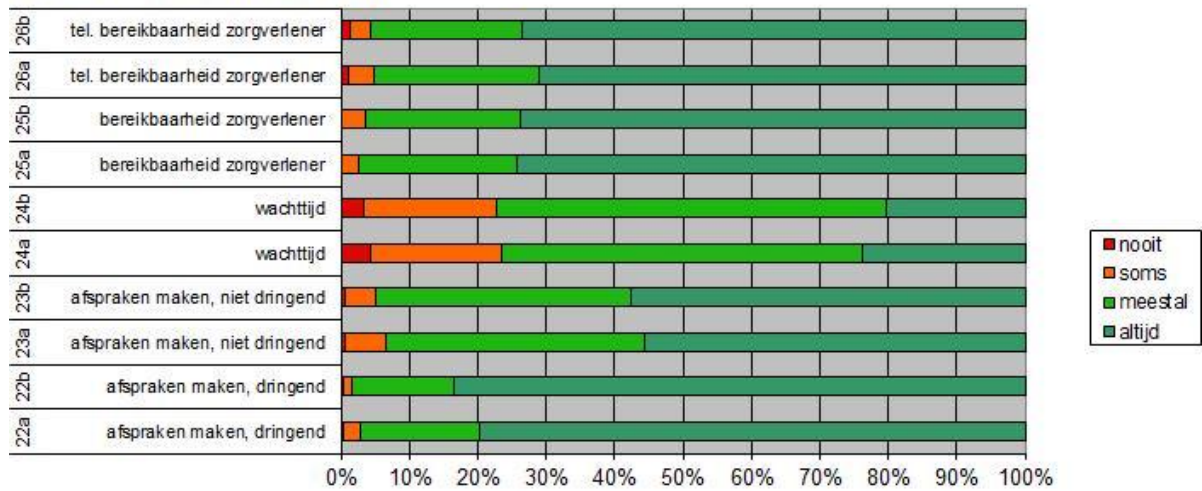
TABEL 4.3.1.1.3. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Privacy (n=351)



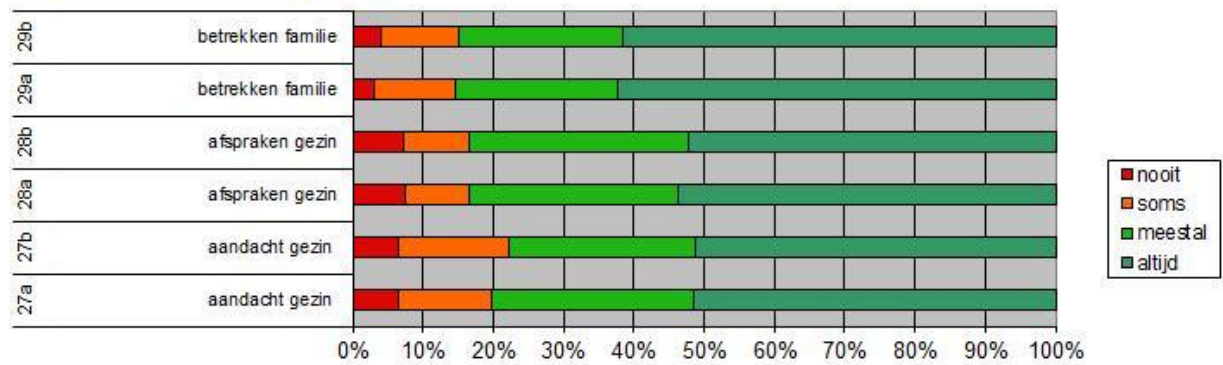
TABEL 4.3.1.1.4. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Communicatie (n=351)



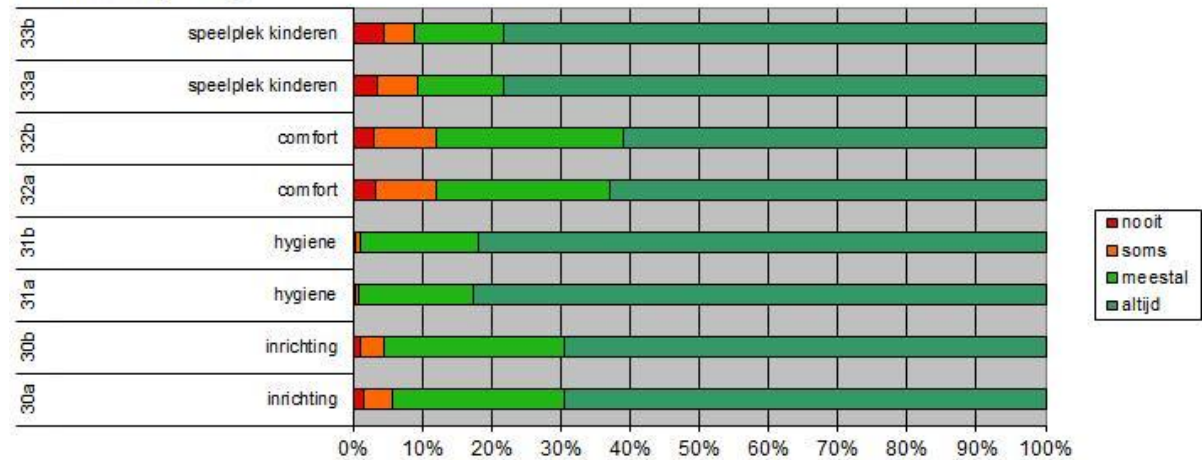
TABEL 4.3.1.1.5. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Tijd Tot Geboden Hulp (n=351)



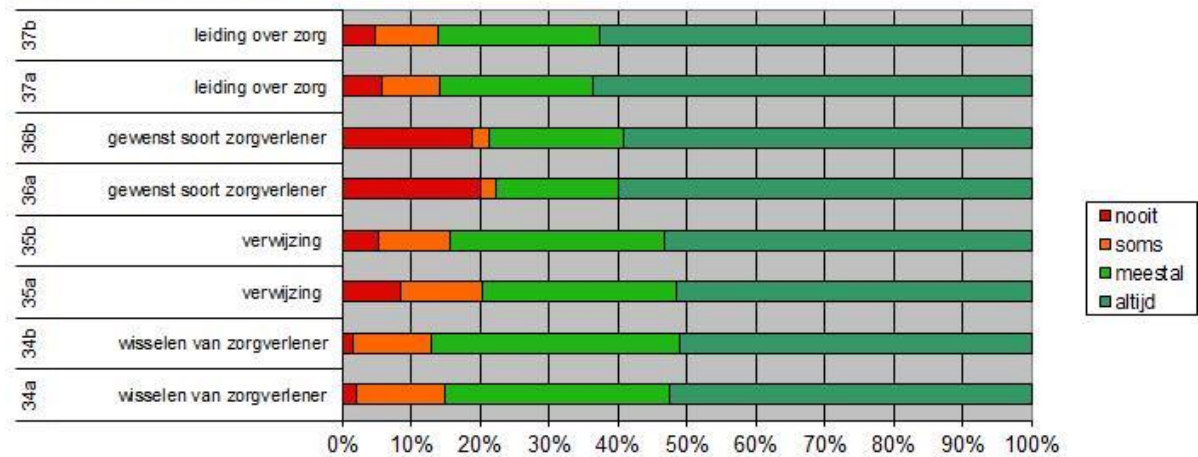
TABEL 4.3.1.1.6. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Sociale Ondersteuning (n=351)



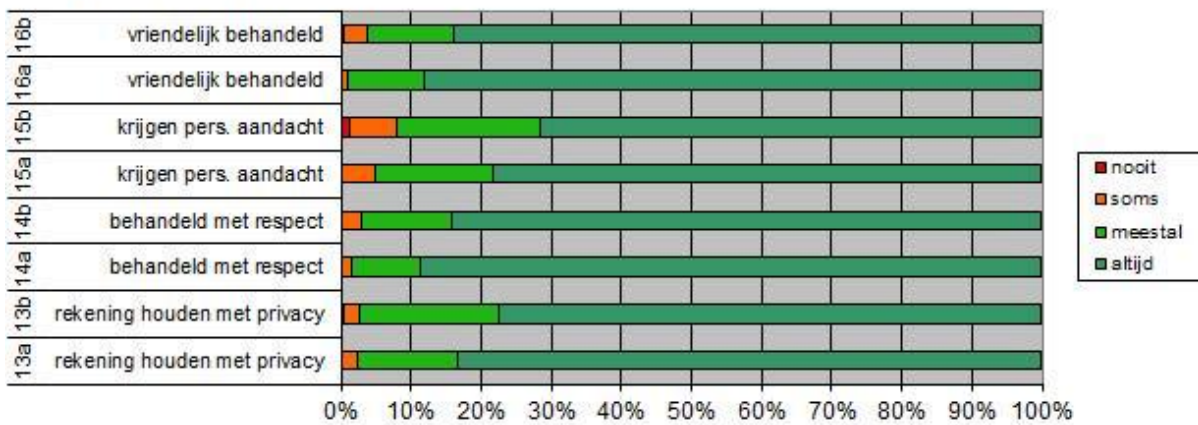
TABEL 4.3.1.1.7. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Faciliteiten (n=351)



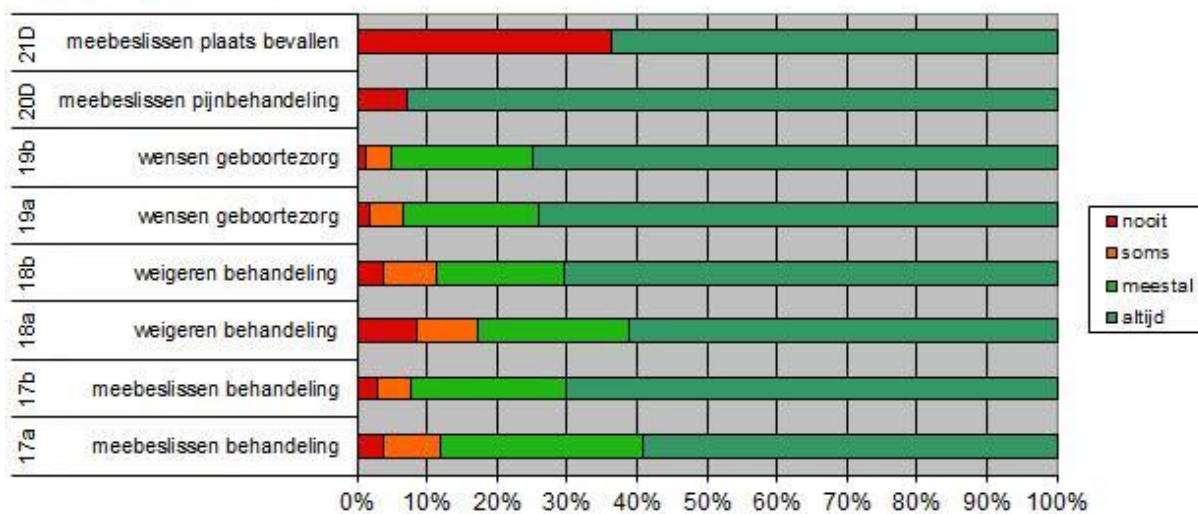
TABEL 4.3.1.1.8. ReproQ-antenataal. Antwoordresponse per item - Keuze&Continuïteit (n=351)



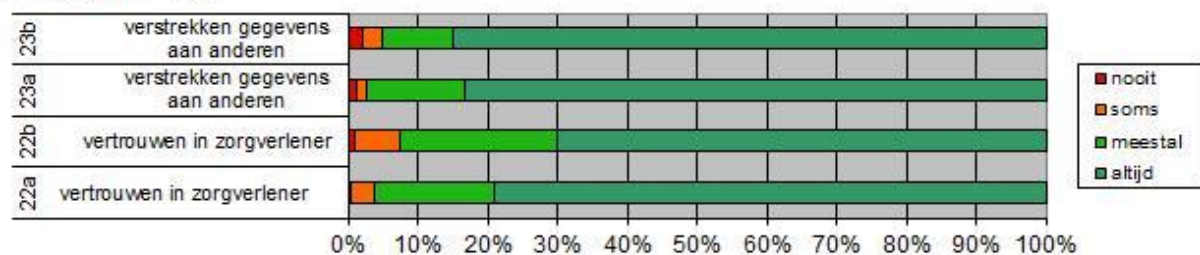
TABEL 4.3.1.2.1. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Respect (n=433)



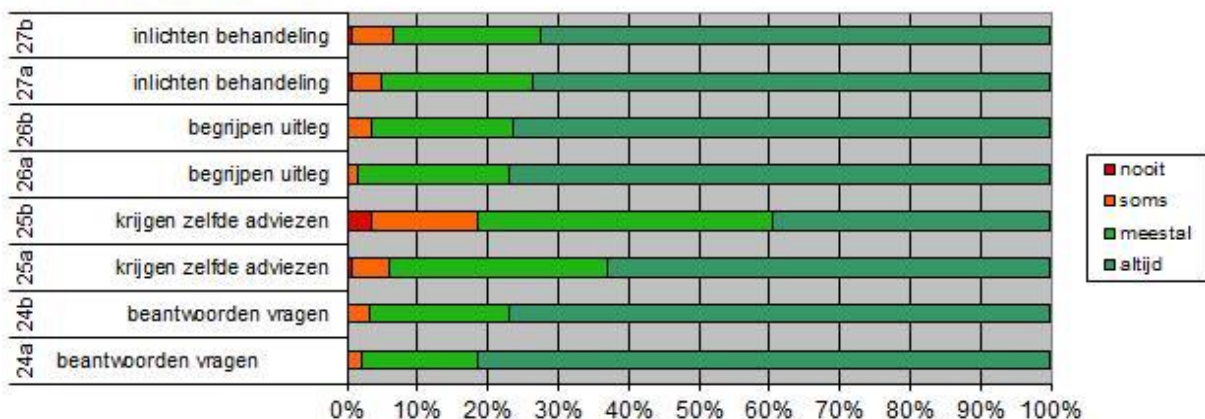
TABEL 4.3.1.2.2. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Autonomie (n=433)



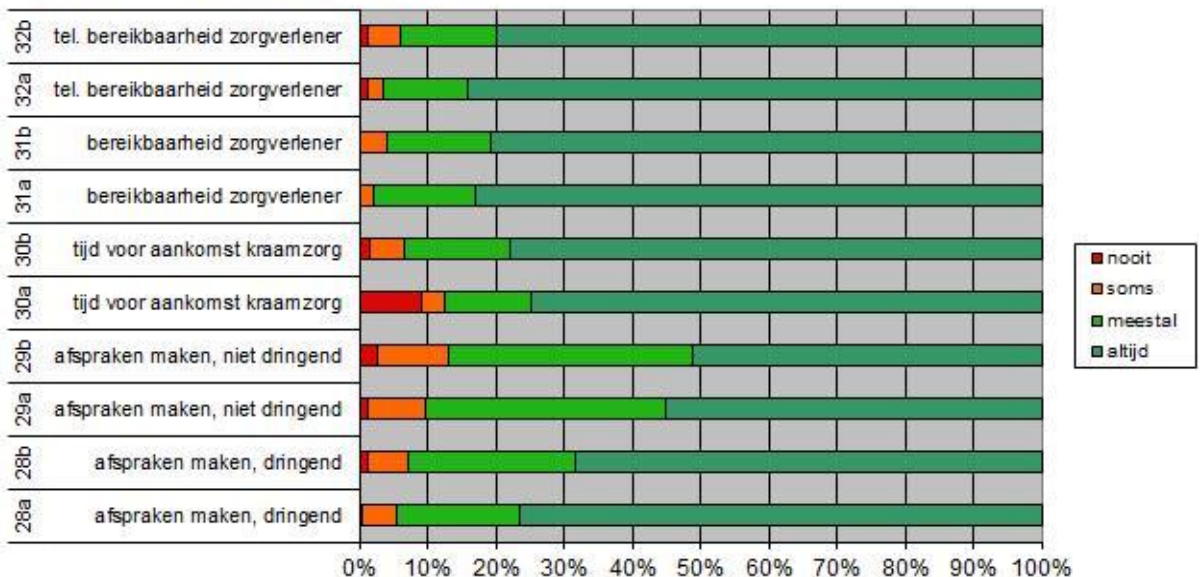
TABEL 4.3.1.2.3. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Privacy (n=433)



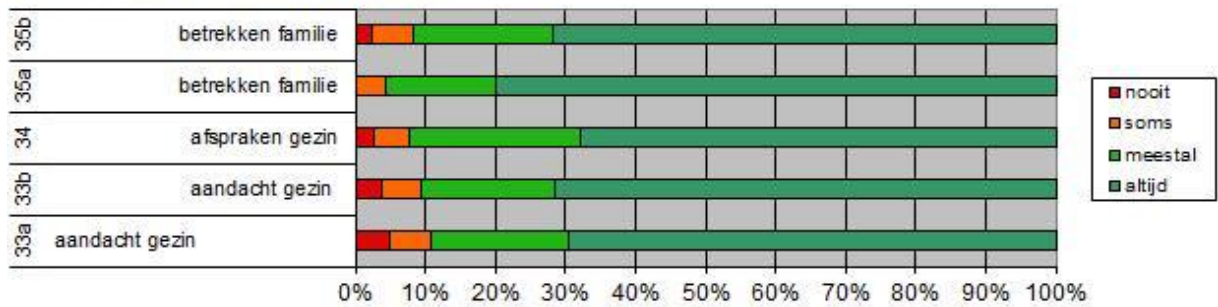
TABEL 4.3.1.2.4. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Communicatie (n=433)



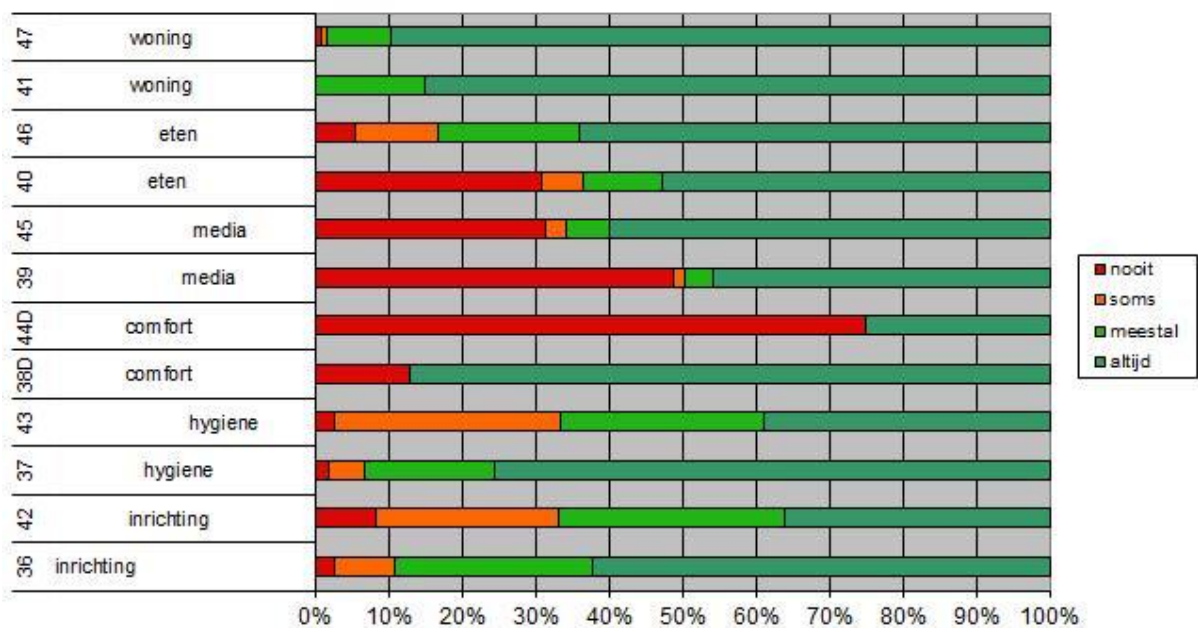
TABEL 4.3.1.2.5. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Tijd Tot Geboden Hulp (n=433)



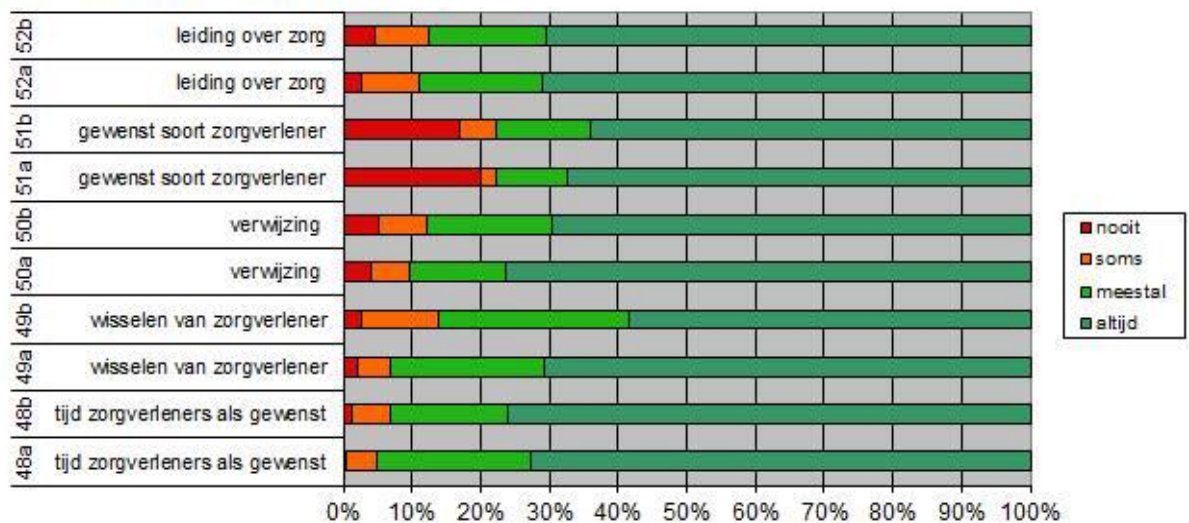
TABEL 4.3.1.2.6. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Sociale Ondersteuning (n=433)



TABEL 4.3.1.2.7. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Faciliteiten (n=433)



TABEL 4.3.1.2.8. ReproQ-postnataal. Antwoordresponse per item - Keuze&continuïteit (n=433)



4.3.2 Patronen van missende waarden op item niveau

Soms wordt een vraag niet ingevuld, terwijl dit wel gewenst is (verplicht antwoorden, d.w.z. men kan niet doorgaan met invullen als men niet antwoord geeft, is niet toegepast in deze digitale vragenlijst). Een dergelijk niet ingevuld gegeven wordt missing genoemd. Per domein is er gekeken of er een bepaald patroon zit in de vragen die de vrouwen niet invullen. In Appendix F zijn de bij deze analyse behorende tabellen opgenomen. Zowel in de antenatale, als de postnatale ReproQ zijn geen opvallende missing-patronen gevonden.

4.3.3 Samenhang tussen de twee ijkmomenten in het item

Tabel 4.3.3. geeft inzicht in de samenhang tussen de antwoorden voor de 2 referentieperioden van elke ervaringsvraag afzonderlijk, uitgesplitst voor de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst. Per item is er gekeken hoeveel vrouwen een positievere ervaring hadden met referentieperiode 'a' dan met referentieperiode 'b', bij hoeveel vrouwen dezelfde ervaring hadden bij beide referentieperioden en hoeveel vrouwen bij referentieperiode 'b' positievere ervaringen hadden dan bij referentieperiode 'a'. Het aantal vrouwen dat voor deze analyse wordt meegenomen, is per item verschillend, in verband met het aantal missende waarden en de routing. In de antenatale ReproQ zijn de antwoorden voor beide referentieperioden vrijwel gelijk. Ofwel er is weinig verschil in begin en eind van de antenatale begeleiding, ofwel de respondent maakt weinig verschil. In de postnatale ReproQ is echter wel verschil te zien tussen de ervaringen tijdens de bevalling en de kraamperiode, reden waarom het niet aannemelijk is dat er niet 2 afzonderlijke beoordelingen plaatsvinden antenataal.

Op basis van deze resultaten zullen in ieder geval de referentieperioden van de antenatale ReproQ gezamenlijk worden geanalyseerd. De referentieperioden van de postnatale ReproQ zullen steeds apart én samen worden geanalyseerd.

TABEL 4.3.3. Samenhang van de domeinvragen tussen de 2 referentieperioden; uitgesplitst voor de antenatale en postnatale versie van de vragenlijst (n=351; n=433)

Domein	Antenataal				Postnataal			
	vr	A>B	A=B	A<B	vr	A>B	A=B	A<B
Respect	7	4	367	3	13	62	360	34
	8	9	353	8	14	49	382	25
	9	23	338	11	15	83	331	43
	10	15	343	13	16	52	378	28
	11	19	329	15	17	44	305	104
Autonomie	12	16	330	7	18	28	327	88
	13	14	336	7	19	46	347	57
	14	n.v.t.			20	n.v.t.		
	15	n.v.t.			21	n.v.t.		
Privacy	16	13	336	7	22	73	347	57
	17	0	119	0	23	13	224	12
Communicatie	18	6	339	13	24	58	350	36
	19	30	314	14	25	143	282	21
	20	25	323	9	26	45	371	31
	21	21	325	12	27	66	321	63
Tijd tot o hulp	22	4	326	18	28	92	290	54
	23	5	334	16	29	93	278	68
	24	36	287	33	30	48	302	69
	25	8	341	4	31	39	373	25
	26	4	335	14	32	48	358	32
Sociale ondersteuning	27	14	323	9	33	51	306	67
	28	10	331	6	34	n.v.t.		
	29	13	327	8	35	63	322	25
Faciliteiten	30	4	336	1	36	n.v.t.		
	31	4	342	1	37	n.v.t.		
	32	16	321	8	38	n.v.t.		
	33	5	192	12	39	n.v.t.		
					40	n.v.t.		
					41	n.v.t.		
					42	n.v.t.		
					43	n.v.t.		
				44	n.v.t.			
				45	n.v.t.			
				46	n.v.t.			
				47	n.v.t.			
Keuze&continuïteit	48	59	297	65	49	59	201	21
	34	14	207	12	50	28	173	12
	35	3	109	8	51	57	313	52
	36	8	326	9	52	63	300	61
	37	18	309	16				

4.4. Analyse afzonderlijke domeinen ReproQ

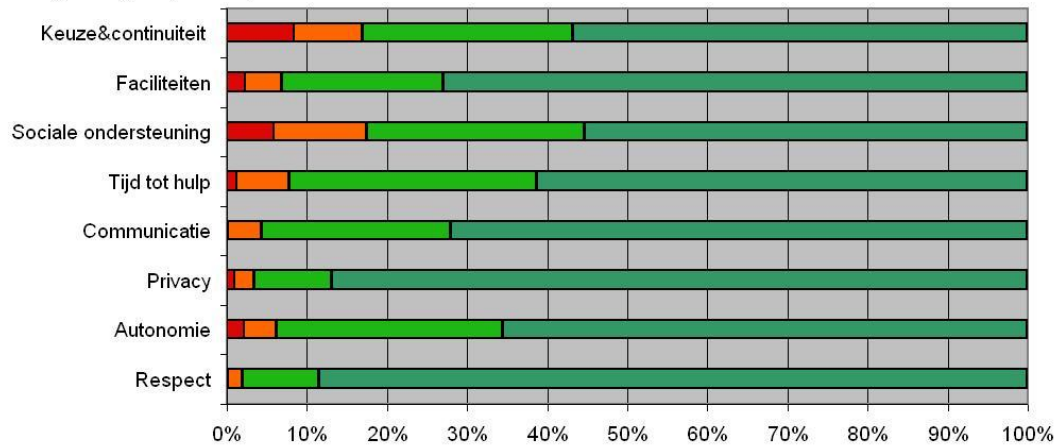
4.4.1 Gemiddelde domeinscore – ongewogen

Per domein is er een gemiddelde domeinscore berekend, voor de antenatale ReproQ en beide referentieperioden van de postnatale ReproQ. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande figuren. Gedurende de zwangerschap hadden de zwangere vrouwen de minste negatieve ervaringen binnen het domein Respect (2,0%) en de meeste negatieve ervaringen binnen de domeinen Sociale ondersteuning (17,5%) en Keuze&continuïteit (16,9%).

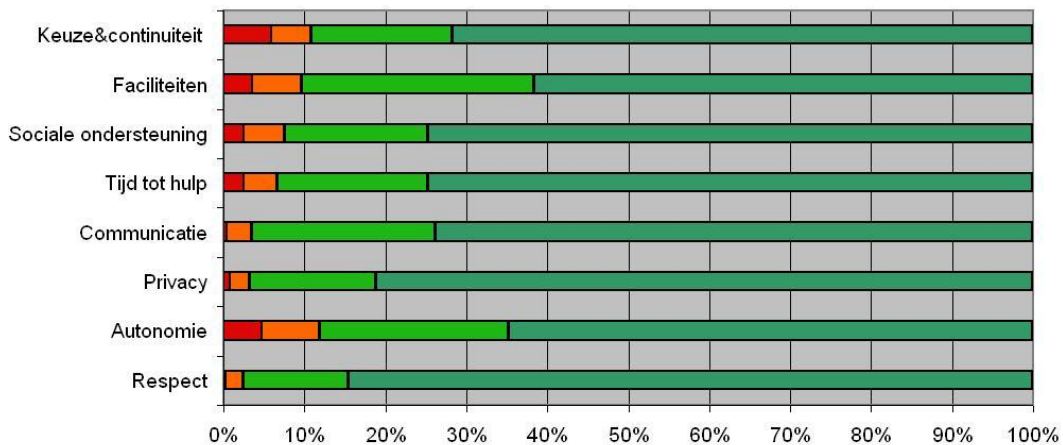
Tijdens de bevalling hadden de bevallen vrouwen de minste negatieve ervaringen binnen het domein Respect (2,5%) en de meeste negatieve ervaringen binnen de domeinen Autonomie (11,9%) en Keuze&continuïteit (10,9%).

Tijdens de kraamperiode hadden de bevallen vrouwen de minste negatieve ervaringen binnen het domein Faciliteiten (2,9%) en de meeste negatieve ervaringen binnen de domeinen Autonomie (13,6%) en Keuze&continuïteit (13,3%).

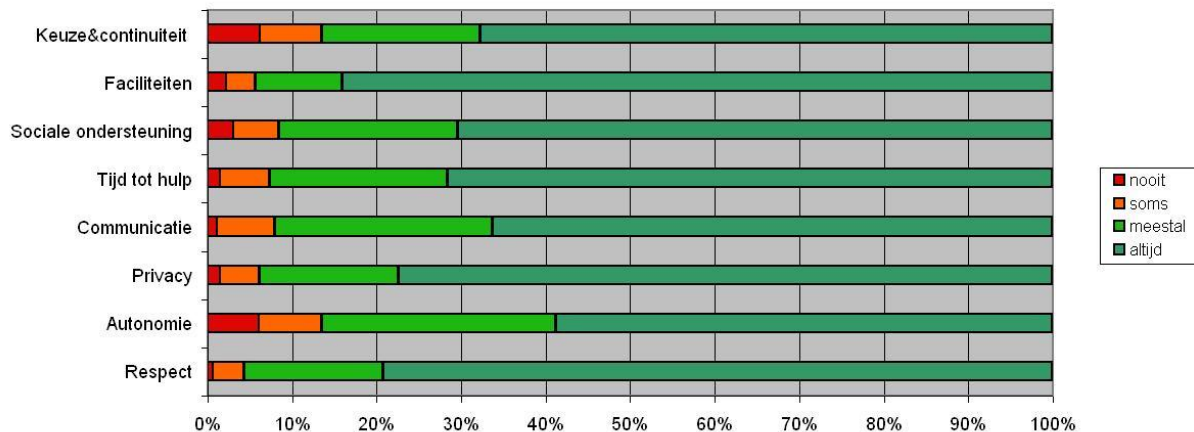
TABEL 4.4.1.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores - ongewogen (n=351)



TABEL 4.4.1.2.1. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores - ongewogen, referentieperiode: bevalling (n=433)



TABEL 4.4.1.2.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores - ongewogen, referentieperiode: kraamperiode (n=433)



4.4.2. Gemiddeld domeinscore – CQ-gewogen

De tabellen 4.4.2.1/2 tonen de gemiddelde gewogen domeinscore. Deze is als volgt berekend: aan elke antwoordcategorie is - voor iedere respondent gelijk - een 'gewicht' gehangen (nooit-1; soms-2; meestal-3; altijd-4), conform het CQI-Handboek. De gemiddelde waarde van de antwoordcategorie (zoals beschreven in de figuren van paragraaf 4.4.1.) worden vermenigvuldigd met het bijbehorende gewicht. De 4 nieuwe waarden zijn opgeteld en gedeeld door 4. De berekening ziet er, bijvoorbeeld voor het domein respect, als volgt uit: $((0,1*1)+(1,9*2)+(9,2*3)+(88,5*4))/100$ =gewogen gemiddelde. De range loopt hierbij van 1 (alle ervaringsvragen 'nooit') tot 4 (alle ervaringsvragen 'altijd'). Het cijfer zegt dus iets over de gemiddelde ervaring die de vrouwen hadden. Hoe hoger het cijfer, hoe meer positieve ervaringen de vrouwen gemiddeld hadden. Het gaat hier dus nadrukkelijk niet om een percentage van het gemiddeld aantal vrouwen dat een positieve ervaring had.

De domeinwaarden voor de antenatale ReproQ variëren tussen de 3,31 (Keuze&continuïteit) en 3,86 (Respect), wel verschillend maar geen groot verschil. Bij de postnatale ReproQ variëren de waarden van de bevalling tussen de 3,48 (Autonomie en Faciliteiten) en 3,82 (Respect). Beide kraamperiode varieert het gewogen gemiddelde tussen de 3,39 (Autonomie) en 3,74 (Respect). Later zal de analyse worden herhaald met een weging gebaseerd op basis van de gemiddelde oordelen over het belang van de domeinen, en zo mogelijk ook op basis van de individuele weging van de domeinen.

TABEL 4.4.2.1. ReproQ-antenataal.
Gemiddelde domeinscores - gewogen (n=351)

Domeinen	Zwangerschap
Respect	3,86
Autonomie	3,57
Privacy	3,83
Communicatie	3,68
Tijd tot hulp	3,52
Sociale ondersteuning	3,32
Faciliteiten	3,64
Keuze&continuïteit	3,31

Legenda
De range loopt, conform CQ-handboek, van 1-4.

TABEL 4.4.2.2. ReproQ-postnataal.
Gemiddelde domeinscores - gewogen,
uitgesplitst voor de referentieperioden (n=433)

Domeinen	Bevalling	Kraamperiode
Respect	3,82	3,74
Autonomie	3,48	3,39
Privacy	3,77	3,70
Communicatie	3,70	3,57
Tijd tot hulp	3,66	3,63
Sociale ondersteuning	3,65	3,59
Faciliteiten	3,48	3,77
Keuze&continuïteit	3,55	3,48

Legenda
De range loopt, conform CQ-handboek, van 1-4.

4.4.3. Domeinscore na dichotomisering van de respons

Per domein is bepaald of een vrouw bij alle vragen binnen een domein alleen negatieve ervaringen had (nooit&soms), alleen positieve antwoorden (meestal&altijd), of een combinatie van positieve en negatieve antwoorden na de dichotomisering van de antwoorden (nooit&soms versus meestal&altijd). Deze aanpak levert scherpere contrasten op dan met gemiddelde domeinscores.

In de onderstaande tabellen zijn de resultaten weergegeven.

Bij de antenatale ReproQ varieerde het percentage vrouwen dat alleen maar positieve ervaringen had binnen een domein tussen de 64,5% (Keuze&continuïteit) tot 94,8% (Privacy). Bij de postnatale ReproQ, referentieperiode 'bevalling', varieert dit percentage tussen de 65,8% (Keuze&continuïteit) en 93,5% (Respect). Bij de referentieperiode 'kraamperiode', varieert het percentage vrouwen dat alleen positieve antwoorden had tussen 69,7% (Keuze&continuïteit) en 97,0% (Faciliteiten).

TABEL 4.4.3.1. ReproQ-antenataal. Domeinscores, uitgesplitst voor positieve en negatieve antwoorden (n=351)

Domeinen	Negatief	Positief&negatief	Positief
Respect	0,0	5,5	94,5
Autonomie	0,0	19,8	80,2
Privacy	0,0	5,2	94,8
Communicatie	0,3	13,8	85,9
Tijd tot hulp	0,3	27,9	71,8
Sociale ondersteuning	7,8	21,2	71,0
Faciliteiten	1,0	17,9	81,1
Keuze&continuïteit	3,9	31,8	64,3

Legenda
negatief % vrouwen dat alle vragen in een domein negatief heeft beantwoord. (nooit&soms)
positief % vrouwen dat alle vragen in een domein positief heeft beantwoord. (altijd&meestal)
negatief&positief % vrouwen dat in een domein zowel positieve als negatieve antwoorden heeft gegeven.

Missing is niet meegenomen/uitgevuld tot 100%

TABEL 4.4.3.2.1. ReproQ-postnataal. Domeinscores bevalling, uitgesplitst voor positieve en negatieve antwoorden (n=433)

Bevalling Domeinen	Negatief	Positief&negatief	Positief
Respect	0,2	6,3	93,5
Autonomie	3,5	18,4	78,1
Privacy	0,4	5,7	93,9
Communicatie	0,5	9,2	90,4
Tijd tot hulp	0,2	22,4	77,3
Sociale ondersteuning	3,4	8,0	88,5
Faciliteiten	1,9	19,5	78,6
Keuze&continuïteit	2,3	32,0	65,8

Legenda

negatief	% vrouwen dat alle vragen in een domein negatief heeft beantwoord. (nooit&soms)
positief	% vrouwen dat alle vragen in een domein positief heeft beantwoord. (altijd&meestal)
negatief&positief	% vrouwen dat in een domein zowel positieve als negatieve antwoorden heeft gegeven.

Missing is niet meegenomen/uitgevuld tot 100%

TABEL 4.4.3.2.2. ReproQ-postnataal. Domeinscores kraamperiode uitgesplitst voor positieve en negatieve antwoorden (n=433)

Kraamperiode Domeinen	Negatief	Positief&negatief	Positief
Respect	0,7	9,2	90,1
Autonomie	0,0	10,0	90,0
Privacy	2,1	7,9	90,0
Communicatie	0,9	19,4	79,6
Tijd tot hulp	1,2	16,6	82,2
Sociale ondersteuning	3,9	10,2	85,9
Faciliteiten	1,2	1,7	97,0
Keuze&continuïteit	4,0	26,3	69,7

Legenda

negatief	% vrouwen dat alle vragen in een domein negatief heeft beantwoord. (nooit&soms)
positief	% vrouwen dat alle vragen in een domein positief heeft beantwoord. (altijd&meestal)
negatief&positief	% vrouwen dat in een domein zowel positieve als negatieve antwoorden heeft gegeven.

Missing is niet meegenomen/uitgevuld tot 100%

4.4.4. Interne consistentie persoonsgebonden domeinen

In deze paragraaf wordt de interne consistentie getoond voor de persoonsgebonden domeinen.

Tabel 4.4.4.1. toont de Cronbach's alfa's voor de persoonsgebonden domeinen respect, autonomie, privacy en communicatie voor de ReproQ's afgenomen aan het begin en aan het eind van de zwangerschap. Cronbach's alfa is een psychometrische maat (-∞ tot 1) voor de interne consistentie, d.w.z. het vaststellen van de homogeniteit van de afzonderlijke items die samen een domein vormen. Een lage [hoge] Cronbach's alfa wijst op weinig [veel] homogeniteit, d.w.z. de onderliggende items lijken in beperkte [hoge] mate met elkaar samen te hangen, zodat niet [wel] sprake lijkt te zijn een en hetzelfde domein.

Cronbach's alfa neemt vanzelf toe met het aantal items binnen een domein (in zekere zin een artefact) en neemt af met de mate waarin de items empirisch niet met elkaar samenhangen. Zelfs als items elk

voor zich niet zo sterk met het [niet waarneembare] begrip samenhangen, kan door er veel te vragen een redelijke Cronbach's alfa worden bereikt. Het meest is Cronbach's alfa geschikt om de intensiteit van een eigen (niet-waarneembare) houding of attitude te meten - daar ligt ook de oorsprong. Het gebruik bij meten van feitelijkheden, feitelijk gedrag of bv concrete cliëntervaringen is vaak minder toepasselijk. Een Cronbach's alfa van 0.70 wordt als acceptabel beschouwd als de situatie geheel aan de voorwaarden voor toepassing voldoet. In onze context is 0.5 zeer goed aanvaardbaar in sommige domeinen (gegeven de zelfopgelegde beperking van het aantal items).

Steeds moet men zich afvragen bij een domein afvragen of de aangenomen samenhang van antwoorden (binnen een domein) wel rationeel of plausibel is. Drie bejegeningsvragen over dezelfde zorgverlener in 1 setting zullen in hun antwoorden vaak samenhangen; vragen over ervaren autonomie bij beslissingen over Downscreening, HIV test of plaats van bevallen al veel minder; en eerder genoemde voorbeeldvragen over snelle toegang (tot een parkeerplaats, korte loopafstand van openbaar vervoer naar de ingang, snel opnemen van de telefoon, en snel een afspraak kunnen regelen) zullen nog veel minder samenhangen. In onze studie zagen we dat het autonomiedomein bestond uit enkele houdingsvragen van de zorg(verlener), en enkele feitvragen over concrete beslissingen met minder of meer zeggenschap. Evident was dat ervaren houding van de zorgverlener niet veel te maken heeft met diens concrete gedrag in feitelijke beslissingen. Dat betekent niet dat de vragen niet goed zijn, maar dat de interne consistentie eis hier niet hoog moet zijn.

Tabel 4.4.4.1. laat zien de interne consistentie van de domeinen respect en communicatie acceptabel zijn; dat de interne consistentie van het domein autonomie minder is (hierboven staat toegelicht waarom); en dat het domein privacy een lage interne consistentie heeft. Verder valt op dat de interne consistentie aan het begin van de zwangerschap en het einde ongeveer hetzelfde is.

Tabel 4.4.4.2. toont de Cronbach's alfa's gemeten bij de bevalling en in de kraamperiode. Ook nu is de interne consistentie van de domeinen respect en communicatie acceptabel. In dat opzicht is er nauwelijks verschil met de antenatale metingen (Tabel 4.4.4.1.) De interne consistentie van het domein Autonomie kan eveneens als acceptabel worden beschouwd. Die is postnataal iets beter dan antenataal. De interne consistentie van het domein Privacy postnataal is iets suboptimaal, maar nog altijd beter dan antenataal. Ook nu blijkt dat er nauwelijks verschil is tussen de interne consistentie gemeten bij de bevalling en in de kraamperiode.

TABEL 4.4.4.1. ReproQ-antenaal. Cronbach's alfa voor de persoonsgebonden domeinen, uitgesplitst naar referentieperiode: begin en einde van de zwangerschap (n=351)

persoonsgebonden domeinen	cronbach's alfa	
	begin zws	einde zws
respect	.74	.74
autonomie	.51	.56
privacy	.49	.36
communicatie	.72	.74

TABEL 4.4.4.2. ReproQ-postnataal. Cronbach's alfa voor de persoonsgebonden domeinen, uitgesplitst naar referentieperiode: bevalling en kraamperiode (n=433)

persoonsgebonden domeinen	cronbach's alfa	
	bevalling	kraamperiode
respect	.77	.81
autonomie	.68	.81
privacy	.58	.60
communicatie	.74	.77

De consequenties van deze bevindingen worden in samenhang met die van andere testen in hoofdstuk 5 (conclusies en aanbevelingen) besproken.

4.4.5. Item-totaal correlatie

De item-totaal correlatie is een psychometrische maat voor de mate waarin elk afzonderlijke item ('item') binnen een domein samenhangt met de domeinscore als geheel ('totaal'). Net als bij de interne consistentie (een hiermee vergelijkbare maat), geldt dat er niet zonder meer een hoge item totaal correlatie moet worden verwacht, omdat de vragen naar ervaringen met de zorg die niet hoeven samen te hangen, ook al gaat het inhoudelijk om dezelfde soort zaken.

We beperken ons hier weer tot de persoonsgebonden domeinen omdat net als bij de interne consistentie hier enige samenhang wel verwacht mag worden, zeg tussen 0,4 en 0,7. Anders dan Cronbach's alfa, is deze maat niet gevoelig voor het aantal items van een domein.

Duidelijk is dat de autonomie vragen een apart patroon hebben (zoals ook met andere analyses): de 'houding-van-de-zorgverlener' vragen (mogen meebeslissen en mogen weigeren), worden anders beantwoord dan de 'feitelijk handelen in specifieke situaties' vragen betreffende de screening op Down en plaats van bevallen.

De privacy vragen hangen matig samen en lijken niet één schaal te vormen, dat blijkt ook elders.

TABEL 4.4.5.1. ReproQ-antenaal. Item-totaal correlatie voor de persoonsgebonden domeinen, uitgesplitst naar referentieperiode: begin en einde van de zwangerschap (n=351)

persoonsgebonden domeinen met bijbehorende it	begin zws	einde zws
respect		
rekening houden met privacy	0.37	0.34
behandeld met respect	0.65	0.70
krijgen pers. aandacht	0.57	0.60
vriendelijk behandeld	0.69	0.68
autonomie		
meebeslissen behandeling	0.53	0.50
weigeren behandeling	0.45	0.44
wensen geboortezorg	0.35	0.39
testen syn. Van Down	-0.05	Nvt
meebeslissen plaats bevallen	nvt	0.06
privacy		
vertrouwen in zorgverlener	0.34	0.22
verstrekken medische gegevens aan anderen	0.34	0.22
communicatie		
beantwoorden vragen	0.51	0.53
krijgen zelfde adviezen	0.53	0.56
begrijpen uitleg	0.53	0.59
inlichten behandeling	0.52	0.52

TABEL 4.4.5.2. ReproQ-postnataal. Item-totaal correlatie voor de persoonsgebonden domeinen, uitgesplitst naar referentieperiode: bevalling en kraamperiode (n=433)

persoonsgebonden domeinen met bijbehorende it	bevalling	kraamperiode
respect		
rekening houden met privacy	0.48	0.46
behandeld met respect	0.59	0.72
krijgen pers. aandacht	0.64	0.70
vriendelijk behandeld	0.67	0.75
autonomie		
meebeslissen behandeling	0.68	0.75
weigeren behandeling	0.54	0.63
wensen geboortezorg	0.57	0.62
testen syn. Van Down	0.29	nvt
meebeslissen plaats bevallen	0.12	nvt
privacy		
vertrouwen in zorgverlener	0.41	0.43
verstrekken medische gegevens aan anderen	0.41	0.43
communicatie		
beantwoorden vragen	0.54	0.65
krijgen zelfde adviezen	0.53	0.54
begrijpen uitleg	0.55	0.58
inlichten behandeling	0.54	0.60

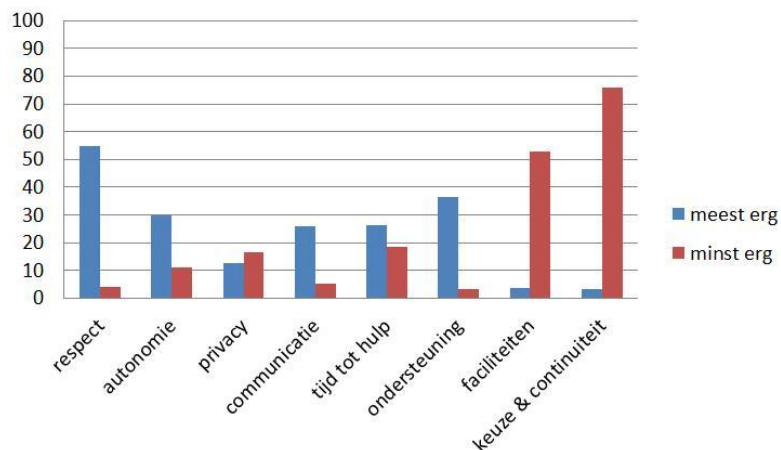
Verder kan ook de item-totaal correlatie berekend worden voor ieder item met de overige domeinen; de essentie van die informatie komt ook in de factor analyse hierna naar voren.

4.4.6. Weging domeinen

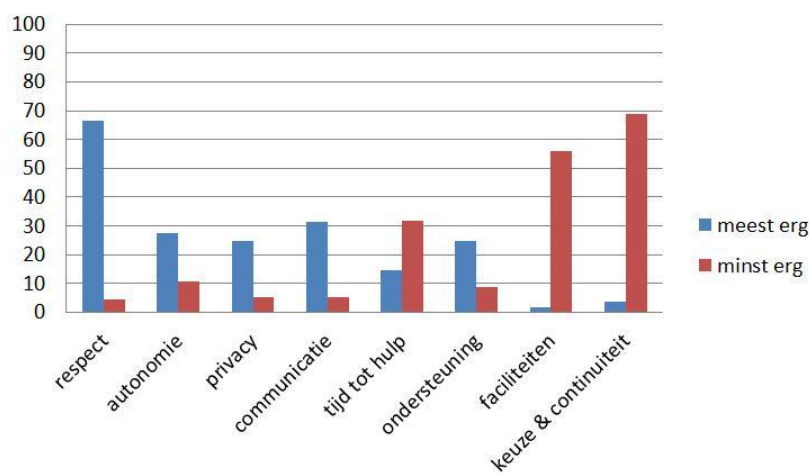
Om rekening te houden met het belang dat respondenten toekennen aan domeinen zijn er twee wegingsvragen in de vragenlijst opgenomen. Hierin worden 8 situaties beschreven: 1 situatie per domein. Vervolgens wordt de vrouwen gevraagd aan te geven welke 2 domeinen zij het meest en het minst belangrijk vonden, ontleend aan suggesties van Kahneman . De antwoorden zijn naar verwachting niet geheel gelijk.

In de tabellen 4.4.6.1/2 is de frequentie weergegeven van welke 2 domeinen de vrouwen het meest en welke vrouwen het minst belangrijk vinden; de blauwe staafjes, en de rode staafjes tellen beide op tot 200% wat van belang is voor het interpreteren van de percentages hierna. In tabel 4.4.6.1. is zichtbaar dat 66% van de vrouwen het domein Respect het meest belangrijk vindt, tegen 5% van de vrouwen die Respect het minst belangrijk vindt. Uit de resultaten blijkt dat de meest belangrijke domeinen sterk samen hangen met de minst belangrijke domeinen: Respect is het vaakst aangegeven als 'het meest belangrijk' en het minst vaak als 'minst belangrijk'. Maar de samenhang is niet symmetrisch!

TABEL 4.4.6.1.2. ReproQ-postnataal. Weging domeinen: belangrijkste domein naar minst belangrijke domein (n=433)



TABEL 4.4.6.1.1. ReproQ-antenataal. Weging domeinen: belangrijkste domein naar minst belangrijke domein (n=351)



Een hiermee samenhangende veronderstelling was dat wanneer vrouwen een domein heel belangrijk vinden, zij kritischer zullen zijn over hun ervaringen binnen dit domein, resulterend in meer negatieve ervaringen, anders dan vrouwen die dit domein niet als meest belangrijk hebben bevonden. In tabel 4.4.6.2. is de gemiddelde domeinscore gescheiden voor vrouwen die het domein het meest belangrijk vonden en vrouwen die dit domein niet het meest belangrijk vonden.

Bij het domein Respect geven 77 zwangere vrouwen aan dit domein niet het meest belangrijk te vinden, wat resulteert in een gemiddelde domeinscore van 3,86. Daarnaast geven 223 zwangere vrouwen aan dit een van de belangrijkste domeinen te vinden, wat resulteert in een gemiddelde domeinscore van 3,87. De gegevens zijn apart gerapporteerd voor de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode.

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde scores van de vrouwen die een domein het meest belangrijk vinden en vrouwen die dit domein juist onbelangrijk vinden niet systematisch van elkaar verschillen. Het grootste verschil zit in het domein keuze & continuïteit. Waarbij zwangere vrouwen die dit domein niet het meest belangrijk vonden, een gemiddelde score hadden van 3,36, tegen 2,21 van vrouwen die dit domein wel het meest belangrijk vonden.

De effecten bij de kraamperiode zijn minder uitgesproken.

TABEL 4.4.6.2. Gemiddelde domeinscore, naar beoordeling al dan niet meest belangrijk. Gescheiden voor zwangerschap, bevalling en kraamperiode

	zwangerschap				bevalling				kraamperiode			
	niet meest belangrijk		meest belangrijk		niet meest belangrijk		meest belangrijk		niet meest belangrijk		meest belangrijk	
	n	score	n	score	n	score	n	score	n	score	n	score
respect	77	3,86	233	3,87	194	3,79	237	3,84	192	3,71	237	3,77
autonomie	253	3,62	97	3,81	297	3,52	128	3,39	300	3,07	130	3,28
privacy	261	3,62	87	3,84	214	3,79	30	3,68	211	3,74	29	3,50
communicatie	240	3,70	111	3,62	321	3,69	112	3,71	319	3,58	111	3,55
tijd tot hulp	299	3,52	52	3,54	316	3,71	113	3,51	314	3,66	113	3,53
soc. ondersteuning	263	3,25	87	3,52	257	3,63	153	3,68	256	3,55	155	3,69
faciliteiten	343	3,64	6	3,78								
keuze&continuïteit	333	3,36	12	2,21	411	3,55	14	3,35	410	3,51	15	2,93

De hierboven beschreven aanname kan worden omgekeerd: als vrouwen een domein als het minst belangrijk beoordelen, zullen zij minder kritisch zijn over hun ervaren, wat resulteert in meer positievere ervaringen, dan vrouwen die dit domein als meest belangrijk of 'neutraal' hebben beoordeeld. In tabel 4.4.6.3. is de gemiddelde domeinscore weergegeven, gescheiden naar de beoordeling van de vrouwen of ze het domein het minst belangrijk of niet het minst belangrijk vonden. De resultaten zijn op dezelfde manier berekend en te interpreteren als die in tabel 4.4.6.2.

Uit de tabel blijkt dat de gemiddelde scores van de vrouwen die een domein het minst belangrijk vinden en vrouwen die dit niet vinden, wel systematisch van elkaar verschillen. De grootste verschillen zitten in het domein Autonomie tijdens de kraamperiode, en het domein Sociale ondersteuning tijdens de bevalling. De scores van de vrouwen die deze domeinen het minst belangrijk vinden zijn, tegen de verwachting in, lager dan die van vrouwen die deze domeinen niet als minst belangrijk beoordeelden.

TABEL 4.4.6.3. Gemiddelde domeinscore, naar beoordeling al dan niet minst belangrijk. Gescheiden voor zwangerschap, bevalling en kraamperiode

	zwangerschap				bevalling				kraamperiode			
	niet minst belangrijk		minst belangrijk		niet minst belangrijk		minst belangrijk		niet minst belangrijk		minst belangrijk	
	n	score	n	score	n	score	n	score	n	score	n	score
respect	334	3,86	16	3,88	413	3,82	18	3,83	411	3,74	18	3,76
autonomie	312	3,69	38	3,54	376	3,49	49	3,46	382	3,58	48	2,85
privacy	329	3,79	19	3,55	209	3,76	35	3,86	208	3,69	32	3,84
communicatie	333	3,68	18	3,58	410	3,69	23	3,80	408	3,57	22	3,67
tijd tot hulp	239	3,50	112	3,56	348	3,64	81	3,71	347	3,64	80	3,60
soc. ondersteuning	154	3,35	196	3,29	397	3,67	13	3,19	228	3,61	13	3,39
faciliteiten	318	3,64	31	3,61								
keuze&continuïteit	107	3,23	238	3,37	98	3,56	327	3,53	98	3,47	327	3,49

Op basis van de toegekende belangscore kan vervolgens een wegingsfactor worden toegekend aan die specifieke domeinen. Bijv. wegingsfactor 1,5 als vrouwen een domein het meest belangrijk vinden, en 0,5 wanneer zij een domein het minst belangrijk vinden. De invloed hiervan zal tijdens het vaststellen van het discriminerend vermogen van de vragenlijst nader worden onderzocht.

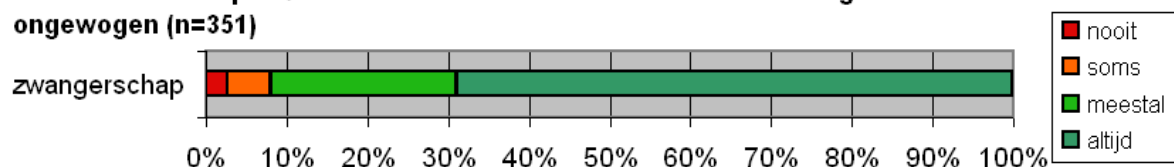
4.5. Analyse gecombineerde domeinen ReproQ (totaalscore)

Deze paragraaf beschrijft de resultaten na samenvoegen van de afzonderlijke domein scores.

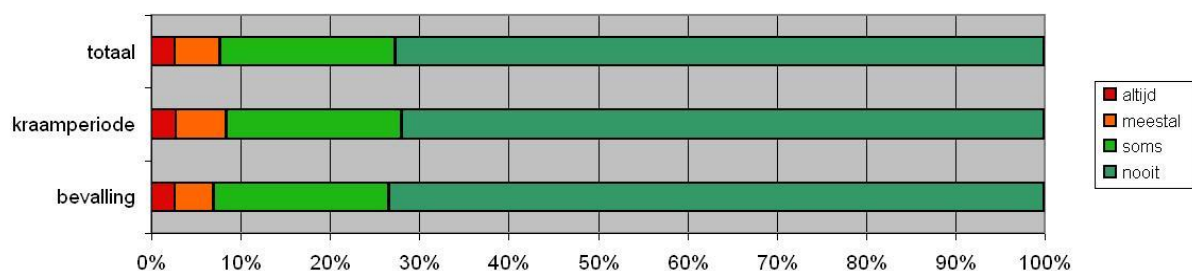
4.5.1 Gemiddelde domeinscores – ongewogen

In onderstaande figuur is het ongewogen gemiddelde van alle domeinvragen berekend. In de postnatale ReproQ is dit zowel voor de referentieperioden apart als de postnatale ReproQ als geheel berekend. Gemiddeld hadden 8,1% van de zwangere vrouwen een negatieve ervaring met de zorg tijdens hun zwangerschap. Bij de postnatale ReproQ was dit 7,7%. Uit de figuur blijkt eveneens dat vrouwen iets meer negatieve ervaringen hadden tijdens de kraamperiode dan tijdens de bevalling (bevalling 7,0%; kraamperiode 8,4%).

TABEL 4.5.1.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde van alle domeinvragen - ongewogen (n=351)



TABEL 4.5.1.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde van alle domeinvragen - ongewogen (n=433)



4.5.2. Gemiddelde domeinscores – toepassing CQ-omzetting van frequentie naar score

In de tabellen 4.5.2.1/2. zijn de gewogen gemiddelde scores weergegeven, berekend over alle domeinvragen. De range loopt, conform het CQ-handboek, van 1 (alle ervaringsvragen 'nooit') tot 4 (alle ervaringsvragen 'altijd'). Het cijfer zegt dus iets over de gemiddelde ervaring die de vrouwen hadden. Hoe hoger het cijfer, hoe meer positieve ervaringen de vrouwen gemiddeld hadden. (De berekening staat uitgeschreven in paragraaf 4.2.2.) Het gewogen gemiddelde voor de antenatale ReproQ is 3,58. Bij de postnatale ReproQ ligt het gemiddelde op 3,62.

TABEL 4.5.2.1. ReproQ-antenataal.
Gemiddelde van alle domeinvragen - gewogen CQI (n=351)

	gemiddelde CQI
zwangerschap	3,58

TABEL 4.5.2.2. ReproQ-postnataal.
Gemiddelde van alle domeinvragen - gewogen CQI (n=433)

	gemiddelde CQI
bevalling	3,64
kraamperiode	3,61
totaal	3,62

4.5.3. Exploratieve factoranalyse (CQI)

De resultaten van de exploratieve factoranalyse wordt hier kort besproken, het zwaartepunt ligt bij hoofdstuk 5.3 waarin de consequenties van deze bevindingen in samenhang met de andere bevindingen wordt vertaald naar aanbevelingen. De techniek zelf wordt hier verder niet toegelicht. In Appendix G vindt men additioneel materiaal (de factorladingen). Er zijn ondersteunend meer analyses verricht, maar omwille van de ruimte zijn deze niet opgenomen.

In de tabellen hebben de domeinen die op basis van statistische eigenschappen worden gecreëerd door de software opzettelijk geen naam gekregen: er staat 'domein 1', etc. aan de linkerkant van de tabel. Er zou anders gemakkelijk verwarring ontstaan met de vooraf gedefinieerde domeinen. Bij ieder domein is de Cronbach's alpha weergegeven ter indicatie van de samenhang van de items. Uit de vragen met hun nummer kan men zien dat de overgrote meerderheid van vragen en domeinen ook statistisch 'bij elkaar hoort', vaak met 1 item verlies die dan vaak verschijnt bij de meest verwante onder de andere domeinen.

Belangrijk in tabel 4.5.3.1 (antenataal) is dat domein 1 een samenvoeging is van vragen uit de domeinen respect en communicatie; goed en slecht presteren op het ene domein - ook al gaat het soms om zeer onderscheiden zaken - hangen empirisch samen. De goede samenhang blijft uiteraard ook bestaan als men respect en communicatie blijft onderscheiden. Vergelijkbare samenhang tussen 2 domeinen ziet men in ook in de postnatale dataset Tabel 4.5.3.2.1 (domein 3) en 4.5.3.2.2 (domein 1, zelfde situatie als hierboven; domein 3).

TABEL 4.5.3.1. ReproQ-antennaal.
Exploratieve factoranalyse. Alle domeinvragen (n=351)

domein 1 ($\alpha=0,814$)	7. Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy? 8. Behandelde uw zorgverlener u met respect? 9. Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener? 10. Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk? 13. Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen? 16. Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners? 18. Beantwoordden uw zorgverleners uw vragen? 19. Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?
domein 2 ($\alpha=0,806$)	27. Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden? 28. Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken? 29. Werd uw partner of familie bij de zorg betrokken?
domein 3 ($\alpha=0,729$)	30. Waren de wachtruimte en spreekkamer prettig ingericht? 31. Werden de ruimtes schoon gehouden? 32. Zaten de stoelen gemakkelijk?
domein 4 ($\alpha=0,697$)	17. Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken? 23. Kon u snel een afspraak maken als het niet dringend was? 24. Was u bij uw afspraak snel aan de beurt? 25. Waren uw zorgverleners bereikbaar? 26. Was uw zorgverlener telefonisch bereikbaar?
domein 5 ($\alpha=0,683$)	15. Besliste u mee over de plaats waar u straks gaat bevallen? 20. Begreep u de uitleg van uw zorgverleners? 21. Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren? 36. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?
domein 6 ($\alpha=0,834$)	37. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg? 34. Was bij wisseling van zorgverlener, deze al op de hoogte van uw situatie? 35. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?
domein 7 ($\alpha=0,732$)	11. Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?
domein 8 ($\alpha=n.v.t.$)	12. Kon u een voorgestelde behandeling weigeren? 22. Kon u snel een afspraak maken als het dringend was?
domein 9 ($\alpha=n.v.t.$)	14. Is er aan u gevraagd of u uw kindje wilde laten testen op het Syndroom van Down?

TABEL 4.5.3.2.1. ReproQ-postnataal, referentieperiode bevalling. Exploratieve factoranalyse. Alle domeinvragen (n=433)

domein 1 ($\alpha=0,838$)	13. Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy? 14. Behandelde uw zorgverlener u met respect? 15. Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener? 16. Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk? 22. Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?
domein 2 ($\alpha=0,749$)	28. Werd u snel geholpen als het dringend was? 29. Werd u snel geholpen als het niet dringend was? 30. Was de kraamzorg snel aanwezig? 31. Waren uw zorgverleners bereikbaar? 32. Waren de zorgverleners bereikbaar via de telefoon of bel bij het bed? 48. Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?
domein 3 ($\alpha=0,778$)	17. Besliste u mee over uw behandeling als dat kon? 18. Kon u een voorgestelde behandeling weigeren? 19. Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen? 33. Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden? 34. Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken? 35. Werd uw partner bij de zorg betrokken?
domein 4 ($\alpha=0,750$)	24. Beantwoordde uw zorgverlener uw vragen? 25. Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen? 26. Begreep u de uitleg van uw zorgverlener? 27. Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren? 52. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?
domein 5 ($\alpha=0,715$)	23. Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken? 49. Was bij wisseling van dienst of aflossen uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie? 50. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?
domein 6 ($\alpha=0,222$)	21. Besliste u mee over de plaats van bevallen?
domein 7 ($\alpha=n.v.t.$)	51. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?
	20. Besliste u mee over de pijnbehandeling tijdens de bevalling?

TABEL 4.5.3.2.2. ReproQ-postnataal, referentieperiode kraamperiode. Exploratieve factoranalyse. Alle domeinvragen (n=433)

domein 1 ($\alpha=0,891$)	14. Behandelde uw zorgverlener u met respect? 15. Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener? 16. Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk? 19. Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen? 22. Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners? 25. Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen? 26. Begreep u de uitleg van uw zorgverlener? 27. Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?
domein 2 ($\alpha=0,879$)	24. Beantwoordde uw zorgverlener uw vragen? 33. Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden? 34. Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken? 35. Werd uw partner bij de zorg betrokken? 48. Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg? 52. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?
domein 3 ($\alpha=0,882$)	28. Werd u snel geholpen als het dringend was? 29. Werd u snel geholpen als het niet dringend was? 30. Was de kraamzorg snel aanwezig? 31. Waren uw zorgverleners bereikbaar? 32. Waren de zorgverleners bereikbaar via de telefoon of bel bij het bed? 49. Was bij wisseling van dienst of aflossen uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie? 50. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie? 51. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?
domein 4 ($\alpha=0,757$)	13. Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy? 17. Besliste u mee over uw behandeling als dat kon? 18. Kon u een voorgestelde behandeling weigeren? 23. Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken?
domein 5 ($\alpha=0,191$)	20. Besliste u mee over de pijnbehandeling tijdens de bevalling? 21. Besliste u mee over de plaats van bevallen?

4.6. Informatie schriftelijke vragenlijsten

De vrouwen die een schriftelijke vragenlijst hebben teruggestuurd hebben deze soms voorzien van feedback. Hieronder zal de feedback worden behandeld, onafhankelijk van het aantal vrouwen dat de feedback gaf.

De feedback is in drie groepen in te delen: 1) vragen die onduidelijk zijn. In de antenatale ReproQ betrof het vraag 7 (rekening houden met privacy). In de postnatale ReproQ betrof het vraag 34 (afspraken gezin), 50 (verwijzing) en 51 (gewenst soort zorgverlener). 2) vragen die n.v.t. waren. In de antenatale ReproQ betrof de vragen 21 (inlichten behandeling), 22 (afspraken maken, dringend) en 29 (betrekken familie). In de postnatale ReproQ betrof het de vragen 28 (afspraken maken, dringend), 30 (tijd voor aankomst kraamzorg), 33 (aandacht gezin), 34 (afspraken gezin), 38 (comfort) 3) vragen waarbij ze de voorkeur gaven aan andere antwoordcategorieën. Bij voorkeur ja/nee. In de antenatale ReproQ was deze categorie niet van toepassing. In de postnatale ReproQ betrof het de vragen 30 (tijd voor aankomst kraamzorg), 36&42 (inrichting), 37&43 (hygiëne), 38 (comfort), 41(woning), 45 (media), 46 (eten). Het gaat hier dus vooral om de items in het domein faciliteiten.

4.7 Consultatie experts

In de opzet is veel aandacht gegeven aan universele geschiktheid van de ReproQ, in het bijzonder aan de uiteenlopende sociaaleconomische positie en wisselende culturele achtergrond van de vrouwen.

Universele geschiktheid kan o.a. worden beoordeeld op basis van 1) de inhoud van de vragenlijst zelf; 2) de werving en volledige deelname bij het afnemen en 3) de afname zelf.

Vanwege de ervaren problemen met de werving is o.a. overleg gevoerd met Pharos. Pharos is het landelijke kennis- en adviescentrum voor kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van gezondheidszorg voor migranten, vluchtelingen en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. De focus ligt op migranten. Hieronder zullen aanbevolen aanpassingen en/of aanvullingen worden beschreven.

1) Inhoud van de ReproQ.

De vragen uit de ReproQ concept-versie 2 zijn gelegd naast een recent opgestelde kraamzorg specifieke vragenlijst, die door Pharos is vastgesteld voor migranten, in aanvulling op de bestaande CQ-kraamzorg. Deze aanvullende vragenlijst bevatte 14 vragen, zie tabel 4.7.1.

Op enkele punten is de ReproQ per definitie anders: er wordt in de ReproQ zoals bekend niet naar 1 discipline gevraagd. Verder is in de ReproQ de keuze voor juist deze verloskundige praktijk, dit ziekenhuis, deze kraamzorgorganisaties, etc. niet als vraag opgenomen. Hieronder zullen de 14 vragen langs worden gegaan. De nummering van de vraag is conform de kraamzorglijst.

De meeste vragen uit de migrant gericht kraamzorglijst komen qua inhoud ook voor in de ReproQ (vragen: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13). De details in de vragen verschillen soms van elkaar. Zo wordt

vraag 2 (inspraak in tijden waarop kraamverzorgende langs kwam) iets algemener gevraagd in de ReproQ: 'hielden zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden' omdat post partum meerdere (type) zorgverleners bij de zorg betrokken zijn, waarbij meerdere aspecten van 'rekening houden met' aan de orde zijn. Daarnaast is een enkel detail anders vanwege de opzet van de ReproQ, waarin consequent naar de ervaring wordt gevraagd (uitkomst), niet naar de manier waarop die bereikt wordt (instrumenteel). Daarom vraagt ReproQ naar uitleg die begrepen is en kraamzorglijst naar de aanwezigheid van een tolk. Deze vraag naar de tolk is overigens in de focusgroepen aan de orde geweest, waarbij, nog los van de principes van de WHO, de (duidelijke) voorkeur werd uitgesproken voor de uitkomstvraag: of iemand de uitleg al dan niet begreep.

Dat speelt ook bij vraag 9: rekening met de culturele achtergrond houden is iets minder concreet dan rekening houden met wensen en gebruiken. Dit domein is echter ook voor Nederlanders belangrijk. In de ReproQ ontwikkeling was er aanvankelijk een vraag zoals vraag 9, maar deze is via focusgroepen en discussie richting de huidige algemenere vraag geëvolueerd.

Een derde detailverschil in de vragen is dat de ReproQ nooit kwalificerende termen heeft in de vraag, die zitten namelijk in de respons; vraag 7 van de kraamzorglijst bevat echter de term 'voldoende'. Dit is het enige verschil met een soortgelijke ReproQ vraag.

Tot slot is het woord 'vertrouwen' in vraag 8, ook voor Nederlanders, meerduidelijk: kan slaan op deskundig, privacy in de communicatie, bejegening. Dit bleek ook uit factoranalyse in psychometrische fase, waarbij de soortgelijke vraag in de ReproQ, bij een ander domein werd ingedeeld. Op basis van dat resultaat is besloten in versie 1 die vraag te verwijderen; de laatste 2 betekenissen (privacy in de communicatie, bejegening) worden nu bevestigd in concrete ReproQ vragen die eenduidiger zijn.

Dan zijn er enkele vragen die wel in de migrant specifieke kraamzorglijst zijn opgenomen en niet in de ReproQ, omdat ze daar minder in passen.

Vraag 1: De vraag of het een probleem was de kraamzorg te regelen valt buiten het meetdoel van ReproQ.

Vraag 4: De vraag of men iemand van eigen culturele achtergrond als zorgverlener kan krijgen heeft 2 kanten. 1) Allereerst is dit een breed concept: het omvat niet alleen de wens voor een zorgverlener met dezelfde culturele achtergrond, maar ook bijv. de wens om alleen geholpen te worden door vrouwelijke zorgverleners. In algemenere zin: de vrije keuze van zorgverlener (als persoon). Dit is geen standaardvraag in de CQ-indexen. 2) Daarnaast is dit een typisch instrumentele vraag. De vraag gaat niet zozeer in op het resultaat, namelijk of men zorg heeft ontvangen zoals men die graag gewild had, maar op het instrumentele aspect, namelijk of men iemand kon krijgen die met dezelfde culturele achtergrond. Het krijgen van iemand met dezelfde culturele achtergrond is echter niet inherent aan het krijgen van 'goede' zorg. De ReproQ is, net als de CQ, primair gefocust op het resultaat, zoals 'bejegening', 'begrip', 'communicatie', 'rekening houden met'. Vragen omtrent deze onderwerpen zijn wel opgenomen in de ReproQ.

Vragen 10 en 11: Dit zijn instrumentele vragen die nagaan of bepaalde huishoudelijke taken zijn uitgevoerd. Dat zijn in deze vorm procedure checks. In de ReproQ worden evenwel de resultaten van

deze aspecten bevraagd in het domein faciliteiten. Dit domein omvat drie – discipline en setting onafhankelijke – vragen, met als onderwerpen de hygiëne, het comfort en de toegankelijkheid van de ruimtes waarin de vrouwen zorg kregen. In de keten kunnen deze aspecten tenslotte worden gefaciliteerd door verschillende disciplines, afhankelijk van de plaats waar de vrouw haar bevalling en kraamperiode doorbrengt. Als de vrouw thuis kraamzorg ontvangt is het mogelijk dat de kraamverzorgende ondersteund bij deze aspecten, maar als de vrouw kraamzorg ontvangt op externe lokatie, bijv. het ziekenhuis of een geboortecentrum, is het mogelijk dat een schoonmaakster deze aspecten faciliteert. Daar komt bij dat het in de zorg ongebruikelijk is om af te vinken of handelingen zijn verricht.

Vraag 14: De aanpak van klachten door de zorgaanbieder van een specifieke discipline is een organisatievraag, minder een concrete cliëntervaring. Bij een lijnoverstijgende ketenbenadering is dit aspect minder aan de orde dan bij discipline-specifieke lijsten. Daarnaast is de vraag meerduidelig. Het onderwerp van de vragenlijst omvat o.a. impliciet de vragen of 1) er een meldpunt is, 2) de cliënt dat meldpunt wist te vinden, en 3) of er zich er een probleem voordeed, waarover de cliënt een klacht wilde indienen.

TABEL 4.7.1. migranten specifieke vragen van de kraamzorg-clientervaringsvragenlijst, ontwikkelt door Pharos (2013)

id	onderwerp	vraag
1	aanvragen van kraamzorg	Wat het een probleem om kraamzorg te regelen?
2	inspraak in tijden	Kon u meebeslissen over de tijden waarop de kraamverzorgende langs kwam?
3	taalproblemen tijdens intakegesprek	Kreeg u de mogelijkheid om een tolk te gebruiken tijdens het intakegesprek?
4	beschikbaarheid kraamverzorgende met dezelfde culturele achtergrond	Werd de mogelijkheid geboden om een kraamverzorgende met dezelfde culturele achtergrond als uzelf te krijgen?
5	respectvolle omgang	Behandelde(n) de kraamverzorgende(n) u met respect?
6	vriendelijkheid	Vond u de kraamverzorgende(n) vriendelijk?
7	empathische houding	Had(den) de kraamverzorgende(n) voldoende aandacht hoe het met u gaat?
8	vertrouwen	Had u vertrouwen in de kraamverzorgende(n)?
9	rekening houden met culturele achtergrond	Hield(en) de kraamverzorgende(n) rekening met uw culturele achtergrond?
10	uitvoeren huishoudelijke taken (m.u.v. schoonmaken)	Voerden(n) de kraamverzorgende(n) de afgesproken huishoudelijke taken behalve schoonmaken uit?
11	afspraken nakomen	Hield(en) de kraamverzorgende(n) zich aan de afgesproken werkzaamheden?
12	taalproblemen tijdens kraamperiode	Was het gebruik van de Nederlandse taal een probleem tussen u en de kraamverzorgende?
13	omgang bezoek en gezinsleden	Ging(en) de kraamverzorgende(n) op een goede manier met uw familie en bezoek om?
14	Aanpak van klachten door kraamzorgaanbieder	Bood de kraamzorgaanbieder een oplossing voor problemen of klachten die u over de kraamverzorgende(n) had?

De ReproQ is nadrukkelijk opgezet vanuit het standpunt dat de vrouwen de vragenlijst zelfstandig (thuis) kunnen beantwoorden via een web-based interview, zonder aanvullende activiteiten voor de werving om de participatie te vergroten. Binnen deze beperking zijn er geen aanvullingen voorgesteld qua methodiek.

Overigens vindt de uitval/niet-werving primair plaats door niet-aanspreken/niet-uitnodigen van de zwangere, en veel minder vanwege inhoudelijke overwegingen na lezing van de info. Dat beperkt helaas de mogelijkheden om langs de weg van betere info de werving te verbeteren.

Pharos heeft een aantal suggesties gedaan om de participatie te vergroten:

- Het voorbereiden van de vrouwen in doelgroepen via informatie, netwerk, training van sleutelfiguren. Deze is ook door ReproQ van begin af aan overwogen (evenals de inzet daarbij van voorlichters perinatale gezondheid, VPG-ers) omdat daarmee in Rotterdam - voor andere doelen - via promotieonderzoek uitgebreid ervaring is opgedaan, en met enig succes. Voor deze benadering is evenwel vooralsnog geen budget, zodat deze suggestie vooralsnog vervalt en lang niet iedere allochtone groep kan zo worden benaderd.
- Een folder over het nut en het invullen van vragenlijsten. Deze wordt op dit moment door Pharos ontwikkeld. Als de folder te combineren is met de andere informatie-taken (zowel tijdens de intake zelf als van de ReproQ) zal de folder tijdens het werven van de vrouwen worden uitgereikt.
- De wervingsbrief. Deze was van begin af aan al opgezet met als uitgangspunt de geschiktheid voor vrouwen met een lage SES en niet-westers etniciteit. Hierbij is o.a. gebruik gemaakt van kennis die is opgedaan tijdens studentenprojecten (en promotieonderzoek naar intercultureel werken) die gericht waren op SES/culturele perspectief. Geen wijzigingen.

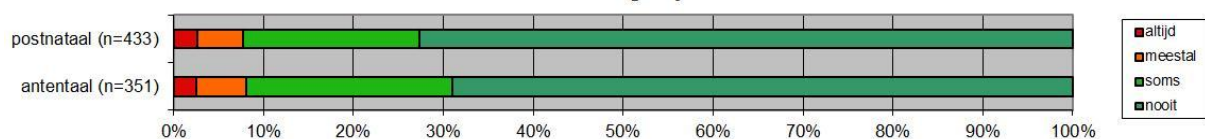
4.8. Verkenning validiteit

In paragraaf 4.8. wordt een verkenning gedaan naar het discriminerend vermogen van de ReproQ. Hierbij worden bepaalde groepen vergeleken. Deze groepen zijn gebaseerd op basis van bekende of verwachte verschillen. Eventuele verschillen kunnen mogelijk worden verklaard door reële verschillen (slechtere zorg) of op basis van verschil in respons. Hier zal echter geen uitspraak over worden gedaan.

4.8.1. Zwangere – bevallen vrouwen

In figuur 4.8.1. zijn de ervaringen van de zwangere vrouwen vergeleken met de ervaringen van de bevallen vrouwen. Hier is bijna geen verschil zichtbaar. (percentage negatieve ervaringen: A-8,1%; P-7,7%)

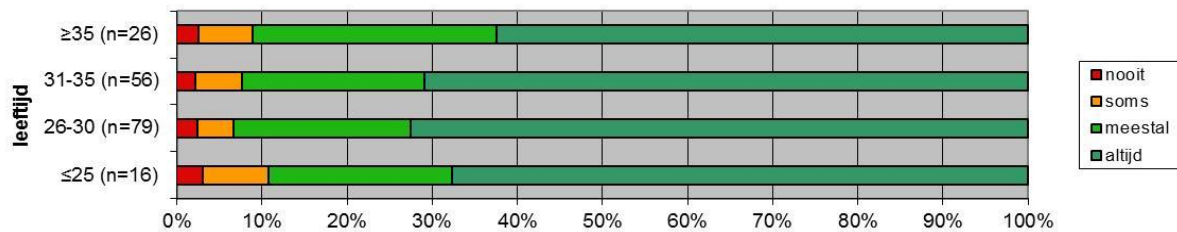
TABEL 4.8.1. Gemiddelde domeinscore naar versie van de vragenlijst



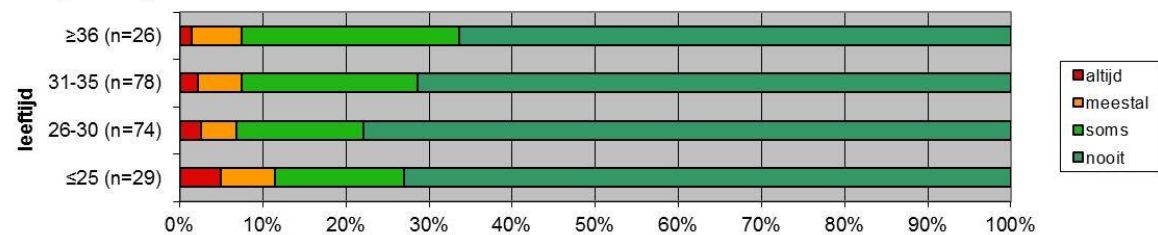
4.8.2. Nullipara & leeftijdscategorieën

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven voor de nullipara (vrouwen die nog niet eerder zijn bevallen), uitgesplitst naar 4 leeftijdscategorieën. Zowel in de antenatale, als de postnatale ReproQ is te zien dat vrouwen die 25 jaar of jonger zijn, de meeste negatieve ervaringen hebben (A-10,8%; P-11,5%).

TABEL 4.8.2.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores van nullipara naar leeftijdscategorie



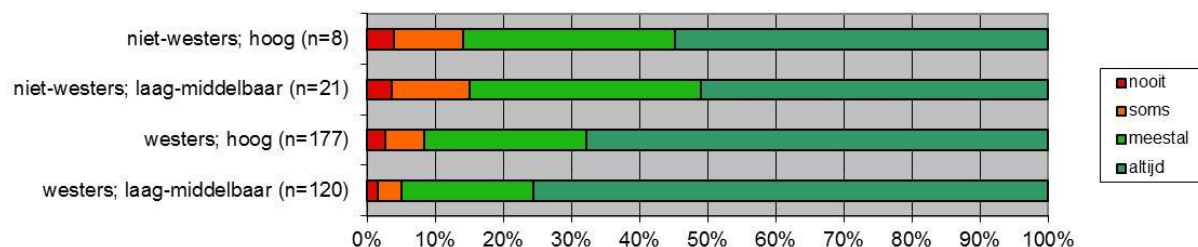
TABEL 4.8.2.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores van nullipara naar leeftijdscategorie



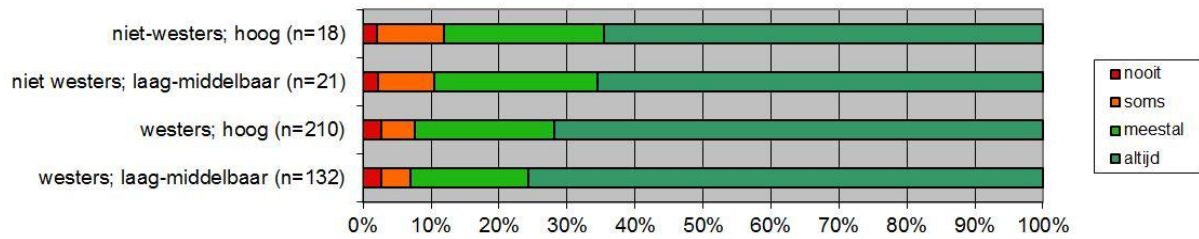
4.8.3. Etniciteit & sociaal-economische status (opleidingsniveau)

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar de etniciteit van de moeder in combinatie met haar opleidingsniveau. Uit de figuren blijkt dat niet-westerse vrouwen gemiddeld meer negatieve ervaringen hebben (A-14,5%; P-11,2%) dan westerse vrouwen (A-6,7%; P-7,3%), onafhankelijk van het opleidingsniveau.

TABEL 4.8.3.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores naar etniciteit en opleidingsniveau van de moeder



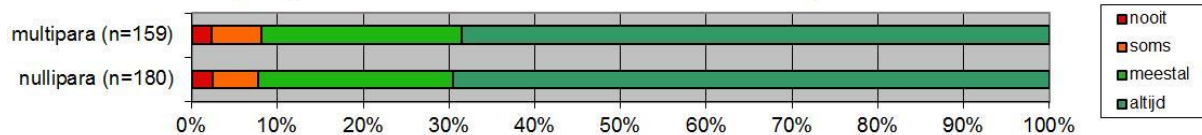
TABEL 4.8.3.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar etniciteit en opleidingsniveau van de moeder.



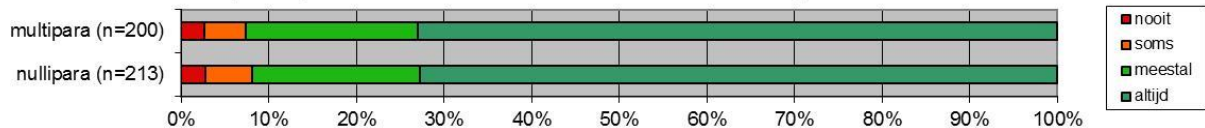
4.8.4. Nullipara – multipara

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar pariteit. Hieruit blijft dat er geen verschil is tussen nullipara (vrouwen die nog niet eerder zijn bevallen) (percentage negatieve ervaringen: A-7,7%; P-8,1%) en multipara (vrouwen die eerder zijn bevallen) (percentage negatieve ervaringen: A-8,1%; P-7,4%).

TABEL 4.8.4.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores naar pariteit.



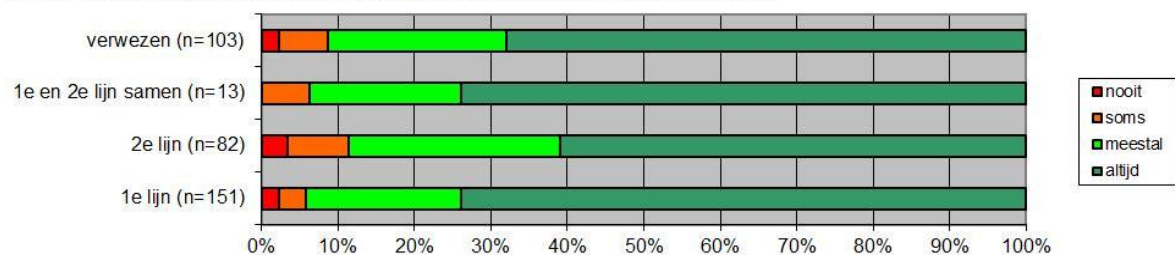
TABEL 4.8.4.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar pariteit



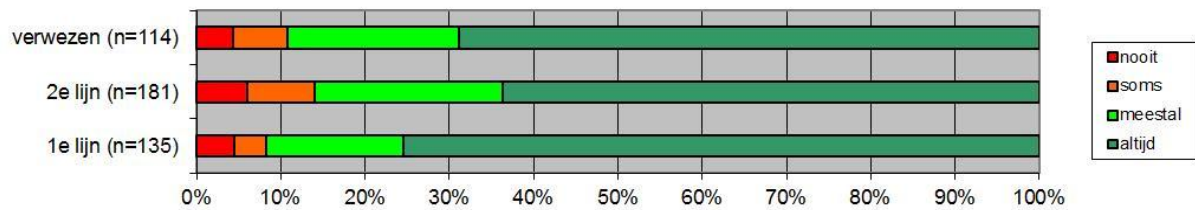
4.8.5. Bevalketen

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar bevalketen. Zowel in de antenatale, als de postnatale ReproQ hebben vrouwen die hun zorg in de 1e lijn de minste negatieve ervaringen (A-5,8%; P-8,3%). Vrouwen die hun zorg in de 2e lijn ontvingen hebben de meeste negatieve ervaringen (A-11,4%; P-13,8%).

TABEL 4.8.5.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores naar bevalketen



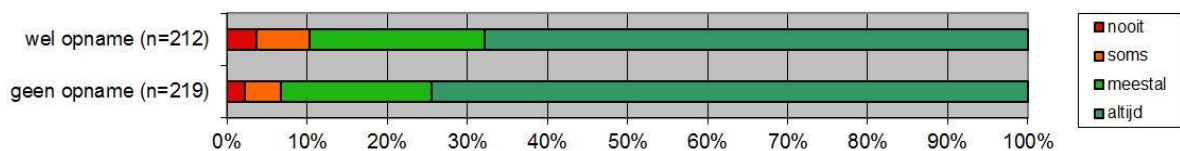
TABEL 4.8.5.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar bevalketen



4.8.6. Opname kindje – overig

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar een opname van de baby. Dit is alleen bevraagd in de postnatale ReproQ. De figuur bevat dan ook alleen gegevens van de moeders die zijn bevallen. In de figuur is zichtbaar dat de vrouwen waarbij hun baby direct na de bevalling is opgenomen meer negatieve ervaringen hebben (10,2%) dan vrouwen die waarvan hun baby niet is opgenomen (6,7%).

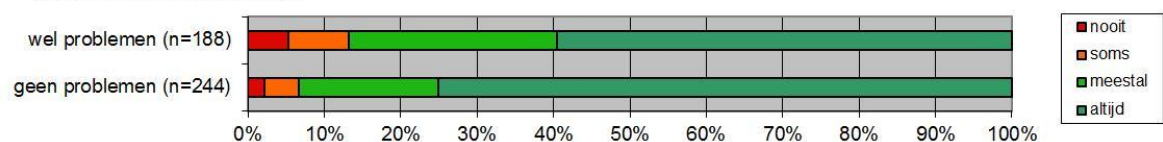
TABEL 4.8.6. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar opname van de baby ivm de eigen gezondheid.



4.8.7. Problemen kindje – overig

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar de ervaren problemen met de gezondheid van de baby direct na de bevalling. Dit is alleen bevraagd in de postnatale ReproQ. De figuur bevat dan ook alleen gegevens van de moeders die zijn bevallen. In de figuur is zichtbaar dat de vrouwen die problemen ervoeren met de gezondheid van hun baby meer negatieve ervaringen hebben (13,3%) dan vrouwen die geen problemen ervoeren met de gezondheid van hun baby (6,7%).

TABEL 4.8.7. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar ervaren problemen van de baby.

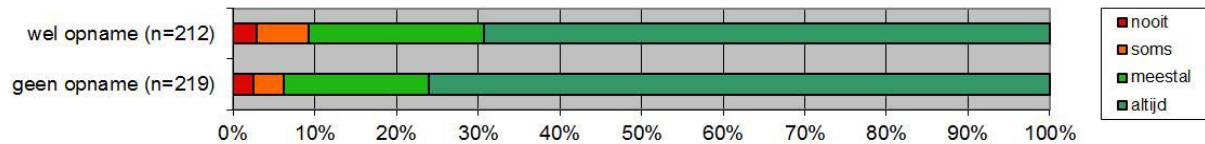


4.8.8. Opname moeder - overig

In figuur 4.8.8 is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar een opname van de moeder. Dit is alleen bevraagd in de postnatale ReproQ. De figuur bevat dan ook alleen

gegevens van de moeders die zijn bevallen. In de figuur is zichtbaar dat de vrouwen die direct na de bevalling zijn opgenomen meer negatieve ervaringen hebben (9,2%) dan vrouwen die niet zijn opgenomen (6,3%).

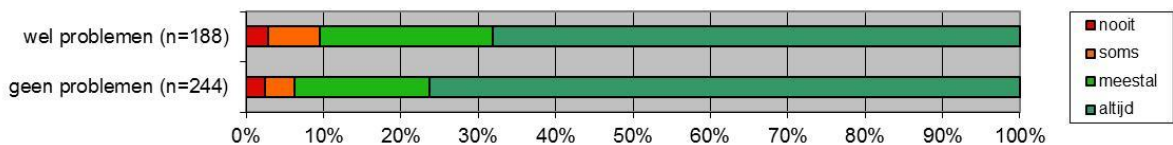
TABEL 4.8.8. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar opname van de moeder ivm haar eigen gezondheid



4.8.9. Problemen moeder – overig

In figuur 4.8.9 is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar de ervaren problemen met de gezondheid van de moeder zelf, direct na de bevalling. Dit is alleen bevraagd in de postnatale ReproQ. De figuur bevat dan ook alleen gegevens van de moeders die zijn bevallen. In de figuur is zichtbaar dat de vrouwen die problemen ervoeren met hun eigen gezondheid meer negatieve ervaringen hebben (9,4%) dan vrouwen die geen problemen ervoeren met hun eigen gezondheid (6,2%).

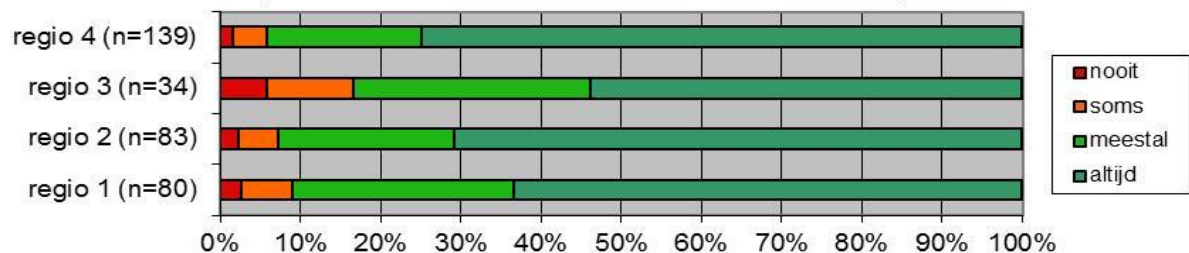
TABEL 4.8.9. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar ervaren problemen van de moeder



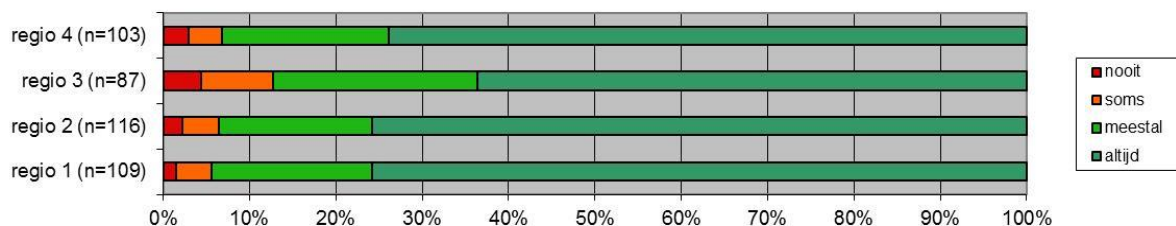
4.8.10. Regio's

In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar de verschillende regio's. Hier wordt, zoals vooraf afgesproken, anoniem over gerapporteerd. Uit de figuur blijkt dat, zowel voor de antenatale, als de postnatale ReproQ, de regio's 1,2, en 4 gemiddeld ongeveer hetzelfde aantal negatieve ervaringen hebben (regio 1 A-9,0%; P-5,6%; regio 2 A-7,1%; P-6,4%; regio 4 A-5,8%; P-6,8%). Regio 3 heeft meer negatieve ervaringen, dan de overige regio's (regio 3 A-16,7%; P-12,7%).

TABEL 4.8.10.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores naar regio



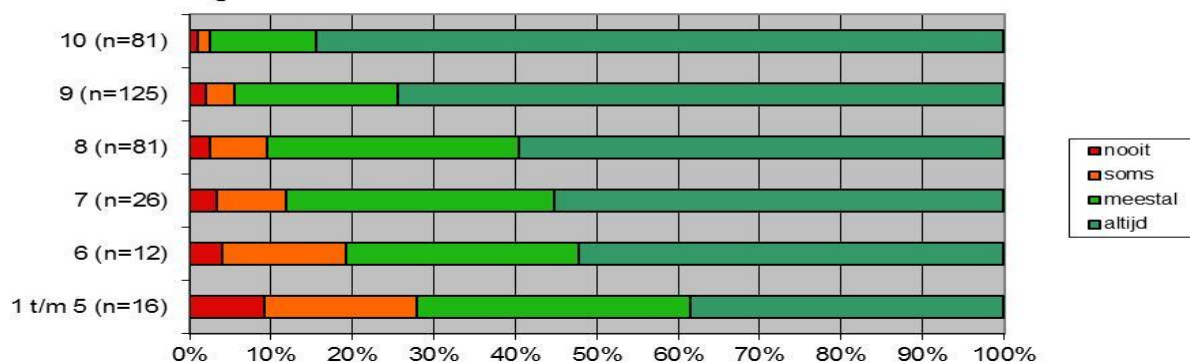
TABEL 4.8.10.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar regio



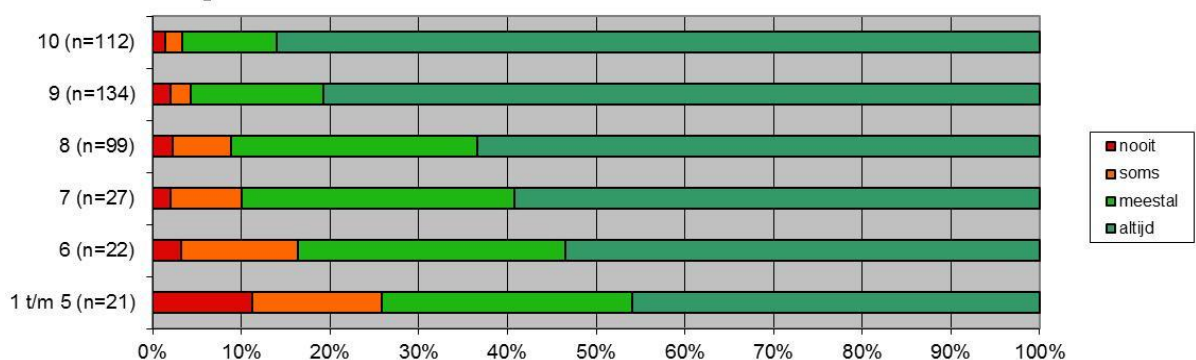
4.8.11. Cijfer totaalwaardering

In de vragenlijst is een vraag opgenomen naar de totaalwaardering van de ervaringen: een score van 0 tot 10 met als ankers “ik had een zeer slechte ervaring” en “ik had een zeer goede ervaring”. De betreffende vraag is blijkens een grondige Britse studie de beste manier om naar de totaalwaardering van ervaringen te vragen. In figuur is het gemiddelde van alle domeinvragen weergegeven, uitgesplitst naar de totaalwaardering die vrouwen geven aan de gehele zorg die ze hebben ontvangen. Uit deze validiteitscheck is duidelijk zichtbaar dat hoe hoger de totaalwaardering is hoe positiever de ervaringen. Dit is een belangrijke ondersteuning voor de validiteit en daarmee het gebruik van de ReproQ als beoordelend instrument. Wel is ook duidelijk dat de verschillen in kwaliteit zich vertalen in andere frequenties voor 'soms' en 'meestal'.

TABEL 4.8.11.1. ReproQ-antenataal. Gemiddelde domeinscores naar cijfer voor de totaalwaardering



TABEL 4.8.11.2. ReproQ-postnataal. Gemiddelde domeinscores naar cijfer voor de totaalwaardering



5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

5.1 Algemeen

Dit rapport beschrijft de resultaten van de psychometrische studie naar de ReproQ, een vragenlijst voor cliëntervaringen in de geboortezorg. Deze zorg is complex door het grote aantal type zorgverleners (verloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgende, etc) en de verschillende vormen van zorg: tijdens de zwangerschap wordt er andere zorg geleverd dan tijdens de bevalling en de kraamperiode. Daar komt bij dat de inhoud van de zorg samenhangt met het al dan niet hebben complicaties van de moeder en/of de baby.

De belangrijkste uitgangspunten bij het ontwikkelen van de vragenlijst staan hieronder vermeld.

TABEL 5.1.1. de 10 uitgangspunten bij het ontwikkelen van de ReproQ-kernvragen

- 1 het perspectief: organisatie- en lijnoverstijgend
- 2 de inhoud: 8 universele domeinen (WHO-Responsiveness)
- 3 de vraag: de concrete ervaring staat centraal
- 4 het antwoord: de frequentie van de (on)gewenste ervaring staat centraal
- 5 eenvoudig taalgebruik, korte directe zinnen
- 6 geschikt voor lage ses en niet-westerse vrouwen
- 7 antenatale en postnatale versie, met elk 2 referentieperioden
- 8 flexibiliteit t.a.v. scoringsmogelijkheden
- 9 kort (ca. 33 ervaringsvragen) en multimode toepasbaar
- 10 niet WMO-plichtig

In paragraaf 2.1.1. worden deze uitgangspunten uitgebreid beschreven.

De vragenlijst zoals in dit onderzoek was op verzoek van de opdrachtgever en in verband met het onderzoek uitgebreid met enkele subjectieve vragen over de ervaren uitkomst opgenomen, en enkele vragen over de eerdere ervaringen en over de mening over de vragenlijst.

Bij het ontwerp en psychometrische analyse is sterk rekening gehouden met de eisen en wensen die ten aanzien van CQ-Index vragenlijsten zijn geformuleerd (Sixma, 2008), met de kanttekening dat in sommige keuzes onderbouwd wordt afgeweken van het CQ-handboek. Er wordt beoogd uiteindelijk een goedgekeurde CQ-Index vragenlijst te realiseren.

Zoals hierboven gesteld is het doel van de ReproQ de kwaliteit van de geboortezorg vast te stellen vanuit het cliëntenperspectief. De vragenlijst had, echter, niet als pretentie c.q. doelstelling specifiek te kunnen aanwijzen wat de achtergrond is van een achterblijven in kwaliteit: daarvoor dient men specifiekere en langere vragenlijsten te gebruiken gericht op het speciale element, bv organisatievorm, discipline, stad/platteland, inhoud kindergeneeskundige zorg of kraamzorg in detail, etc. Omdat de ReproQ vragenlijst zo kort is zal een dergelijke uitbreiding meestal goed mogelijk zijn. Ook kan er natuurlijk gekozen worden voor een combinatie met kwalitatief onderzoek.

Voor onderstaande conclusies is allereerst gebruik gemaakt van de verzamelde data in de 4 regio's (Utrecht, Rotterdam, Roosendaal, Zuidoost-Brabant). In elk regio is de vragenlijst in diverse settings aangeboden. De zorgactoren speelden hierbij een sleutelrol door de email adressen te verzamelen na het vragen van toestemming. In totaal beantwoordden 396 zwangeren de antenatale vragenlijstversie, en 483 (andere) bevallen vrouwen de postnatale vragenlijstversie. Daarnaast is tijdens een Masterstage onderzocht of er aanpassingen en/of aanvullingen op de ReproQ nodig zijn, om de ReproQ ook geschikt te maken voor vrouwen met een lage sociaal economische status en vrouwen met een niet-westerse achtergrond. Hiervoor zijn 36 diepte interviews gehouden bij bovenstaande groepen (Drs. M. Hitzert, 2013). De samenvatting van de hierop volgende scriptie is opgenomen in Appendix H. Tenslotte is gebruik gemaakt van data materiaal van een directe voorloper van de ReproQ die in het Geboortecentrum Sophia is gebruikt. De samenvattingen van de hierover gepubliceerde artikelen staan in Appendix I.

Op grond van het geheel van deze verzamelde gegevens, met diverse cliëntgroepen, met zowel antenatale als postnatale gegevens, en met 4 verschillende regio's, en diverse settings, lijkt - met enkele geringe aanpassingen - de vragenlijst aan eerder beschreven uitgangspunten te voldoen.

Met deze in onze ogen beperkte aanpassingen (zie hierna voor details) lijkt de ReproQ een goede indruk te geven van de Nederlandse geboortezorg met de meest relevante onderwerpen. En hoewel de toepassing primair gericht is op geaggregeerde vergelijkingen tussen instellingen, regio's etc. verwachten wij ook dat onderscheid op respondentniveau voldoende is, om bijvoorbeeld in interventiestudies gebruikt te kunnen worden.

5.2. Technische aspecten

5.2.1 Afnamelogistiek

Het afnemen van iedere kwaliteitsvragenlijst vereist bij de verzender (hier de verzekeraar) kennis over het specifieke zorggebruik waar de vragenlijst voor bestemd is, en daarbij hetzij het startmoment of het eindmoment van deze zorg(episode). Bij zo'n lang en gevarieerd traject als de geboortezorg is dat een uitdaging en een afweging.

De standaardmethode van aanbieden van een CQ-vragenlijst is via de verzekeraar onaangekondigd toegezonden enquête, waarbij gebruik gemaakt wordt van zorgconsumptie gegevens om een specifieke zorggebruiker te herkennen. Er zijn bij ReproQ toepassing 2 uitdagingen: het vinden van zwangeren (liefst ook diegenen die nog niet in zorg zijn), en het op het goede momenten benaderen van de zwangere of bevallen vrouw. Dat is bij de standaardbenadering niet eenvoudig te realiseren. Bij de ReproQ is gemotiveerd - mede op basis van diverse studies in het verleden - gekozen voor benadering via meewerkende zorgactoren, en een splitsing in een antenatale en een postnatale vragenlijst, die identieke structuur hebben, maar in hun vragen soms verschillen omdat ze aan verschillende situaties refereren. De kern van een goede afname-logistiek van de ReproQ is dat de

vragenlijst antenataal (rond 32 weken) en postnataal (maximaal 12 weken post partum) moet worden afgenomen, waarbij de bevaldatum (een klein deel bevalt < 37 weken, zeg 8%) nogal kan variëren, en waarbij de start van de antenatale zorg niet samenvalt met een vast tijdstip op de tijdsas van de zwangerschap.

In de pilotstudie was de rol voor de zorgverlener bescheiden: zwangeren/bevallenen werden via hen uitgenodigd om hun email-adres voor enquêtering af te geven, waarbij het tijdstip op de zwangerschaps-as aan zorginformatie werd ontleend, zodat de vragenlijst(en) op het goede moment werden aangeboden.

Deze logistiek had als oogmerk specifiek te zijn (alleen zwangeren benaderen die aan de voorwaarden voldeden, dus geen eenmalige bezoekers of miskramen o.i.d.), de deelname te verhogen, niet belastend te zijn voor de cliënt en de zorg, en de betrokkenheid van de zorgverleners - ook i.v.m. de interpretatie/gebruik van de gegevens - te verhogen.

De ervaring is gemengd.

Het is zeer goed gelukt alleen zwangeren/bevallenen te bereiken en de beoogde goede timing te realiseren. Echter, de inspanning op praktijkniveau varieerde: bij een centraal 1e zwangerschapscontrolemoment kost het minder werk, dan bij intakes op diverse poli's of zelfstandig werkende medewerkers.

Logistiek blijken maar weinig centra in staat de afspraken digitaal te volgen. Hierdoor nam het non-responsonderzoek, waarin de karakteristieken van de respondenten wordt vergeleken met de non-respondenten, veel meer tijd in beslag dan gedacht.

Verder is de deelname met name antenataal weliswaar hoger dan verwacht, maar wel selectiever dan gehoopt: de participatie van met name laagst opgeleiden, en in mindere mate van de vrouwen met een niet-westerse etniciteit, was laag ondanks een opzet die erop gericht was (zowel wat betreft het gehanteerde concept, de vragen zelf, en de afname omgeving) deze groep zoveel mogelijk te laten participeren. Dit was het geval in alle regio's, terwijl er toch enige variatie was in afname procedures. Naar de participatie van deze groep, is door de onderzoekers uitgebreid onderzoek verricht, zowel voor- als achteraf. In Rotterdam is de participatie onderzocht in de context van eerdergenoemd Master-onderzoek en de voorloper van de ReproQ. Van belang voor de hierna volgende interpretatie en aanbevelingen van de resultaten van de ReproQ-studie, is het resultaat van de voorloper van de ReproQ, waar vrijwel complete respons werd bereikt, ook onder kwetsbare groepen. Het betreft een vooronderzoek in het Geboortecentrum Sophia te Rotterdam dat aan deze studie voorafging; daarbij werd de zwangere/bevallen vrouw op locatie, maar buiten de behandelcontext geïnterviewd (met een uitgebreidere voorloper van de ReproQ) door een onafhankelijke interviewer.

Onze voorlopige conclusie is dat niet zozeer opzet, inhoud of afname medium (webcast) van de vragenlijst het probleem vormt, maar het middel van anoniem vragenlijstonderzoek als zodanig: laagst opgeleiden lijken weinig gemotiveerd hun stem te laten horen, waarbij wij vermoeden dat dit als zinloos wordt ervaren en daarmee als tijdverspilling; ook wantrouwen tegen 'onderzoek' en het

omgaan met onderzoeksgegevens, zeker als deze digitaal worden verzameld en niet in een persoonlijk gesprek.

Met betrekking tot de participatie van vrouwen met een lage SES leverde overleg met Pharos en informeel overleg met collegae van het AMC geen nieuwe aanknopingspunten op. Zij deelden de mening dat de non-participatie deels kan worden verklaard door ongeletterdheid/analfabetisme, ook onder allochtone vrouwen. Een hieraan grenzende aanbeveling is het face-to-face interviewen in een vertrouwde setting bij vrouwen met een lage SES en allochtone vrouwen, om zo de participatie te verhogen. Dit wordt bevestigd door voorgaand onderzoek.

Het belang van dit knelpunt kan niet worden onderschat: uit de nationale gegevens over de geboortezorg blijken substantiële verschillen in kwaliteit van uitkomsten naar etniciteit en sociaaleconomische status, en ook grote verschillen in zorgproces bij vergelijkbare zwangerschappen. Het is aannemelijk dat deze zich ten dele vertalen in verschillen die via de ReproQ worden gevonden; het is gezien de WHO-opzet zelfs zo dat men zou mogen hopen dat specifieke domeinuitkomsten een aanwijzing zouden kunnen geven welke specifieke cliëntervaringen verbonden kunnen worden met minder goede uitkomsten. Als deze zwangeren/bevallenen niet participeren dan leidt dat enerzijds tot aanmerkelijke nivellering van de uitkomsten bij vergelijking tussen centra, en anderzijds tot minder mogelijkheden de kwaliteit - via instrumenten van de verzekeraar - te verbeteren. Wat betreft nivellering is niet uit te sluiten dat het in andere CQ vragenlijsten vastgestelde beperkte vermogen tot discriminatie tussen instellingen/maatschappen bij sommige zorgvelden door non-participatie van deze 2 groepen wordt veroorzaakt.

Het is moeilijk onze ervaringen te vergelijken met andere CQ-lijsten, en aldaar geformuleerde aanbevelingen, omdat de representativiteit (vergelijking participanten-niet participanten) niet standaard in beeld wordt gebracht: incidenteel wel leeftijd en geslacht representativiteit, maar niet voor etniciteit en SES, wat mede veroorzaakt wordt door het feit dat verzekeraars zelf niet over deze informatie kunnen en mogen beschikken (registratiewetgeving).

Er is niet gedetailleerd onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om via de verzekeraar de vragenlijst af te nemen, omdat deze via de facturering pas (te) laat op de hoogte is van een zwangerschap/bevalling, en verder weinig aanknopingspunten heeft voor de zwangerschapsduur. Indirecte aanwijzingen kunnen komen uit de (aanvraag voor) kraamzorg (maar deze is niet 100%); verder bestaat gedetailleerde informatie over zwangerschap (met nog onbekende mogelijkheden tot koppeling aan een enquête) bij R.I.V.M. en Sanquin i.v.m. met specifieke landelijke diagnostiek. Een essentiële voorwaarde voor de huidige afname is verder uiteraard dat de zwangere beschikt over een persoonlijk toegang tot internet.

Aanbevelingen

De aanbevelingen met betrekking tot de afnamelogistiek, zijn in te delen in 2 categorieën: 1) de wervende partij de manier waarop de vrouwen geworven worden, met als subgroepen: 2) alle vrouwen en 3) moeilijk bereikbare vrouwen (lage SES en/of niet-westerse etniciteit).

1) De wervende partij

- op dit moment worden de vrouwen geworven door de zorg instellingen. Dit hoeft niet veranderd te worden voor een eventuele vervolgstudie.
- de mogelijkheden tot digitale afname via de verzekeraar worden in samenwerking met verzekeraars en andere relevante actoren onderzocht;

2) Alle vrouwen

- de huidige wervingsbrief zal niet meer om toestemming vragen voor het toesturen van een of beide versies van de vragenlijst: vrouwen die toestemming geven krijgen standaard beide vragenlijsten toegestuurd.

3) Moeilijk bereikbare groepen

Het belangrijkste probleem bij de werving is de non-participatie van vrouwen met een lage SES, en in mindere mate vrouwen met een niet-westerse etniciteit. Het blijkt dat deze vrouwen minder snel aan het onderzoek mee doen. Wanneer ze echter gestart zijn met het invullen van de vragenlijst wordt deze veelal afgemaakt.

Op basis van onze resultaten en overleg met andere deskundigen zijn er enkele mogelijkheden tot verbetering van deelname, die evenwel altijd een verandering van de CQ-procedure als zodanig inhouden m.b.t. anonimiteit en de rol van de zorgverlener, en die verder verbonden zijn met extra kosten:

- Het invullen van de vragenlijst op de zorglocatie (webbased of op papier) onder begeleiding van een niet-zorg betrokken ondersteuner (bv gastvrouw);
- Het persoonlijk interviewen van de vrouw (m.n. indien afkomstig uit moeilijk bereikbare groepen) op zorglocatie a.d.h.v. van de vragenlijst, door een onafhankelijke derde; net als bij de voorgaande optie, kan hierbij gekozen worden voor een steekproefsgewijze pragmatische aanpak om kosten te reduceren;
- Het via de primaire behandelaar (niet een ander) actief voorleggen van de vragenlijst in de spreekuursituatie, als onderdeel van de normale zorg;
- Het verbinden van concrete voordelen voor de zwangere/bevallende vrouw aan invulling van de vragenlijst; Over de invulling van deze voordelen zal in een latere fase van het onderzoek worden gesproken.
- De vrouwen bellen voor een telefonisch interview.
- Specifiek voor etnische groepen: het voorbereiden van zwangeren/pas bevallende op deze enquêteering via groepsinformatie in een voor de betreffende groep relevante context.
- Specifiek voor etnische groepen: het inschakelen van sleutelfiguren die de vrouwen kunnen benaderen als ze vragen hebben over het onderzoek of de vragenlijst. Sleutelfiguren zijn mensen uit de eigen wijk/omgeving, en niet uit de zorg die een belangrijke rol spelen in het dagelijks leven van de vrouwen, zoals bijv. de imam. Deze mogelijkheden kunnen worden gecombineerd. Ze kunnen wat betreft hun effect in separaat onderzoek worden onderzocht. Voor het overige zijn er geen algemene aanbevelingen om de ReproQ te wijzigen.

5.2.2 Opzet met 2 versies en 2 referentiemomenten

Deze paragraaf combineert logistieke met inhoudelijke aspecten.

De belangrijkste keuzes wat betreft de opzet vormden de 2 versies (antenataal, postnataal), en, binnen elke versie, de referentie aan 2 momenten (antenataal: eerste controle, tweede helft zwangerschap), postnataal (baring, kraambed). De eindresultaten worden berekend per versie. Afgaande op de uitkomsten en de focusgroepen lijkt het onderscheid antenataal/postnataal met elk een eigen afnamemoment (met bij voorkeur beide afnamemomenten per deelnemende vrouw) een goede keuze.

Antenataal is er een beperkt verschil in beantwoording tussen eerste en tweede referentiemoment, postnataal is dit verschil op domeinniveau aanzienlijk. Het is niet uit te sluiten dat het gebrek aan verschil antenataal voortkomt uit de weinig expliciete formulering: 'tijdens de eerste controles'.

Anderzijds kan het geringe verschil reëel zijn omdat in onze groep niet veel verwijzingen tijdens de zwangerschap voorkwamen, een bekende factor die tot verschil in ervaring leidt.

Mogelijk het belangrijkste argument om de huidige situatie te handhaven is dat kwaliteitsvragen over de antenatale situatie lastig te beantwoorden zijn zonder tijdsindicatie, terwijl met grotere aantallen en een groter aandeel van verwijzingen tijdens de zwangerschap meer reliëf komt in de waarnemingen.

Aanbevelingen

- De structuur van de ReproQ, met 2 versies voor 2 afnamemomenten, en binnen iedere versie referentie aan 2 tijdsperiodes blijft vooralsnog gehandhaafd; Omdat de zorgverleners slechts eenmalig om het (e-mail)adres vragen, zorgt dit niet voor extra belasting van de zorgverleners
- De resultaten voor de postnatale periode dienen zowel opgesplitst naar referentiemoment als gecombineerd te worden getoond.

5.2.3 Digitale afname (LimeSurvey) vs. papier

Los van de vraag naar de logistiek, is er de vraag naar het medium: webbased [in ons geval via LimeSurvey], papier en/of gestructureerd interview (in persoon, telefoon). Er is geen voordeel van een papieren vragenlijst gebleken; de digitale afname geeft meer controle over missende waarden, en laat een routing toe. Deze routing bevatte een - gelukkig niet essentiële - fout die inmiddels is verbeterd. Verder is het management van enquêtering eenvoudiger en goedkoper indien van webbased enquêtering gebruik wordt gemaakt. Het is - ook uit eerdere CQ-rapporten - onbekend welk deel van de zwangeren/bevallenen hiermee indirect wordt uitgesloten.

Aanbevelingen

- De digitale afname heeft de voorkeur ten opzichte van papieren versie; een papieren versie is vooral in de context van wetenschappelijk onderzoek nuttig in voorkomende gevallen;
- Een persoonlijk interview versie met leidraad wordt opgesteld.

5.2.4 Taal

Aan taal onderkennen wij 2 aspecten:

- Eenvoud van taal gebruik;
- De talen waarin de vragenlijst beschikbaar is.

Wat betreft het taalgebruik heeft de nadruk op eenvoudige syntax en het gebruik van veelvoorkomende woorden geleid tot een vragenlijst die ook in de mondelinge reacties als niet-complex wordt ervaren. Hoewel zwangeren - ook van etnische herkomst - meestal de Nederlandse taal machtig zijn, geldt dat niet voor enkele kwetsbare groepen. De oplossing is vermoedelijk niet het ter beschikking stellen in allerlei talen, omdat bij deze kwetsbare groepen de niet-participatie op andere gronden berust. Maar enkele vertalingen zouden kunnen worden aanbevolen.

Aanbeveling

- De ReproQ wordt aangeboden in Nederlands, Engels, Turks, en mogelijk Duits (i.v.m. toename Oost-Europese migranten).

5.3. Inhoud ReproQ versie 1

Hier richten we ons primair op de module met ervaringsvragen: de ReproQ in engere zin. Hieronder worden de inhoudelijk verbeterpunten behandeld. Op diverse vragen is ook door gebruikers gereageerd. Appendix J en K geeft voor de antenatale respectievelijk de postnatale versie een gedetailleerde beschrijving van de definitieve mutaties, en hun achtergrond.

5.3.1 Domeinen en items van de ReproQ

Bij het ontwerpen van de ReproQ is gekozen voor een formatief meetmodel door gebruik te maken van het bestaande WHO-concept 'responsiveness' dat in 8 domeinen is uitgewerkt. Dit wijkt af van de procedure in het CQI-handboek, die neerkomt op een zogeheten reflectief meetmodel. In de CQI-procedure worden domeinen verkregen, 'ontdekt', door middel van exploratieve factoranalyse op de ervaringsitems. Er wordt gezocht naar latente (niet waarneembare) variabelen door het statistisch determineren van covariantie tussen variabelen, die worden beschouwd als de geobserveerde indicatoren van de latente constructen. De statistische samenhang tussen items wordt geïnterpreteerd als inhoudelijke samenhang, en het ontbreken ervan als het ontbreken van inhoudelijke samenhang. Zoals in hoofdstuk 4 ook aan de hand van voorbeelden is getoond is deze redenering minder van toepassing op cliëntervaringslijsten, en wel minder naarmate de ervaringen concreter worden omschreven. Verder geldt dat bij een klein aantal items per domein grote samenhang feitelijk verplicht tot dezelfde vraag min of meer 2 keer te stellen om een aanvaardbare statistische samenhang en interne consistentie te verwerven.

Een andere benadering die wel van factoranalyse gebruik maakt, maar meer aansluit bij de ontwikkeling van de vragenlijst volgens concepten en bewuste groepering van items (bv via

focusgroepen zoals bij de WHO en in deze studie), is het formatieve meetmodel: hierbij worden domeinen primair geconstrueerd op basis van inhoudelijke argumenten, en niet alleen op basis van statistische criteria. Een aantal activiteiten vormen samen een domein, in tegenstelling tot een reflectief model waarbij het latente construct bepaald welke activiteiten/items bij elkaar zouden horen. Bekende voorbeelden van formatieve meetmodellen zijn de Apgar score en de human development index (een compositie van levensverwachting, opleidingsniveau en inkomen).

Een nadeel van een instrument dat formatief is ontwikkeld, zoals de ReproQ, is soms dat het iets minder efficiënt is dan mogelijk in een gegeven situatie. Een vaak nog groter nadeel van een reflectief meetmodel, zoals standaard gebruikt wordt bij ontwikkeling van CQ-indexen, in onze context is dat bij iets andere dan de testpopulatie (die voor de constructie gebruikt is (bijvoorbeeld als testpopulatie alleen vrouwen die in de eerste lijn zijn bevallen en in de daadwerkelijke studiepopulatie vrouwen die over de hele keten bevallen)), of binnen inhoudelijk aangeduide subgroepen, de samenhang anders is.

Bij de psychometrische analyse van de ReproQ gaan we in het licht van deze overwegingen uit van het formatieve meetmodel (de 8 WHO-domeinen), waarbij we aanpassingen baseren op de resultaten van deze exploratieve factoranalyse, interne consistentie en inhoudelijke overwegingen.

Deze inhoudelijke overwegingen zullen hieronder worden behandeld.

(1) Allereerst is er in de ReproQ sprake van verschillende type items: items die over de ervaren houding van de zorgverlener, de andere meer betrekking hebbend op concrete situaties. Dit komt tot uiting in weinig (statistische) samenhang tussen items die inhoudelijk gerelateerd zijn. Twee voorbeelden hiervan uit onze data: bij 'kwaliteit van de faciliteit' was vastgesteld dat geschiktheid van de ruimte, comfort, hygiëne en kwaliteit van het eten het meest relevant waren; maar empirisch blijken comfort van de kamer en hygiëne van het toilet etc. niet samen te hangen. Hier zeggen Cronbach's alpha en factoranalyse dus niet zo veel over de validiteit van het domein. Een tweede voorbeeld vormen de autonomie vragen: meer zeggenschap over de plaats van de bevalling hangt zelfs licht negatief samen met de uitgebreidheid waarmee de keuze voor al dan niet Down test is ondersteund, en beide specifieke vragen zijn empirisch niet zo duidelijk verbonden met de algemene vragen naar de mogelijkheid om mee te beslissen, of nee te zeggen. De 4 vragen zijn niettemin alle onbetwist aspecten van meebeslissen, de eerste specifiek betrekking hebbend op ervaren houding van de zorgverlener, de andere meer betrekking hebbend op concrete situaties, en in die situaties zegt dus de factorstructuur wederom niet zoveel over deze conceptuele samenhang. Omdat we uitgaan van een formatief model, waarbij de invulling van de domeinen uitgebreid is getest door de WHO, aangrenzende studies en de ReproQ-studie zelf, wordt meer belang gehecht aan het model dan aan de statistische samenhang van de antwoordrespons die zichtbaar is geworden naar aanleiding van de factoranalyse,

(2) Beoordelingstechnieken zoals interne consistentie maten hebben op de achtergrond de verwachting dat de antwoorden op items normaal verdeeld zijn; dan functioneren deze technieken optimaal. Maar onze populatie bestaat niet uit zieke personen maar is - vooral antenataal - gezond en bovendien zeer tevreden met de zorg voor zover die een rol speelt. De antwoorden zijn - gelukkig - dus niet normaal verdeeld. Het criterium van een normaal verdeelde uitkomst hanteren voor goede kwaliteitsvragen naar geboortezorg is daarom artificieel. Uit vooronderzoek en gepubliceerd onderzoek is duidelijk dat over het algemeen de cliëntervaringen gemiddeld goed tot zeer goed zijn (in technische termen scheef verdeeld). Mede om deze reden hebben wij nooit de items uitgesloten van analyse op basis van scheve verdeling. Dat is een argument naast het argument dat het niet correct is om inhoudelijk relevante items alleen op basis van statistische analyse te verwerpen.

(3) Er zijn belangrijke communicatieve en pragmatische voordelen verbonden bij het handhaven van een parallel tussen antenatale en postnatale versie, en binnen de versies tussen de 2 referentieperiodes. Op een bepaalde manier kan men de ReproQ als 4 vragenlijsten beschouwen voor 4 tijdstippen tijdens de gehele zwangerschaps-/bevallen periode, met de restrictie van gelijke domeinstructuur en parallele vragen. Settings en professionals en gebruikers kunnen hun voordeel doen met de wetenschap of bv communicatie over de hele linie (van het VSV) niet in orde is of alleen voor een stukje van de keten (leer van het 'goede' deel).

Met deze overwegingen in gedachten, en kijkend naar de analyseresultaten komen wij op de volgende conclusies.

- Ten aanzien van de content-validiteit leverden Fase II van dit onderzoek en het gerichte onderzoek onder laagopgeleiden en vrouwen van etnische herkomst geen aanwijzingen t.a.v. missende of overbodige domeinen. Ook de relevantie waardering van de domeinen geeft geen aanwijzing voor een minder relevante domein. Deze universaliteit is de winst van het gebruik van de WHO-domeinen van cliënt-ervaringen en de grondige checks bij focusgroepen, waarover een aparte rapportage beschikbaar is.

- In de empirische factor structuur van de ReproQ (in analyses waarbij alle vragen behalve de facilitatievragen zijn opgenomen) zijn de domeinen grotendeels afzonderlijk herkenbaar; sommige domeinen liggen dicht bij elkaar maar dat betreft steeds domeinen waarvan de inhoud ook nauw verwant is, en waarvan sommige ervaringsvragen bij het ontwerp enigszins arbitrair in een domein zijn geplaatst. Dit zijn situaties waar de factoranalyses ondersteunen bij aanpassingen.

- Respect en communicatie liggen als domein dicht tegen elkaar aan: in de antenatale en kraam-analyses vormen zij samen een domein, in de bevalling-analyse staan ze los. Omdat ook de interne consistentie van de afzonderlijke domeinen acceptabel (>0.7) is, blijven ze apart.

- Autonomie en Sociale ondersteuning liggen dicht tegen elkaar.

Wat betreft Autonomie en Sociale ondersteuning is duidelijk dat rekening houden met de behandelwensen empirisch samengaat met rekening houden met praktische aspecten en betrokkenheidsaspecten van het gezin. Toch gaat het hier om wezenlijk verschillende aspecten van

de zorgrelatie. Inhoudelijk heeft het daarom zin Sociale ondersteuning en Autonomie gescheiden te houden, en als domein van voldoende omvang (3 vragen of meer).

Op basis van de exploratieve factoranalyse is de vraag 'Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?' verplaatst van het domein privacy naar het domein respect. Daarnaast is de vraag 'Besliste u mee over de plaats van bevallen?', mede op basis van argumenten in de begeleidingsgroep, vervangen door de vraag 'Besliste u mee over uw geboorteplan?'. De essentie van de vraag gaat in beide gevallen om meebeslissen, waarbij het geboorteplan alles omvattender is dan de plaats van bevallen.

- De autonomie vragen zijn in 2 groepjes van 2 vragen te onderscheiden: algemene houding (van de zorgverleners) vragen, en specifieke ervaringen. Hoewel deze ervaringen feitelijk niet zo sterk samenhangen is het om inhoudelijke redenen sterk gewenst deze 4 vragen bijeen te houden. Het is kennelijk nu eenmaal zo dat de ene setting/instelling sterk is op het ene aspect van autonomie en een andere setting/instelling op het andere, terwijl de relatie 'ervaren houding' met 'concreet gedrag' niet sterk is. Dat ligt niet aan de vragen maar aan de werkelijkheid.

- Het domein Privacy (vertrouwelijk omgaan met informatie) is niet als zelfstandig domein herkenbaar: het item 'Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverlener' blijkt statistisch bij het domein respect te horen (zie hierboven); het item 'Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken?' wisselt per analyse sterk van plaats. Kennelijk is de interpretatie van deze vraag niet eenduidig. Als dit wel zo zou zijn, zou de vraag steeds in hetzelfde domein wordt ingedeeld bij de exploratieve factoranalyse. Om deze reden wordt dit laatste item geschrapt. Daarmee vervallen beide vragen uit het Privacy. Om toch het construct te handhaven, zoals dat door de WHO ontworpen is, is opnieuw invulling gegeven aan het domein, met drie nieuwe vragen. Deze waren reeds in de voorbereidende fase als mogelijkheid overwogen.

- In het domein Communicatie zijn geen veranderingen aangebracht.

- Tijd-tot-hulp was een goed samenhangend domein ondanks de heterogeniteit van de vragen, waardoor vooraf een zelfde resultaat als bij autonomie werd verwacht. Het is kennelijk - toeval of niet - zo dat toegankelijkheid in de breedste zin des woords in onze pilot centra sterk samenhangt. De toekomst zal leren of dit ook geldt op andere lokaties.

- Bij bespreking van de resultaten; vergelijking van de vragen met de invulling die de WHO geeft aan de domeinen (Valentine, 2003, hoofdstuk 4); en een toelichting van N. Valentine, is er bij het domein sociale ondersteuning er voor gekozen de vraag 'Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden?' te verwijderen, omdat dit onvoldoende de volledige lading dekt van de invulling die de WHO geeft aan dit domein, en daarnaast zit 'aandacht voor' in 'in rekening houden met', wat is opgenomen in een van de latere vragen. Daarnaast is de vraag 'Hielden uw zorgverleners rekening

met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken?’ algemener gemaakt. Er is een vraag bij gekomen die de lading van het WHO domein dekt.

- Het domein faciliteiten was moeilijk als geheel te onderzoeken in zijn oorspronkelijke vorm bij de postnatale versie van de enquête, omdat er een groot verschil bestond tussen de vragen voor thuis en ziekenhuis. In specifieke analyses bleken vragen de over (geschiktheid van) inrichting, hygiëne en comfort een groepje, naast afzonderlijke items over voeding en televisie/internet. Deze laatste vragen zijn betrekkelijk zinloos thuis, of bij een kortdurende poliklinische bevalling. In de antenatale versie vormen de items wel een eigen domein. Omdat bij de postnatale versie de 3 eerst genoemde items wel samenhangen en bij de antenatale versie ook (maar daar ook met nog een andere vraag) is een elegante en efficiënte oplossing voor dit domein terug te gaan naar 3 vragen zowel antenataal als postnataal over (geschiktheid van) inrichting, hygiëne en comfort. Dat betekent vereenvoudiging en inkorting van de postnatale vragenlijst, en een beperkte herformulering van de 3 bestaande vragen om deze zo algemeen te maken dat deze voor thuis, geboortecentrum, en (poli)klinisch toepasbaar is.

- Keuze&continuïteit, presteert hier wisselend, zoals ook bleek bij de analyses van de WHO zelf. Antenataal bleek bij de factoranalyse dit domein in 2 gesplitst, tijdens de bevalling is het 1 domein, tijdens de kraamtijd valt de helft van de items (die rondom de concrete overdrachtsituatie) samen met tijd-tot-hulp en de helft samen met sociale ondersteuning. Er zijn veel argumenten die pleiten voor behoudt van de parallel tussen de antenatale versie en postnatale versie, zelfs als in dit geval voor de in totaal 4 referentieperiodes deze set items niet dezelfde samenhang heeft.

Echter is op basis van de factor analyse besloten de vraag ‘Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?’ te verplaatsen naar het domein Tijd tot geboden hulp. Om de vragenlijsten zo veel mogelijk analoog te houden, is er voor gekozen deze vraag ook op te nemen in de antenatale versie van de vragenlijst.

Naast de statische analyses zijn Pharos en collegae van het AMC geconsulteerd, omtrent de moeilijk bereikbare vrouwen. Dit aspect was tweeledig: 1) de werving (zie hoofdstuk 4.9 en 5.2.1.) en 2) de inhoud van de vragenlijst. Tijdens de consultatie werd vooral eenvoudige taalgebruik geadviseerd, wat al een uitgangspunt was. Consultatie heeft niet geleid tot andere vragen. Daarnaast is de ReproQ vergeleken met de migrant specifieke CQ-kraamzorg (Pharos, 2013). Hieruit bleek dat de vragen inhoudelijk niet verschillen. Ook gaf de Masterscriptie geen aanleiding om items inhoudelijk te veranderen. Op inhoudelijk gebied hebben er dan ook geen wijzigingen plaatsgevonden.

Tot slot zijn van de ReproQ vergeleken met de vragen die worden aanbevolen door het CQ handboek. Deze vergelijking heeft binnen de ervaringsvragen niet geleid tot veranderingen. Een overzicht van de vergelijking tussen de ReproQ en de aanbevelingen van het CQ-handboek staat in Appendix L.

Aanbevelingen

- De domeinstructuur van de ReproQ blijft ongewijzigd.
- Er is opnieuw invulling gegeven aan het privacy domein.

- Eén autonomie item en één privacy item worden aan respect toegevoegd.
- Het domein Sociale ondersteuning is aangepast, om zo een betere invulling te geven aan het domein zoals de WHO dat heeft omschreven.
- Het domein faciliteiten wordt voor beide versies teruggebracht naar 3 (bestaande) items met inrichting, hygiëne en comfort als onderwerp. De overige items vervallen.
- Enige heterogeniteit in domein Keuze&continuïteit (over versies, referentieperiodes) wordt geaccepteerd.
- Eén item uit het domein Keuze&continuïteit is toegevoegd aan Tijd tot geboden hulp, en is overgenomen in de antenatale versie van de vragenlijst.
- Enkele vragen zijn in verband met het taalgebruik aangepast.
- Er zijn geen vragen gewijzigd na consultatie van andere experts op het gebied van moeilijk bereikbare groepen.
- N.a.v. de vergelijking tussen de ReproQ en de CQ-aanbevelingen zal een vraag over de algemene gezondheidstoestand worden toegevoegd.

5.3.2 Antwoordschaal ReproQ

Na vooronderzoek is besloten, ook i.v.m. de wens tot uniformering van de respons vanuit CQ perspectief tot het zo consequent mogelijk hanteren van een ordinale responsvorm met 4 categorieën: altijd, meestal, soms, nooit. In een enkel geval moest worden uitgeweken naar een ja/nee antwoord omdat de gebeurtenis waarnaar verwezen werd eenmalig is. Dit leidde verder niet tot problemen. De huidige termen zijn een zgn. frequentie maat. Het alternatief is een intensiteitsmaat bv helemaal, grotendeels, een beetje, helemaal niet in combinatie met een vraag of een kenmerk aanwezig is. Deze laatste aanpak bleek vaker tot problemen in het formuleren van de items te leiden.

De nu gekozen schaal, met de huidige labels, leidt tot een redelijke antwoordverdeling vanuit meetoogpunt, en een verrassend goede antwoordverdeling gegeven de verwachting dat vrijwel alle zwangeren/bevallenden doorgaans erg positief over de zorg zijn (zowel als het goed afliep als wanneer het niet goed afliep). Verfijning van de schaal in het gunstige gebied wordt ontraden omdat jarenlang onderzoek binnen de EuroQol-groep naar verfijning van labels in het 'goede' gebied opleverde dat de persoonlijke interpretatie en ordening van deze labels teveel varieert tussen personen (persoonlijke mededeling Bonsel). Termen als 'heel goed' en 'uitstekend' zijn voor sommigen identiek, en soms is 'heel goed' beter dan 'uitstekend'.

Het is onvermijdelijk dat een aantal vragen ook het antwoord 'niet van toepassing' heeft. Soms is technisch te verdedigen dat het antwoord 'nooit' dan zou kunnen worden ingevuld, maar dat vereist in feite kennis van de respondent over de intentie en scoring van de vraag.

Aanbevelingen

- De ordinale 4 punts schaal blijft ongewijzigd;
- Een "niet van toepassing" categorie moet worden toegepast waar relevant.

5.3.3. Test-hertest

Een ander aspect voor de beoordeling van technische kwaliteit is de individuele test-hertest informatie: in welke mate scoort de vragenlijst hetzelfde bij herhaalde afname (en overigens ongewijzigde omstandigheden). Dit geeft een beeld van de willekeurige fout (de ruis, de zgn. random fout), en deze individuele zogeheten test-hertest betrouwbaarheid is bepalend voor het onderscheidend vermogen, niet alleen op individueel niveau, maar ook op bv instellingsniveau.

Test-hertest maakt geen deel uit van de standaard beoordeling van de CQ maar is wel wenselijk vooral in verband met discriminatie studies. Dergelijke studies zijn doorgaans moeilijk te realiseren in een 'real life' setting omdat velen niet bereid zijn binnen korte tijd 2 keer dezelfde vragenlijst te beantwoorden terwijl ook zorgverleners vaak twijfelen over nut en noodzaak.

Bij voldoende omvang van de hertest kan dan de responsivens van de vragenlijst worden bepaald, een kenmerk dat nauw samenhangt met het discriminatievermogen op instellingsniveau.

Praktisch gezien vullen vrouwen bij het bepalen van de test-hertest betrouwbaarheid twee keer, in relatief korte tijd, dezelfde vragenlijst in. Waarbij de situatie van de vrouwen niet veranderd mag zijn. Zo mag een vrouw die de antenatale lijst invult, niet bevallen zijn bij het invullen van de vragenlijst voor de tweede keer. Vervolgens worden de antwoorden van de twee metingen op individueel niveau met elkaar vergeleken. De overeenkomst in antwoorden is een indicatie voor de kwaliteit van de vraag, en uiteindelijk de vragenlijst als geheel. Wanneer de resultaten van de huidige deelnemers wordt vergeleken met de antwoorden uit een vorige meting met andere deelnemers, geeft dit een indicatie van de vergelijkbaarheid van de populatie (mits de zorg hetzelfde is gebleken) of van de zorg (mits de karakteristieken van de populatie gelijk zijn). Dit is echter geen indicatie voor de kwaliteit van het instrument.

Aanbeveling

- De test-hertest eigenschappen van de ReproQ zouden moeten worden bepaald in afzonderlijk onderzoek.

5.4 Overige modules van de ReproQ versie 1

Conclusies worden t.a.v. onderstaande aspecten geformuleerd; de afzonderlijke aanbevelingen zijn niet onderstreept mede omdat deze vaak van randvoorwaarden en externe keuzes afhangen.

Appendices J en K bevatten de mutaties richting versie 2; in een enkel geval is een optie later alsnog te realiseren als dat nodig mocht blijken.

5.4.1. Bevalketen

In de antenatale ReproQ zijn 4 vragen opgenomen om het zorgproces van de cliënt in beeld te brengen, in de postnatale ReproQ zijn dit 6 vragen. Bij de postnatale ReproQ, brengt dit alleen het

proces in beeld vanaf de bevalling. Omdat niet alle vrouwen beide versies van de vragenlijst invullen is hierdoor in de postnatale vragenlijst een deel van het zorg proces onbekend. Het is echter wenselijk om het hele zorgproces in beeld te brengen.

Aanbeveling

- De vragen die het zorgproces in de antenatale ReproQ in beeld brengen, worden toegevoegd aan de postnatale ReproQ.

5.4.2 Subjectieve ervaring

Een expliciet verzoek van de opdrachtgever was om in de vragenlijst een aantal vragen over de ervaren uitkomsten op te nemen. In de postnatale ReproQ zijn 4 vragen opgenomen als Patiënt Reported Outcome Measure (PROM). Dit begrip is hier niet simpel toepasbaar. Dit heeft een aantal redenen. Normaal vraagt men bij een PROM naar de perceptie van de patiënt over de medische uitkomst op dit moment, maar hier geldt dat er (1) tenminste 2 'patiënten' zijn (moeder, kind), (2) de uitkomsten van het kind sowieso moeilijk te beoordelen zijn door een leek (de misvattingen zijn talrijk), en bovendien pas na 1 a 2 jaar duidelijk worden, (3) over de tijd andere zaken in de uitkomst van belang worden geacht, iets dat in relatie tot het afnamemoment van de vragenlijst belangrijk is. Daarom zijn de 4 vragen weliswaar zinvol vanuit de gedachte dat ook de perceptie van belang is, maar triviaal ten opzichte van enkele harde klinische gegevens omtrent de uitkomsten van geboortezorg.

De vragen gaan over de ervaren problemen met de gezondheid en opname van de moeder en het kind. De vragen zijn algemeen van aard, waardoor ze 1) een brede schaal aan problemen wordt gedekt; 2) de vragen gesteld kunnen worden voor de moeder als het kind; 3) er geen medische kennis nodig is om de vragen te beantwoorden. Wanneer men specifiek wil weten hoe de ervaren uitkomst was van een moeder op een bepaald onderwerp, bijv. pijn, zal het aantal vragen toenemen.

Aanbeveling

- Om de beide versies van de vragenlijst zo gelijkwaardig mogelijk te maken/houden, en vrouwen niet altijd beide versies van de vragenlijst invullen, worden er een aantal vragen over de ervaren uitkomsten in de antenatale vragenlijst opgenomen.

5.4.3 Belangvragen

Twee vragen waren opgesteld die de respondent dwongen te kiezen welk van de 8 domeinen, zij het ergst respectievelijk minst erg vond, wanneer er slecht gefunctioneerd werd op dat domein. Deze vragen brachten enige ordening, en zijn - omdat hier toch verschillen tussen vrouwen bestaan - te overwegen ook als definitief onderdeel op te nemen van de ReproQ, in het kader van een individuele weging van het kwaliteitsoordeel per domein, en van de totaal score. Dit geeft extra aanknopingspunten voor de prioritering bij de verbetering van de zorg, hetzij voor de gehele populatie,

hetzij voor een subpopulatie. Als bijvoorbeeld blijkt dat niet-westerse vrouwen veel waarde hechten aan sociale ondersteuning, en zij hier veel negatieve ervaring mee hebben, kan dit worden benoemd tot aandachtspunt. Wanneer de niet-westerse vrouwen weliswaar negatieve ervaringen hebben met de sociale ondersteuning, maar dit domein het minst belangrijk vinden, kan er mogelijk beter worden gekozen een ander domein te verbeteren.

Op basis van de belangvragen kan echter geen beslissing worden genomen of vragen behouden of verwijderd zouden kunnen worden. De vragen binnen een domein meten als geheel 'het begrip' van een domein. Wanneer er een van de vragen in een domein verwijderd zou worden, moet opnieuw worden onderzocht of de overgebleven vragen het begrip nog steeds 'goed' meten. Omdat de WHO jarenlang onderzoek heeft gedaan naar de domeinen waarmee de kwaliteit kan worden vastgesteld, en daarbij heeft specifiek heeft geformuleerd welke aspecten in een domein bevestigd moet worden, en wij bij het invullen geven aan de vragen deze beschrijving nauw hebben gevolgd, is het niet aannemelijk dat dit het geval is. Daarbij kwam in de focusgroepen (zie voor het rapport Appendix A) dat alle domeinen belangrijk werden bevonden.

Aanbeveling

- n.v.t.

5.4.4 Totaal oordeel vraag

Op grond van een uitgebreide review was de vraag toegevoegd naar de overall ervaring op een schaal met 10 streepjes, en met aan de ene zijde 'zeer goede ervaring', en de andere 'zeer slechte ervaring'. Er was een duidelijke samenhang met de ReproQ somscore (alle domeinen ongewogen opgeteld), maar een dergelijke score kan onmogelijk vervangend zijn. In LimeSurvey zullen er cijfers worden toegevoegd boven de streepjes, om zo de weergave van de schaal te corrigeren.

Aanbeveling

- Toevoeging van cijfers boven de streepjes.

5.4.5 Eerdere-ervaringsvragen

Deze vragen zijn primair toegevoegd vanwege het onderzoek naar validiteit. In dit geval: kunnen we onderscheid aantonen waar we deze verwachten.

Om definitief te worden toegevoegd zijn 2 aspecten van belang: 1) is dit ook zonder toestemming van de cliënt toegestaan (zoals uiteindelijk) i.v.m. het sterk medisch karakter van de vraag, en 2) wat is de meerwaarde. Opname heeft alleen zin bij een voornemen tot adjustment (casemix correctie). Bij adjustment gaat het erom of een eerdere gebeurtenis of karakteristieken van de vrouw invloed hebben op haar ervaringen met de zorg, en hiervoor gecorrigeerd moet worden. Hier staat tegenover dat, wanneer een groep waarvan je verwacht dat ze meer negatieve ervaringen hebben, in werkelijkheid

(even) goede ervaringen hebben, dit een positief aspect is van de kwaliteit van zorg. De vraag is dan ook tot op welke hoogte gecorrigeerd moet worden voor dit soort aspecten.

Met betrekking tot de validiteit is het wenselijk om bij twee vragen de antwoordcategorieën uit te breiden: van de vraag of de respondent al eerder is bevallen en van de vraag of de respondent ooit een baby heeft gekregen die rond de geboorte is overleden. Daarnaast wordt bij de vraag of het kindje is opgenomen vanwege zijn eigen gezondheid, de antwoordcategorie 'op de couveuse afdeling in een gewoon bedje' vereenvoudigd tot 'op de couveuse afdeling'.

Een van de factoren waarvan eveneens wordt verwacht dat deze invloed heeft op de ervaringen vrouwen is of de vrouw ooit is bevallen door middel van een keizersnee. Deze factor is nu nog niet opgenomen in de vragenlijst. Dit is wel wenselijk om zo de 'severe events' nog beter in beeld te brengen en te kijken hoe deze groep verschilt van vrouwen die (eerder) op een natuurlijke manier zijn bevallen.

Aanbevelingen

- Uitbreiding van de antwoordcategorieën van de vraag of iemand al eerder is bevallen en van de vraag of de respondent ooit een baby heeft gekregen die rond de geboorte is overleden.
- Wijziging antwoordcategorie bij de vraag of het kindje is opgenomen in verband met zijn eigen gezondheid.
- Toevoegen vraag over bevallen door middel van een keizersnee.

5.4.6 Algemene gegevens

Deze gegevens vragen nog bijzondere aandacht. Privacywetgeving verbiedt etniciteit en handicap vast te leggen in registraties, terwijl opleiding wellicht wel mag, maar niet wordt gedocumenteerd. Als uiteindelijk een verzekeraars-geleide logistiek wordt voorgestaan, dan zullen deze gegevens - gezien ook het belang van non-respons en responsvertekening - via de ReproQ moeten worden vastgesteld. Uit de non-respons analyse blijkt dat deze vragen door iets minder dan 5% van de vrouwen niet wordt ingevuld. Hier kan een extra zin worden toegevoegd waarom het invullen van deze vragen belangrijk is. In de komende studie naar het onderscheidend vermogen van de vragenlijst, zal worden onderzocht of al deze factoren relevant zijn.

De antwoordcategorieën m.b.t. het opleidingsniveau worden uitgebreid naar 9 antwoordcategorieën, om zo een gedetailleerde beschrijving te krijgen van de populatie.

Aanbeveling

- Het toevoegen van een zin om duidelijk te maken waarom het invullen van deze gegevens belangrijk is.
- Uitbreiding antwoordcategorieën met betrekking tot het opleidingsniveau van de moeder.

5.4.7. Overige vragen

In de vragenlijst zijn ook twee aanvullende vragen opgenomen die mogelijk bijdragen aan het discriminerend vermogen. Een van deze vragen was echter niet eenduidig. Hier zal de vraag op worden aangepast.

Aanbeveling

- De vraag of de cliënt de zorg kon krijgen op de plaats die ze wilde en waar dat nodig was, wordt eenduidiger gemaakt door 'die ze wilde' weg te laten.

5.5. ReproQ versie 2

Op grond van de empirische resultaten zoals beschreven in dit rapport en de aanbevelingen die in de paragrafen 5.3 en 5.4. zijn voorgesteld, is een concept-versie 2 van de ReproQ ontwikkeld. Deze versie is in april 2013 gepresenteerd op een landelijke bijeenkomst die door ZonMw was georganiseerd t.b.v. alle regionale en landelijke onderzoeken die ZonMw momenteel steunt, en waarin (uniforme) uitkomstmeting een belangrijke rol vervult.

In de periode mei-juli 2013 gaven kandidaatgebruikers voor de studie naar het onderscheidend vermogen, en collega-onderzoeksgroepen nog uitgebreid commentaar op concept-versie 2 van de vragenlijst, vooral op de module zorgproces.

Dit heeft geresulteerd in versie 2 van de vragenlijst. Het overzicht van de veranderingen staat in de Appendices J en K. De nieuwe versies van de vragenlijst (versie 2) zijn opgenomen in Appendix M en N.

REFERENTIES

Asmoredjo J, Sixma H, Plass AM, Rademakers J, Wassie N, Van Bokhoven R, El Filali M, Nederkorn A. (2013) *Culturele validatie van vier CQI meetinstrumenten*. Utrecht: Nivel.

Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, & Steegers EAP. (2010). *Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte'*. Rotterdam: Erasmus MC.

Bos N. (2013) *Measuring patients' experiences in the accident and emergency department*. Amsterdam: Ipskamp Drukkers

CPSS. (2006). *Maternity Experiences Survey*. Canada.

Hitzert MF. (2013) *Measuring the performance of a clients' questionnaire about perinatal care, based on the WHO Responsiveness model, in low and non-western ethnic groups*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Kahneman D. (2013) *Ons feilbare denken*. Nederland

Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW, et.al. (2008) *Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 2718-27.

NHS. (2010). *Women's experience of maternity questionnaire*. United Kingdom.

NPEU. (2010). *A national survey of women's experience of maternity care*. United Kingdom.

Sixma H, Hendriks M, De Boer D, Delnoij D, (2008) *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. Utrecht: CKZ

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). *... een goed begin. Een veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*.

Valentine NB, Silva AD, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, & Evans DB. (2003). *Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization*. Chapter 4 in: Murray CJL, Evans DB (eds). *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*. Geneva : WHO.

Van der Kooy J. (2013) *Dutch perinatal system: performance and innovative strategies*.

Wiegiers T. (2007) *Vragenlijst ervaringen met de eerstelijns verloskundige zorg*. Nederland: NIVEL.

APPENDICES



stichtingmiletus

Rapportage focusgroepen ReproQuestionnaire

Op weg naar de CQ-geboortezorg

Drs. M. Scheerhagen
Dr. HF. van Stel
Dr. E. Birnie
Prof. Dr. A. Franx
Prof. dr. EAP Steegers
Prof. dr. AJP Schrijvers
Prof. dr. GJ Bonsel

13-11-2012

1. INLEIDING

De perinatale sterfte in Nederlands is een van de hoogste in Europa (Mahangoo, et al., 2008). De Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte heeft aannemelijk gemaakt dat de oorzaak tenminste voor een deel te wijten is aan elementen van het Nederlandse verloskundige zorgsysteem, waaronder de risicoselectie (Bonsel et.al. 2010). De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft een advies uitgebracht met daarin een aantal concrete aanbevelingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009).

Een belangrijk kenmerk van de geboortezorg in Nederland is dat de zorg over de hele keten heen verleend wordt door verschillende professioneel zelfstandige zorgverleners (verloskundige, gynaecoloog, neonatoloog/kinderarts, kraamverzorgende) in verschillende settings (1^e, 2^e of 3^e lijn of een combinatie daarvan). Zwangeren worden vaak (terug) verwezen naar een andere zorgverlener en andere setting. Op dit moment is er weinig informatie bekend over de kwaliteit van de Nederlandse geboortezorg, mede door het ontbreken van daartoe geëigende lijnoverstijgende instrumenten. Bestaande instrumenten die ervaringen in de geboortezorg meten, richten zich expliciet op één type zorgverlener en/of een soort setting. Omdat deze zorgverlener en setting met (o.a.) risiconiveau en een specifieke fase in het zorgproces te maken hebben is een overstijgende vergelijking van een groep samenwerkende perinatale zorgverleners niet mogelijk.

Het doel van deze studie is om een korte vragenlijst te ontwikkelen en uit te testen. De vragenlijst meet de kwaliteit rond de geboortezorg vanuit het perspectief van de cliënt, onafhankelijk door wie de zorg is geleverd. Het tijdsperspectief is van de start van de prenatale begeleiding tot en met de kraamperiode.

De werknaam van dit onderzoek en de concept-vragenlijst is *ReproQ*. Het *ReproQ*-onderzoek bestaat uit drie fases. In fase I is de vragenlijst ontworpen. In fase II is onderzocht door middel van focusgroeponderzoek en individuele interviews of de vragenlijst duidelijk is en of alle aspecten van de kwaliteit van zorg gedekt worden. Wij noemen dit cognitief testen. In fase III wordt onderzocht wat de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst zijn.

Dit rapport gaat specifiek in op fase I van het onderzoek en de resultaten van fase II.

2.METHODE

2.1 *ReproQ*-vragenlijst

2.1.1 Ontwikkeling van de vragenlijst

Het onderzoek bouwt voort op eerdere studies van het UMC Utrecht en het Erasmus MC met dergelijke vragenlijsten. Er is in 2010-2011 een instrument over perinatale proceskwaliteit ontwikkeld t.b.v. Geboortecentrum Sophia (werknaam *P3Q*). Dit instrument was gericht op gebruik in een 45 minuten face-to-face interview en onderzocht de zorgverleneraspecten per professie.

De *ReproQ* vragenlijst is hiervan afgeleid. De structuur van de *ReproQ* is dezelfde als die van de *P3Q*, maar geschikt gemaakt voor zelfbeantwoording, waarbij het lijn- en settingoverstijgende karakter is

behouden. Zo is er geen impliciete voorkeur rondom de professionele uitvoering van allerlei processen, noch voor de setting waarin de vrouwen de zorg ontvangen (thuis/poliklinisch/ geboortecentrum in enige vorm/ziekenhuis). Deze opzet maakt de lijst ook geschikt voor bijvoorbeeld voor-na vergelijkingen bij zorgexperimenten die in dit opzicht nieuwe wegen inslaan.

Zowel voor de P3Q als voor de ReproQ is het WHO begrip 'responsiveness' als uitgangspunt genomen om de ervaringen van de (toekomstige) moeders op een gestructureerde manier te onderzoeken. Het concept "responsiveness" omvat alle aspecten die gerelateerd zijn aan de manier waarop klanten worden behandeld en de omgeving waarin dat gebeurt. Het concept is uitgesplitst naar vier meer persoonsgebonden domeinen (respect, autonomie, privacy en communicatie) en vier meer settinggebonden domeinen (tijd tot geboden hulp, sociale ondersteuning, faciliteiten en Keuze&continuïteit). Doordat deze domeinen internationaal zijn onderzocht en gevalideerd met inmiddels tientallen publicaties, vergroot dit op den duur de mogelijkheden tot internationale vergelijking.

Responsiveness wordt uitgevraagd aan de hand van cliëntervaringen. Hieronder verstaat de WHO de ervaringen van de zwangere en net bevallen vrouwen met de zelf ontvangen zorg, vanuit het perspectief van de zwangere en net bevallen vrouwen zelf (Valentine, et.a., 2003). Dit concept was overigens al bekend uit eerder onderzoek. In de vragenlijst wordt gevraagd naar de frequentie waarin de vrouwen een bepaalde - in de vraag specifiek benoemde - ervaring hadden. Dit resulteert in de volgende antwoordcategorieën 'altijd', 'meestal', 'soms', 'nooit' en evt. 'n.v.t.'.

Bij het ontwikkelen van de vragen is rekening gehouden met zorg-innovaties die genoemd zijn in recente documenten over de geboortezorg, zoals als het Stuurgroeprapport (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009) en de Signalementstudie (Bonsel et.al., 2010). Er is met medewerking van zorgverleners gecontroleerd of de vragen, en bijbehorende domeinen, de gewenste verbeteringen zouden kunnen signaleren die teweeggebracht zijn door deze innovaties (verbeteringen of veranderingen anders dan op het niveau van verloskundige uitkomsten). Hierbij is wederom een relatief algemene insteek gekozen.

Als laatste stap in het ontwikkelen van de conceptversie van de vragenlijst is de ReproQ vergeleken met gepubliceerde vragenlijsten uit Engeland en Canada die een vergelijkbaar doel hebben (CPSS, 2006; NHS, 2010; NPEU, 2010). Het doel hiervan was te controleren of er aan de ReproQ belangrijke aspecten ontbraken.

2.1.2 Opbouw van de vragenlijst

Zoals eerder vermeld onderzoekt deze vragenlijst de kwaliteit van de geboortezorg vanuit het oogpunt van (toekomstige) moeders. De verwachting is dat de bevalling en de kraamperiode de ervaringen tijdens de zwangerschap beïnvloeden, en daardoor de periode van zwangerschap achteraf anders beoordeelt wordt. Daarom is er voor gekozen om de vragenlijst te ontwikkelen in twee varianten en op

twee momenten af te nemen: in het laatste trimester van de zwangerschap en in de postnatale fase, tot 10 weken na de bevalling.

Beide vragenlijsten zijn opgebouwd op basis van dezelfde modules: 1. introductie; 2. proceskenmerken, waarin wordt gevraagd hoe de zwangerschap/bevalling verliep (inclusief enkele PROMs); 3. de acht domeinen van het WHO begrip responsiveness (respect, autonomie, privacy, communicatie, sociale ondersteuning, faciliteiten, keuze en continuïteit); 4. vragen met betrekking tot weging van deze factoren; 5. eerdere ervaringen met zwangerschap en bevallen; 6. sociaal-demografische kenmerken van de respondenten, informatie over de VSV waar de vrouw haar zorg ontving; 7. afsluiting

2.1.3 Taalgebruik

Bij de formulering van de vragen is er nadrukkelijk gekozen om het taalgebruik zo eenvoudig mogelijk te houden. Hierbij is de woordfrequentielijst van het Taalbureau als uitgangspunt genomen (www.zoekeenvoudigewoorden.nl). Woorden die volgens deze lijst ingewikkeld zijn (boven het B1 taalniveau) worden alleen gebruikt als het niet anders kan en voor de gehele lijst relevant lijken. Dit is een aanzienlijke verandering t.o.v. P3Q waar precisie centraal stond.

2.1.4 Digitalisering

Na het ontwikkelen van de vragenlijst is deze gedigitaliseerd *en* voor schriftelijke afname geschikt gemaakt. Voor de digitale versie van de vragenlijst studie wordt gebruik gemaakt van het enquête programma 'Limesurvey', dat door het Erasmus MC is getest op security aspecten en goedgekeurd is voor gebruik van webbased interviews. Gebruik van Limesurvey vereist goedkeuring van de Functionaris Gegevensbescherming Erasmus MC, waarbij allerlei beveiligingsaspecten gecontroleerd worden. Deze goedkeuring is inmiddels verkregen. Gebruik van Limesurvey vereist ook toetsing of een oordeel van 'geen-bezwaar oordeel van de METC. Het is onderzoek is inmiddels niet WMO-plichtig verklaard door de METC van het UMC Utrecht en van het Erasmus MC.

2.2 Focusgroepen en werkwijze

Nadat een eerste conceptversie van de vragenlijst is ontwikkeld in de fase I (versie 1.0) zijn zowel de antenatale als postnatale versie van de vragenlijst getoetst door middel van focusgroepinterviews. Er zijn focusgroepen gehouden met drie groepen: vrouwen die 28 weken of meer zwanger zijn; vrouwen die 10 weken geleden of minder zijn bevallen; en verschillende experts (verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgenden, Voorlichters Perinatale Gezondheid en leidinggevenden).

In de focusgroepen met de zwangere en net bevallen vrouwen zijn de volgende aspecten onderzocht.

1. De vrouwen geven een rapportcijfer aan de zorg die ze hebben ontvangen. Het rapportcijfer geeft, samen met de sociaal demografische factoren uit de vragenlijst, inzicht in de kenmerken van de vrouwen die hebben deelgenomen aan de focusgroepen.

2. Het benoemen van verbeterpunten en wensen rond de geboortezorg. Aan de hand van de verbeterpunten en wensen die de vrouwen noemen wordt beoordeeld of alle aspecten voldoende zijn gedekt en of er nog aspecten ontbreken.
 3. Toelichting van de domeinen van het concept Responsiveness en de prioritering van de belangrijkste domeinen.
 4. Het invullen van de vragenlijst en noteren van eventuele onduidelijkheden, waarna deze besproken worden. De vrouwen kregen de vragenlijst hier voor het eerst te zien en werden gevraagd deze in te vullen. (De vragenlijst voor zwangere vrouwen staat in bijlage 4; de vragenlijst voor bevallen vrouwen staat in bijlage 5.)
 5. Het vaststellen van de voorkeur voor de antwoordvorm: frequentie of intensiteit. Dit zal doorslaggevend zijn voor antwoordvorm die wordt gebruikt in de vragenlijst zoals deze wordt opgeleverd aan het einde van deze fase van het onderzoek.
 6. Bepaling aan welke manier vrouwen de voorkeur geven om de vragenlijst in te vullen: per e-mail, per post, telefonisch interview of een daadwerkelijk interview. Dit dient als indicator voor het uitzetten van de vragenlijst in fase III De leidraad voor de focusgroepen met de vrouwen is opgenomen in bijlage 1.
- De focusgroepen met de zwangere en net bevallen vrouwen duurden 2 uur.

De focusgroepen met experts zijn als volgt opgebouwd.

1. Toelichting van de verschillende domeinen van het concept responsiveness.
2. Prioritering van de twee meest en de twee minst belangrijke domeinen vanuit vier perspectieven: vanuit beroepsperspectief; vanuit het perspectief van hun cliënten; cliënten met een lage sociaal economische status en cliënten met een niet Nederlandse achtergrond.
3. Benoemen van ontbrekende aspecten. De ontbrekende aspecten geven inzicht of alle aspecten van de zorg zijn gedekt voor de experts zelf en voor hun cliënten.
4. Beoordeling van de domeinvragen. De domeinvragen krijgen de experts hier voor het eerst te zien. Het invullen van de domeinen geeft inzicht of de verschillende aspecten van de zorg voldoende zijn gedekt; of er onduidelijkheden in de vragenlijst staan en of deze geschikt is voor alle vrouwen. Deze opmerkingen zijn samengenomen met de opmerkingen van de vrouwen zelf.
5. Inschatting aan welke manier vrouwen (alle, met een lage SES, allochtone afkomst) de voorkeur geven om de vragenlijst in te vullen: per e-mail, per post, telefonisch interview of een daadwerkelijk interview. Dit dient als indicator voor het uitzetten van de vragenlijst in fase III van het onderzoek. De leidraad voor de focusgroepen met de experts is opgenomen in bijlage 2. De focusgroepen met experts namen 1,5 uur in beslag.

2.2.1 Werving

De deelnemers aan de focusgroepen zijn benaderd vanuit de deelnemende centra aan het onderzoek: het Universitair Verloskundig Centrum Utrecht (UMC Utrecht), het Geboortecentrum Sophia in Rotterdam en het centrum voor verloskunde ROOS in Roosendaal. De focusgroepen vonden plaats in de deelnemende centra.

Afhankelijk van het deelnemende centrum en de groep zijn de deelnemers op een verschillende manier benaderd, in afstemming met ieder deelnemend centrum. Hieronder wordt kort beschreven hoe elke groep, per centrum werd benaderd.

Zwangeren werden op de volgende manieren geworven:

- UVC: alle zwangere vrouwen die 25 weken of meer zwanger zijn kregen een brief mee op de polikliniek van het UMC Utrecht. Deze konden ze na afloop van hun controle afgeven bij de balie.
- Geboortecentrum Sophia: de vrouwen op de afdeling Verloskunde zijn, in overleg met de verpleegkundige op de afdeling, persoonlijk benaderd voor deelname.
- Roos: bij elke controle kregen de zwangere vrouwen een wervingsbrief aangereikt, waarna ze deze konden afgeven bij de balie. Vrouwen die wilde deelnemen aan de focusgroep zijn vervolgens benaderd door het ziekenhuis voor de details van de focusgroep.

Nadat de vragenlijsten zijn aangepast naar aanleiding van de uitkomsten van de focusgroepen, zijn nog 4 individuele interviews afgenomen met vier zwangere vrouwen in het UMC Utrecht, als aanvulling op de focusgroepen. De resultaten van de focusgroep en de aanvullende groep van zwangere vrouwen worden gezamenlijk gepresenteerd, behalve bij het invullen van de vragenlijst omdat het verschillende versies van de vragenlijst zijn.

Bevallen vrouwen werden op de volgende manieren geworven:

- UVC: alle vrouwen die 2 weken of meer geleden zijn bevallen hebben een brief thuis gestuurd gekregen, waarna ze zijn opgebeld door de onderzoekers of ze wilden deelnemen.
- Geboortecentrum Sophia: Een net bevallen familielid van een van de onderzoekers heeft een aantal net bevallen vrouwen van de zwangerschapsgym gevraagd mee te doen aan de focusgroepen. Daarnaast zijn er vrouwen in het geboortecentrum gevraagd om deel te nemen.
- Roos: bij de nacontrole kregen het bevallen vrouwen een wervingsbrief aangereikt, waarna ze deze konden afgeven bij de balie. Vrouwen die wilden deelnemen aan de focusgroep zijn vervolgens benaderd door het ziekenhuis voor verdere uitleg over het onderzoek.

Experts werden op de volgende manieren geworven:

- UVC: de experts zijn benaderd door het afdelingshoofd verloskunde gevraagd om deel te nemen.
- Sophia: de experts zijn vooraf door een van de bestuurders van het geboortecentrum geselecteerd, waarna ze zijn benaderd door het onderzoeksteam.
- Roos: de experts zijn door de verschillende afdelingshoofden gevraagd om deel te nemen.

2.3 Analyses

De frequentie van de meest en minst belangrijk bevonden domeinen werd genoteerd. Ontbrekende aspecten volgens de vrouwen werden door het onderzoeksteam beoordeeld aan de hand van de

ingevulde wensen in de geboortezorg en de door hen genoemde verbeterpunten. De experts konden direct aangeven welke aspecten zij vonden ontbreken in de vragenlijst.

Per onderdeel van de vragenlijst is gekeken of er feedback is die vaak werd genoemd en of de feedback voor het gehele domein gold. Vragen of domeinen in de vragenlijst die voor veel onduidelijkheden zorgden werden aangepast. De lijst met oorspronkelijke vragen en de gekozen alternatieven is opgenomen in bijlage 3.

De keuze voor de antwoordvorm (frequentie of intensiteit) en de wijze van afname (bijv. digitaal, telefonisch interview) leidden tot een inschatting van de voorkeur voor beide aspecten.

De frequentie van het rapportcijfer van de kwaliteit van de zorg en de sociaal demografische kenmerken werden genoteerd.

Het rapportcijfer en de sociaal demografische kenmerken leidden niet tot inhoudelijke veranderingen van de vragenlijst, maar gaven inzicht in de achtergrondkenmerken van de deelnemende vrouwen.

3. RESULTATEN

3.1 Studiepopulatie

Bij de deelnemende centra zijn drie focusgroepinterviews gehouden met zwangere vrouwen (respons: 2;2;3); drie met bevallen vrouwen (respons: 5;4;1); en vier individuele gesprekken met zwangere vrouwen. In totaal hebben 21 vrouwen deelgenomen aan de gesprekken. De deelnemende vrouwen beoordelen de kwaliteit van de ontvangen zorg met een gemiddeld rapportcijfer van 8,2. 61,9% van de vrouwen was hoog opgeleid. De overige vrouwen waren in het bezit van een VMBO, MBO of HAVO diploma. 71,4% van de vrouwen behoort tot de Nederlandse bevolkingsgroep. Iets minder dan de helft van de deelnemende vrouwen is al eens eerder bevallen. Een overzicht van de achtergrondkenmerken van de deelnemende vrouwen is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Achtergrond kenmerken van de deelnemende vrouwen aan de focusgroepinterviews

Kenmerk	Aantal (N)	Percentage (%)
Zwanger	11	52
Bevallen	10	58
Rapportcijfer ontvangen zorg		
7 - 7,5	6	29
8 - 8,5	9	43
9 - 9,5 - 10	6	29
Leeftijd		
≤25	4	19
26-30	6	29
31-35	5	24
≥36	6	29
Opleiding		
Geen - laag	0	0
Middelbaar	8	38
Hoog	13	62
Relatie met vader		
Gehuwd-samenwonend	21	100
Bevolkingsgroep moeder		
Autochtoon	15	71
Eerder bevallen (ja)	10	48

Bij de deelnemende centra zijn eveneens drie focusgroepinterviews gehouden met experts. Hieraan namen in totaal 19 experts deel: 4 afdelingshoofden; 4 gynaecologen; 7 verloskundigen; 2 Voorlichters Perinatale Gezondheid en 2 kraamverzorgenden. Wanneer mensen twee functies beoefenen, bijvoorbeeld arts en afdelingshoofd, is er voor gekozen alleen de medische professie te noteren.

3.2 Domeinen

Zowel de vrouwen als experts gaven aan alle domeinen belangrijk te vinden, maar als ze ('gedwongen') moeten kiezen vinden ze de persoonsgebonden domeinen belangrijker dan settinggebonden domeinen. Zwangere vrouwen hechten veel waarde aan privacy, terwijl bevallen vrouwen daarentegen privacy geen enkele keer noemden als belangrijkste domein. Communicatie wordt door bevallen vrouwen veel vaker genoemd als belangrijkste domein dan zwangere vrouwen. De bevalling heeft hier mogelijk de opvattingen beïnvloed. De domeinen respect en autonomie worden door beide groepen heel belangrijk bevonden.

De experts noemden respect en communicatie het vaakst als belangrijkste domeinen. Dit geldt eveneens voor hun inschatting van hun algemene cliënten en mensen met een niet-Nederlandse afkomst. Van de voorkeuren van mensen met een laag sociaal economische status hebben de experts een veel minder duidelijk beeld. De non-respons voor de inschatting welke domeinen hun cliënten met een lage SES en cliënten met een niet-Nederlandse afkomst de belangrijkste domeinen vonden is respectievelijk 50 en 47,1%.

Een verschil tussen de experts en de vrouwen is o.a. dat de experts veel minder waarde hechten aan autonomie terwijl dit door de cliënten wel degelijk belangrijk wordt bevonden. Respect vinden de cliënten daarentegen iets minder belangrijk dan de experts. Bovengenoemde bevindingen welke domeinen het meest belangrijk zijn bevonden worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Percentage van de domeinen die het meest belangrijk werden bevonden door zwangere en bevallen vrouwen en door experts

	Vrouwen (%)			Experts (%)			
	Totaal (N = 34)	Zwanger (N =14)	Bevallen (N=20)	Experts (N=34)	cliënten (N=34)	Lage SES (N=34)	Afkomst (N=34)
Respect	24	23	25	35	29	9	27
Autonomie	21	23	20	3		9	
Privacy	7	13		9	9		
Communicatie	26	18	35	29	29	12	18
Tijd tot geboden hulp				6	6	9	9
Sociale ondersteuning	5	9				3	
Faciliteiten	5	5	5			3	
Keuze en continuïteit	5	5	5	3	9	6	
Missing	7	5	10	15	18	50	47
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

Tevens is experts gevraagd welke domeinen zij het minst belangrijk vonden en een inschatting te maken voor de verschillende cliëntgroepen. In tabel 3 staan de domeinen die het minst belangrijk zijn bevonden. In de tabellen zijn de verschillende percentages weergegeven. Bij dit deel van het focusgroeponderzoek trad hoge non-respons op, die varieert van 23,5 tot 73,5% voor de verschillende groepen. Uit het commentaar tijdens de opdrachtvervulling bleek duidelijk dat de vraag moeilijk werd gevonden omdat ook het minst belangrijke domein nog steeds belangrijk werd gevonden. Dat was op zich een gewenste uitkomst vanuit het oogpunt van de doelstelling van de vragenlijst.

Tabel 3: Percentage van de domeinen die het minst belangrijk werden bevonden, beoordeeld door experts

Experts (%)				
	Experts (N=34)	Cliënten (N=34)	Lage SES (N=34)	Afkomst (N=34)
Respect				
Autonomie	6	12	6	6
Privacy		3	15	
Communicatie				
Tijd tot geboden hulp	12			
Sociale ondersteuning	9	9	3	3
Faciliteiten	35	12	6	9
Keuze en continuïteit	15	12	3	9
<i>Missing</i>	24	53	68	74
Totaal	100	100	100	100

Zowel de vrouwen als bij de experts gaven aan vooral cultuur en deskundigheid te missen in de domeinen. Naast deze aspecten zijn er specifiekere aspecten genoemd door de deelnemers, zoals psychische ondersteuning.

3.3. Vragenlijsten

Bij het invullen van de vragenlijst gaven de vrouwen als voornaamste feedback dat ze de vragen lastig vonden toe te passen op hun eigen situatie. De vrouwen noemen als redenen hiervoor dat de ze weinig ervaring hadden met bepaalde aspecten; de aspecten als vanzelfsprekend worden beschouwd; of de aspecten in hun situatie niet aan de orde zijn geweest. De vrouwen gaven weinig tot geen inhoudelijke feedback. Wel deelden ze veel persoonlijke ervaringen.

De experts vinden dat bepaalde aspecten lastig te beoordelen zijn door de vrouwen zelf, omdat veel aspecten situatie specifiek zijn en buiten de vrouwen om gaan. Daarnaast gaven zij aan dat niet alle aspecten op dit moment altijd van toepassing zijn in verband met de beperkingen van het (huidige) zorgsysteem. Zo kunnen vrouwen die in de eerste lijn bevallen niet alle vormen van pijnbestrijding krijgen. Andere redenen die worden aangegeven is dat de mogelijkheden afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar (incl. bijbetaling), of van de praktische mogelijkheden. Zo is het in sommige buitenlandse gezinnen gewoon dat rond etenstijd 20 mensen om het bed van de moeder heen staan, maar dit is in de tweede lijn niet mogelijk/gebruikelijk.

De experts vonden sommige woorden onduidelijk en gaven aan dat er soms meerdere vragen in een vraag worden gesteld. De vrouwen gaven aan dat ze het in het algemeen een goede vragenlijst vinden, maar enkelen gaven aan dat sommige vragen onduidelijk zijn en de vragenlijst lang is.

Alle item gerelateerde opmerkingen zijn geregistreerd en konden later in de ReproQ worden aangepast. De opmerkingen van de vrouwen die de vragenlijst later hebben gezien, nadat reeds enkele verbeteringen waren doorgevoerd, geven geen directe aanleiding voor wijzigingen in de vragenlijst. De nieuwe versies van de vragenlijst zijn opgenomen in bijlage 6 en 7.

3.4 Voorkeursmethode om de vragenlijst in te vullen

De vrouwen geven niet de voorkeur aan een specifieke manier om de vragenlijst te ontvangen en in te vullen. Het telefonisch interview wordt echter geen enkele keer genoemd. De vrouwen geven aan dat er minimaal een herinneringsbrief/mail moet worden gestuurd, omdat anders de kans groot is dat ze de vragenlijst vergeten in te vullen.

Ook bij de experts is er geen eenduidig beeld over de gewenste afnamemethode. Sommigen geven aan een voorkeur te hebben voor de digitale versie van de vragenlijst. Ze verwachten echter ook dat een face-to-face benadering het beste werkt voor mensen met een lage SES en mensen die niet tot de Nederlandse bevolkingsgroep behoren.

Omdat er geen eenduidig beeld naar voren komt hoe de vrouwen de vragenlijst het liefste willen invullen, en een maximale participatie van de vrouwen wordt nagestreefd, is besloten dat vrouwen tijdens de psychometrische fase zelf kunnen aangeven op welke manier ze de vragenlijst het liefst willen ontvangen: per e-mail; per post; telefonisch interview of face to face.

4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Alle domeinen van het WHO concept 'Responsiveness' werden belangrijk gevonden. Zowel de zwangeren, pas bevallen vrouwen als experts vonden de persoonsgebonden domeinen belangrijker dan de settingsgebonden domeinen. De experts vonden de minst belangrijke domeinen lastig in te schatten. Aspecten die ontbraken in de vragenlijst waren cultuur en deskundigheid. De vrouwen vinden de ReproQ een goede vragenlijst, hoewel de vragen soms wat duidelijker konden en de vragenlijst als lang werd beoordeeld. Voor wat betreft de inhoud van de vragenlijst geven zij aan dat de vragen lastig zijn toe te passen op de eigen situatie en dat zij bij veel medische aspecten geen inspraak hebben.

De feedback van zowel vrouwen als experts heeft geleid tot een aantal aanpassingen in de vragenlijst. De vrouwen hadden geen duidelijke voorkeur hoe ze de vragenlijst het liefste wilden ontvangen: per e-mail; per post; telefonisch interview of een face to face interview.

Zwangere vrouwen en bevallen vrouwen beoordelen de belangrijkste domeinen verschillend.

Zwangere vrouwen vinden privacy veel belangrijker dan bevallen vrouwen, terwijl bevallen vrouwen communicatie belangrijker vinden dan zwangere vrouwen. Opvallend aan deze resultaten is dat de experts minder waarde hechten aan autonomie terwijl dit voor de cliënten wel als belangrijk wordt bevonden. Respect vinden de cliënten daarentegen iets minder belangrijk dan de experts.

Wanneer de experts gevraagd wordt een inschatting maken welke domeinen hun cliënten het meest en het minst van belang vinden, dan blijkt een hoge non-respons. Er zijn 2 mogelijke verklaringen:

1. Procesmatig: Door tijdgebrek is het perspectief van de cliënt minder aan bod geweest.
2. Inhoudelijk: De experts vinden het moeilijk om een inschatting te maken.

Achter 2. kunnen verschillende verklaringen schuilgaan. Experts zouden zich moeilijk in kunnen leven in de positie van de cliënt, of niet goed kunnen rapporteren omdat patiënten naar hun ervaring hierin verschillen (heterogeniteit). Maar het kan ook zijn dat alle domeinen in de praktijk niet veel van elkaar in ervaren belang verschillen.

Het ontbrekende aspect 'cultuur' is opgenomen als item in de vragenlijst.

Deskundigheid wordt bewust niet meegenomen in de vragenlijst omdat de cliënten hier geen oordeel over kunnen geven. Zij bezitten niet over medische kennis om alternatieven te kunnen beoordelen, en bovenal vereist een dergelijk oordeel een adequaat medisch oordeel over de eigen situatie. Zelfs medisch deskundigen zelf blijken niet goed in staat tot een dergelijke zelf-inschatting.

De overige aspecten die volgens cliënten of experts ontbreken waren zo specifiek dat ze niet aan de huidige versie worden toegevoegd omdat de vragenlijst naar brede concepten/begrippen vraagt. Dat laat ook de ruimte, om zonder overlap specifieke elementen van zorgverlening met een apart instrument te onderzoeken zonder noemenswaardige overlap.

Een vaker genoemd commentaarpunt is dat de vrouwen over bepaalde aspecten geen oordeel kunnen vormen omdat die aspecten zich in hun eigen situatie niet hebben voorgedaan. Waar dat echt aan de orde is kan de vraag op deze wijze worden beantwoord (niet van toepassing).

Een andere vaker genoemde opmerking is dat de vrouwen de vragenlijst te lang vinden, met name de vragenlijst omtrent de bevalling en kraamzorg. In de focusgroepen kwamen echter ook aanvullende specifieke onderwerpen naar voren voor dezelfde fase. Het spanningsveld tussen aan de ene kant een zo kort mogelijke vragenlijst en aan de andere kant een volledig dekkende - voor verschillende situaties is nooit te vermijden. Zoals gezegd hebben wij gestreefd naar items die vrijwel altijd opportuun zijn, ongeacht het zwangerschapstraject, waarbij ruimte is voor uitbreiding naar behoefte. Boven beschreven beslissingen zijn in samenwerking met de begeleidingsgroep van de ReproQ genomen.

Een beperking is dat er in totaal 17 vrouwen aan de focusgroepen hebben deelgenomen. Dit aantal is lager dan het gewenste aantal van 6 deelnemers per focusgroep. De oorzaak was dat de doelgroep lastig te bereiken was, aanmelders later hebben afgezegd, en het onderzoek voor de deelnemers geen persoonlijk voordeel met zich meebracht. Wel bleek werving via persoonlijke contacten het beste te werken. Het gemiddelde rapportcijfer is 8,2. Dit is vermoedelijk hoger dan de beoordeling van de gehele populatie. Het is immers denkbaar dat mensen die de zorg beter beoordelen, eerder mee doen

aan de focusgroepen over de kwaliteit van de zorg (om iets terug te doen). Daarnaast blijkt uit de achtergrondkenmerken dat geen enkele laag opgeleide vrouw heeft mee gedaan, noch een vrouw die slecht Nederlands sprak. Uit de literatuur is bekend dat dit lastig bereikbare groepen zijn voor onderzoek dat niets concreets voor hen zelf oplevert (een uitgangspunt van de studie). Doordat in dit stadium de werving zich niet specifiek op deze groepen heeft gericht, kon dit ook niet op voorhand worden voorkomen.

Samenvattend, In opdracht van Stichting Miletus hebben het UMC Utrecht en het Erasmus MC een vragenlijst ontwikkeld die de kwaliteit rond de geboortezorg meet vanuit het perspectief van de cliënt, onafhankelijk door wie of waar de zorg is geleverd (werknaam ReproQ). Voor de ReproQ is het WHO begrip 'responsiveness' als uitgangspunt genomen om de ervaringen van de (toekomstige) moeders op een gestructureerde manier te onderzoeken. Het concept "responsiveness" omvat alle aspecten die gerelateerd zijn aan de manier waarop klanten worden behandeld en de omgeving waarin dat gebeurt. Na ontwikkelen van de vragenlijst is er door middel van focusgroeponderzoek en individuele interviews onderzocht of de vragenlijst duidelijk is en of alle aspecten van de kwaliteit van zorg gedekt worden. Hieruit bleek dat de persoonsgebonden domeinen enigszins belangrijker worden gevonden dan settingsgebonden domeinen. Feedback op de vragenlijst gaat erover dat de vrouwen over bepaalde aspecten geen oordeel (zouden) kunnen vormen, items zijn hierop aangepast. Meer aandacht werd gewenst voor culturele aspecten van zorgverlening en aan ervaren medische deskundigheid. Dat laatste is door de ontwerpers niet zinvol geacht, enerzijds omdat aanzienlijke eigen medische competenties vereist en zelfdiagnostiek, en anderzijds omdat hogere ervaren deskundigheid van de zorgverlener geen doel is van kwalitatief goede zorg, maar de verbeterde uitkomst door toedoen van die deskundigheid. De vrouwen hebben geen eenduidige mening hoe ze de vragenlijst het liefste willen ontvangen.

REFERENTIES

Bonsel, G. J., Birnie, E., Denktas, S., Poeran, J., & Steegers, E. A. (2010). *Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte'*. Rotterdam: Erasmus MC.

CPSS. (2006). Maternity Experiences Survey. Canada.

NHS. (2010). Women's experience of maternity questionnaire. United Kingdom.

NPEU. (2010). A national survey of women's experience of maternity care. Oxford, United Kingdom.

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). ... een goed begin. Een veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.

Valentine, N. B., Silva, A. d., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C. J., & Evans, D. B. (2003). Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. Chapter 4 in: Murray CJL, Evans DB (eds). Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. WHO:Geneva.

Health

APPENDIX B: ANTENATALE REPROQ VERSIE 1

Vragenlijst ervaringen met geboortezorg

Waar gaat het onderzoek over?

Dit is een onderzoek over uw ervaringen met de zorg rond uw huidige zwangerschap. Uw mening is erg belangrijk om er achter te komen hoe goed de zorg is en of het beter kan. Om daar achter te komen hebben we een vragenlijst gemaakt. We hopen dat u de vragenlijst wilt invullen.

Het invullen van de vragenlijst

Al u de vragenlijst invult, wilt u dan alleen denken aan de zorg die u heeft gekregen tijdens deze zwangerschap.

Het invullen van de vragenlijst is anoniem. Dus uw antwoorden worden niet gekoppeld aan uw naam of andere gegevens. De zorgverleners krijgen de resultaten niet te zien, dus u kunt vrijuit uw mening geven. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Wat gaan we er mee doen?

Met uw antwoorden kunnen we bekijken waar de zorg beter kan. Zodat de zorgverleners hun zorg kunnen verbeteren. Dat is ook belangrijk voor vrouwen die in de toekomst zwanger worden en dan zorg krijgen.

Daarnaast kunnen we kijken hoe hele zorginstellingen, zoals een ziekenhuis of een verloskundige praktijk, het doen ten opzichte van andere zorginstellingen.

Uw e-mailadres gebruiken we hierna alleen nog om u, zo nodig, een herinneringsmail te sturen. Daarna gooien we het weg.

Vragen of ongerustheid

Als het invullen leidt tot vragen neem dan contact met ons op via ReproQ@umcutrecht.nl. U krijgt dan binnen enkele dagen een reactie.

Alvast heel erg bedankt!



Universitair Medisch Centrum
Utrecht



Uw huidige zwangerschap

1. *Bij wie had u de eerste controles?*
 - gynaecoloog [→ ga naar vraag 2]
 - verloskundige [→ ga naar vraag 3]
 - gynaecoloog en verloskundige samen (een verloscentrum) [→ ga naar vraag 4]

2. *Bij wie waren de controles tot nu toe?*
 - vanaf het begin bij de gynaecoloog [→ ga naar vraag 5]
 - tijdelijk naar de verloskundige maar nu weer bij de gynaecoloog [→ ga naar vraag 4]
 - naar de verloskundige verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 4]

3. *Bij wie waren de controles tot nu toe?*
 - vanaf het begin bij de verloskundige [→ ga naar vraag 5]
 - tijdelijk naar de gynaecoloog maar nu weer bij de verloskundige [→ ga naar vraag 4]
 - naar de gynaecoloog verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 4]

4. *Bij wie had u de meeste controles?*
 - verloskundige
 - gynaecoloog
 - ongeveer gelijk

5. *Bent u tijdens de zwangerschap opgenomen in het ziekenhuis?*
 - ja, op een verloskundige afdeling
 - ja, op een andere afdeling
 - nee

6. *Toen u wist dat u net zwanger was, bent u toen nog naar de huisarts geweest?*
 - ja
 - nee

We vragen hierna steeds uw mening over 2 situaties: tijdens de eerste controle(s), en tijdens de tweede helft van de zwangerschap. Bij elke vraag moeten dus **2** kruisjes worden gezet.

Als we iets vragen over uw zorgverleners dan bedoelen we de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

Omgang tussen u en uw zorgverleners

7. *Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Heeft u 2 kruisjes gezet, voor de eerste controle en voor de 2e helft van de zwangerschap?

8. *Behandelde uw zorgverlener u met respect?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

9. *Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

10. *Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Zelf kunnen beslissen

11. *Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

I: Het gaat hier niet om noodsituaties

12. *Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

I: Het gaat hier niet om noodsituaties

13. *Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

14. *Is er aan u gevraagd of u uw kindje wilde laten testen op het Syndroom van Down?*

- ja
- nee
- ik weet het niet meer

15. *Besliste u mee over de plaats waar u straks gaat bevallen?*

- ja, absoluut
- ja, in zekere mate
- nee, maar dat wil ik wel
- nee, maar dat wil ik ook niet
- niet van toepassing, ik moet in het ziekenhuis bevallen
- er is nog niet over gesproken / het is nog niet aan de orde geweest

Privacy

We vragen weer uw mening over 2 situaties: tijdens de eerste controles, en tijdens de tweede helft van de zwangerschap. Bij elke vraag moeten dus 2 kruisjes worden gezet. Als we iets vragen over uw zorgverleners dan bedoelen we de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

16. *Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

17. *Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Praten met uw zorgverleners

18. *Beantwoordden uw zorgverleners uw vragen?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

19. *Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

20. *Begreep u de uitleg van uw zorgverleners?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

21. *Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Tijd totdat u hulp kreeg

22. *Kon u snel een afspraak maken als het dringend was?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

23. *Kon u snel een afspraak maken als het niet dringend was?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

24. *Was u bij uw afspraak snel aan de beurt?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

25. *Waren uw zorgverleners bereikbaar?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

26. *Was uw zorgverlener telefonisch bereikbaar?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Gezin en huishouden

27. *Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

28. *Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

29. *Werd uw partner of familie bij de zorg betrokken?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Voorzieningen

Hierna gaat het over de wachtruimte en de spreekkamer.

30. *Waren de wachtruimte en spreekkamer prettig ingericht?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

31. *Werden de ruimtes schoon gehouden?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

32. *Zaten de stoelen gemakkelijk?*

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

33. Was er een plek waar uw kinderen konden spelen tijdens uw controles?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.

Keuze, wisselen en verwijzen

34. Was bij wisseling van zorgverlener, deze al op de hoogte van uw situatie?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.

35. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.

36. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze

I: Denk aan: huisarts, verloskundige, ziekenhuisverloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgster, kinderarts.

37. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Overige vragen

38. Bent u door uw zorgverleners voorbereid op de bevalling?

erg goed	goed	niet zo goed	helemaal niet goed
----------	------	--------------	--------------------

39. Heeft u veel verschillende zorgverleners gezien?

- ja, maar ik vond dit niet erg
- ja, ik had liever steeds dezelfde zorgverlener
- nee, dit vond ik prettig
- nee, maar ik had het prima gevonden om steeds andere zorgverleners te zien.

40. Was u al voor de zwangerschap onder behandeling bij een arts in het ziekenhuis?

- Ja [→ ga naar vraag 41]
- Nee [→ ga naar vraag 42]

41. Hoe vond u de kwaliteit van de zorg die u toen kreeg?

erg goed	goed	niet zo goed	helemaal niet goed
----------	------	--------------	--------------------

42. We gaan er vanuit dat iedereen zijn best doet. Soms lukt dat niet. Niet alles is even erg. Hieronder staan 8 situaties die kunnen voorkomen.

Welke 2 situaties vindt u het ergst? (geef beide aan met een kruisje)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

43. Hieronder staan opnieuw dezelfde 8 situaties.

Welke 2 situaties vindt u het MINST erg? (geef beide aan met een kruisje)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

44. Hierna komt de laatste vraag over uw ervaringen tijdens de zwangerschap.

Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven.

Zet een kruisje of streepje op of tussen beide uiteinden op de plaats die voor uw gevoel het beste past

ik had een erg goede ervaring ik had een erg slechte ervaring

Eerdere ervaringen

De volgende vragen gaan over uw eerdere ervaring met zwangerschap.

45. Bent u al eens eerder bevallen?

- ja
- nee

46. Heeft u ooit een miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?

- ja
- nee

47. Heeft u ooit een abortus gehad?

- ja
- nee

48. Heeft u ooit een doodgeboren kindje gekregen?

- ja
- nee

49. Is deze zwangerschap een bewuste keuze?

- bewuste keuze
- geen bewuste keuze, maar wel gewenst
- geen bewuste keuze, eigenlijk ongewenst

Algemene gegevens

Tot slot willen we u vragen om nog wat algemene gegevens over u zelf in te vullen

50. Wat is uw geboortejaar?

51. Wat is uw postcode?

52. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- geen – basisonderwijs [→ ga naar vraag 54]
- VMBO, MBO, HAVO [→ ga naar vraag 54]
- atheneum, gymnasium, HBO, universiteit [→ ga naar vraag 54]
- opleiding in het buitenland [→ ga naar vraag 53]

53. Hoeveel jaar heeft u onderwijs gehad?

_____ jaar

54. Wat is uw relatie met de vader van het kind?

- gehuwd of samenwonend
- niet samenwonend, wel relatie
- geen

55. *Wij weten dat de behoefte aan zorg rond de zwangerschap verschilt afhankelijk van waar iemand vandaan komt. Daarom willen we graag weten bij welke bevolkingsgroep u en de vader van het kind horen?*

	Uzelf	De vader van het kind
Nederlands	0	0
Antilliaans / Arubaans	0	0
Kaapverdiaans	0	0
Turks/Koerdisch	0	0
Surinaams-Creools	0	0
Surinaams-Hindoestaans	0	0
Surinaams-anders	0	0
Marokkaans-Berbers	0	0
Marokkaans-Arabisch	0	0
Indonesisch	0	0
Oost-Europees	0	0
Aziatisch	0	0
Anders	0	0

Afsluiting

56. *Wat vond u van deze vragenlijst?*

57. *Wilt u nog iets kwijt over uw ervaring met de geboortezorg?*

Hartelijk dan voor het invullen voor de vragenlijst!

Op de website zult u begin januari 2013 een samenvatting van de resultaten vinden.

APPENDIX C: POSTNATALE REPROQ VERSIE 1

Vragenlijst ervaringen met geboortezorg

Waar gaat het onderzoek over?

Dit is een onderzoek over uw laatste ervaringen met de zorg rond de bevalling en kraamzorg. Uw mening is erg belangrijk om er achter te komen hoe goed de zorg is en of het beter kan. Om daar achter te komen hebben we een vragenlijst gemaakt. We hopen dat u de vragenlijst wilt invullen.

Het invullen van de vragenlijst

Al u de vragenlijst invult, wilt u dan alleen denken aan de zorg die u heeft gekregen tijdens de laatste keer dat u bent bevallen.

Het invullen van de vragenlijst is anoniem. Dus uw antwoorden worden niet gekoppeld aan uw naam of andere gegevens. De zorgverleners krijgen de resultaten niet te zien, dus u kunt vrijuit uw mening geven. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Wat gaan we er mee doen?

Met uw antwoorden kunnen bekijken waar de zorg beter kan. Zodat de zorgverleners hun zorg kunnen verbeteren. Dat is ook belangrijk voor vrouwen die in de toekomst zwanger worden en dan zorg krijgen.

Daarnaast kunnen we kijken hoe hele zorginstellingen, zoals een ziekenhuis of een verloskundige praktijk, het doen ten opzichte van andere zorginstellingen.

Uw e-mailadres gebruiken we hierna alleen nog om uw een herinneringsmail te sturen. Daarna gooien we het weg.

Vragen of ongerustheid

Als het invullen leidt tot vragen neem dan contact met ons op via ReproQ@umcutrecht.nl. U krijgt dan binnen enkele dagen een reactie.

Alvast heel erg bedankt!



Uw bevalling en het kraambed

1. *Waar is uw kind uiteindelijk geboren?*
 - ziekenhuis bij de gynaecoloog
 - poliklinisch (in het ziekenhuis bij de eigen verloskundige)
 - geboortecentrum in het ziekenhuis
 - geboortecentrum in de wijk
 - thuis

2. *Waar verwachtte u te bevallen ongeveer één maand voor de bevalling?*
 - ziekenhuis bij de gynaecoloog
 - poliklinisch (in het ziekenhuis bij de eigen verloskundige)
 - geboortecentrum in het ziekenhuis
 - geboortecentrum in de wijk
 - thuis
 - ik wist het toen nog niet

3. *Hoe is de bevalling begonnen?*
 - vanzelf (spontaan), ik was toen niet in het ziekenhuis
 - vanzelf (spontaan), ik was toen al in het ziekenhuis
 - met inleiding (infuus)
 - meteen met keizersnee

4. *Welke zorgverlener had de leiding toen uw bevalling begon?*
 - verloskundige
 - gynaecoloog
 - gynaecoloog en de eigen verloskundige samen (een verloscentrum)
 - gynaecoloog en verloskundige van het ziekenhuis samen

5. *[Vul deze vraag alleen in als u in het ziekenhuis bent bevallen; Als u niet in het ziekenhuis bent bevallen, ga dan door naar vraag 6]*

Toen u naar het ziekenhuis ging, was het toen dringend?

 - ja
 - nee

6. *Heeft u tijdens de bevalling pijnbehandeling gehad?*
 - ja
 - nee

7. *Hoe werd uw baby geboren?*

- op natuurlijke wijze
- door middel van een knip in de geboorteopening
- met behulp van een tang
- met behulp van een vacuümpomp of zuignap
- door middel van een keizersnee, al voor de bevalling besloten
- door middel van een keizersnee, tijdens de bevalling besloten

8. *Hoe gezond was uw baby kort na de bevalling, volgens u of uw partner?*

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was
- overleden

I: bij klein of groot gaat het om uw ervaring of gevoel

9. *Moest uw kindje de eerste 24 uur naar het ziekenhuis / in het ziekenhuis blijven omdat het kind zelf ziek was?*

- nee
- ja, op de kraamafdeling bij de moeder
- ja, op de couveuse afdeling bij de kinderafdeling in een gewoon bedje
- ja, op de speciale intensive care of high care afdeling voor pasgeborenen (NICU)
- ja, overgeplaatst naar een ander ziekenhuis

10. *Nu gaat het over u. Hoe gezond was u na de bevalling?*

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was

I: bij kleine of grote problemen gaat het om uw ervaring of gevoel

11. *Moest u na de bevalling naar het ziekenhuis / in het ziekenhuis blijven?*

- nee
- ja, in verband met mijn eigen gezondheidsproblemen of nazorg
- ja, omdat mijn kind was opgenomen
- ja, zowel vanwege mijzelf, als vanwege mijn kind

12. Hoeveel dagen kraamzorg heeft u gehad?

aantal dagen in het ziekenhuis _____ dagen
aantal dagen in het geboortecentrum/geboortehotel _____ dagen
aantal dagen thuis _____ dagen

I: Als u op een plek geen enkele kraamzorg hebt gehad, moet u het getal 0 invullen.

I: Als u kraamzorg had, tel dan de dag waarop u bevallen bent, als eerste dag.

We vragen hierna steeds uw mening over 2 situaties: tijdens de bevalling, en in de dagen na de bevalling. Bij elke vraag moeten dus **2** kruisjes worden gezet.

Als we iets vragen over uw zorgverleners dan bedoelen we de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

Omgang tussen u en uw zorgverleners

13. Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Heeft 2 kruisjes gezet, voor de bevalling en voor de dagen na de bevalling?

14. Behandelde uw zorgverlener u met respect?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

15. Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

16. Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Zelf kunnen beslissen

17. Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

I: Het gaat hier niet om noodsituaties

18. Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

I: Het gaat hier niet om noodsituaties

19. *Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

20. *Besliste u mee over de pijnbehandeling tijdens de bevalling?*

- ja, absoluut
- ja, in zekere mate
- nee, maar dat wilde ik wel
- nee, maar dat wilde ik ook niet
- niet van toepassing

21. *Besliste u mee over de plaats van bevallen?*

- ja, absoluut
- ja, in zekere mate
- nee, maar dat wilde ik wel
- nee, maar dat wilde ik ook niet
- niet van toepassing, ik moest in het ziekenhuis bevallen

Privacy

22. *Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

23. *Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.

Praten met uw zorgverleners

We vragen uw mening over 2 situaties: tijdens de bevalling, en in het kraambed.

Bij elke vraag moeten dus 2 kruisjes worden gezet. Als we iets vragen over uw zorgverleners dan bedoelen we de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

24. *Beantwoordde uw zorgverlener uw vragen?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

25. *Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

26. Begreep u de uitleg van uw zorgverlener?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

27. Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Tijd totdat u hulp kreeg

28. Werd u snel geholpen als het dringend was?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

29. Werd u snel geholpen als het niet dringend was?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

30. Was de kraamzorg snel aanwezig:

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

31. Waren uw zorgverleners bereikbaar?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

32. Waren de zorgverleners bereikbaar via de telefoon of bel bij het bed?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Gezin en huishouden

33. Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

34. Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

35. Werd uw partner bij de zorg betrokken?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Voorzieningen

De volgende vragen gaan over de voorzieningen tijdens de bevalling en het kraambed. Hier zijn verschillende situaties mogelijk. Daarom vragen we je hierna om de vragen in te vullen over de bevalling en daarna over de dagen na de bevalling.

Hieronder gaat de plek waar u bevallen bent.

- Als u thuis bent bevallen, ga dan naar vraag 42
- Als u niet thuis bent bevallen, ga dan naar vraag **36**

36. *Waren de ruimtes prettig ingericht?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
----------------------	--------	---------	------	-------

37. *Werden de ruimtes schoon gehouden?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
----------------------	--------	---------	------	-------

38. *Lag het bed goed?*

tijdens de bevalling	ja	nee
----------------------	----	-----

39. *Kon u televisie kijken of internet gebruiken, eventueel na betaling?*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t. geen behoefte
----------------------	--------	---------	------	-------	----------------------

Was er keuze mogelijkheid bij de maaltijd? [→ ga hierna naar vraag 43]

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	ik wilde geen eten
----------------------	--------	---------	------	-------	--------------------

40. *Was uw woning geschikt voor de hele bevalling? ja*

	altijd	meestal	soms	nooit
--	--------	---------	------	-------

Hieronder gaat het over de kraamzorg die u heeft gehad.

- Als u alleen thuis kraamzorg gehad, ga dan naar vraag 47
- Heeft u ook op andere plekken kraamzorg gehad? Ga dan naar vraag 42

41. *Waren de ruimtes prettig ingericht?*

in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit
--	--------	---------	------	-------

42. *Werden de ruimtes schoon gehouden?*

in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit
--	--------	---------	------	-------

43. *Lag het bed goed?*

in de dagen na de bevalling (kraambed)	ja	nee
--	----	-----

44. Kon u televisie kijken of internet gebruiken, eventueel na betaling?

in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t. geen behoefte
--	--------	---------	------	-------	----------------------

45. Was er keuze mogelijkheid bij de maaltijd?

in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	ik wilde geen eten
--	--------	---------	------	-------	--------------------

Als u thuis geen kraamzorg heeft gehad, ga dan door naar vraag 48. Heeft u thuis wel kraamzorg gehad ga dan door naar vraag 47

46. Was uw woning geschikt voor de kraamperiode?

	altijd	meestal	soms	nooit
--	--------	---------	------	-------

Keuze, wisselen en verwijzen

47. Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

48. Was bij wisseling van dienst of aflossen uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t. / weet niet
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t. / weet niet

49. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	n.v.t.

50. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze

! Denk aan: huisarts, verloskundige, ziekenhuis verloskundige gynaecoloog, kraamverzorgster, kinderarts

51. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Overige vragen

52. Kon u kiezen uit verschillende mogelijkheden van kraamzorg?

- ja
- nee, er was geen keuze

53. Kende u voor de bevalling de zorgverlener die de leiding had over uw bevalling?

- ja, ik heb haar/hem ontmoet en gesproken
- ja, ik kende haar/zijn naam
- nee, ik kende haar/hem niet
- nee, ik wist niet wie de leiding had

54. Kon u uw zorg krijgen op de plaats die u wilde of die nodig was?

- ja
- nee, er was geen plaats (vol)
- nee, andere reden

55. Was u door uw zorgverleners voorbereid op:

het geven van borstvoeding	erg goed	goed	niet zo goed	helemaal niet goed
de zorg van het kind na afloop van de kraamzorg	erg goed	goed	niet zo goed	helemaal niet goed

56. Was u al voor de zwangerschap onder behandeling bij een arts in het ziekenhuis?

- ja [→ ga naar vraag 58]
- nee [→ ga naar vraag 59]

57. Hoe vond u de kwaliteit van de zorg die u toen kreeg?

erg goed	goed	niet zo goed	helemaal niet goed
----------	------	--------------	--------------------

58. We gaan er vanuit dat iedereen zijn best doet. Soms lukt dat niet. Niet alles is even erg. Hieronder staan 8 situaties die kunnen voorkomen.

Welke 2 situaties vindt u het ergst? (geef beide aan met een kruisje)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

59. Hieronder staan opnieuw dezelfde 8 situaties.

Welke 2 situaties vindt u het MINST erg? (geef beide aan met een kruisje)

	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
	niet betrokken bij keuze behandeling
	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
	lang moeten wachten op hulp
	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

60. Hierna komt de laatste vraag over uw ervaringen tijdens de bevalling en kraambed.

Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven.

Zet een kruisje of streepje op of tussen beide uiteinden op de plaats die voor uw gevoel het beste past

ik had een erg
goede ervaring

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ik had een erg
slechte ervaring

Eerdere ervaringen

De volgende vragen gaan over uw eerdere ervaring met zwangerschap.

61. *Bent u al eens eerder bevallen?*

- ja
- nee

62. *Heeft u ooit een miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?*

- ja
- nee

63. *Heeft u ooit een abortus gehad?*

- ja
- nee

64. *Heeft u ooit een doodgeboren kindje gekregen?*

- ja
- nee

65. *Is deze zwangerschap een bewuste keuze?*

- bewuste keuze
- geen bewuste keuze, maar wel gewenst
- geen bewuste keuze, eigenlijk ongewenst

Algemene gegevens

Tot slot willen we u vragen om nog wat algemene gegevens over u zelf in te vullen

66. *Wat is uw geboortjaar?* _____

67. *Wat is uw postcode?* _____

68. *Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?*

- geen – basisonderwijs [→ ga naar vraag 71]
- VMBO, MBO, HAVO [→ ga naar vraag 71]
- atheneum, gymnasium, HBO, universiteit [→ ga naar vraag 71]
- opleiding in het buitenland [→ ga naar vraag 70]

69. *Hoeveel jaar heeft u onderwijs gehad?* _____ jaar

70. *Wat is uw relatie met de vader van het kind?*

- gehuwd of samenwonend
- niet samenwonend, wel relatie
- geen

71. *Wij weten dat de behoefte aan zorg rond de zwangerschap verschilt afhankelijk van waar iemand vandaan komen. Daarom willen we graag weten bij welke bevolkingsgroep u en de vader van het kind horen?*

	Uzelf	De vader van het kind
Nederlands	0	0
Antilliaans / Arubaans	0	0
Kaapverdiaans	0	0
Turks/Koerdisch	0	0
Surinaams-Creools	0	0
Surinaams-Hindoestaans	0	0
Surinaams-anders	0	0
Marokkaans-Berbers	0	0
Marokkaans-Arabisch	0	0
Indonesisch	0	0
Oost-Europees	0	0
Aziatisch	0	0
Anders	0	0

Afsluiting

73. Wat vond u van deze vragenlijst?

74. Wilt u nog iets kwijt over uw ervaring met de geboortezorg?

Hartelijk dan voor het invullen voor de vragenlijst!

Op de website zult u begin januari 2013 een samenvatting van de resultaten vinden.

In de Nederlandse gezondheidszorg vinden we het steeds belangrijker om goed te meten wat voor ervaringen patiënten/cliënten hebben met de zorg. Dit doen we omdat zorgverleners graag goede zorg willen leveren en hun zorg willen verbeteren. Maar om te kunnen verbeteren moeten ze eerst weten wat hun klanten, u dus, van hun zorg vinden. Om daar achter te komen doen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) en het Erasmus Medisch Centrum (EMC) een onderzoek naar ervaringen met de zorg voor en rond de geboorte van een kind. Er is een vragenlijst ontwikkeld en nu moet worden getest of dit een goede vragenlijst is. Door mee te doen en voor ons de vragenlijst in te vullen draagt u bij aan de verbetering van de zorg rond de geboorte in Nederland.

Naar wie zijn we opzoek?

Voor het testen van de vragenlijst zijn we op zoek naar vrouwen die 28 weken of meer zwanger zijn, en vrouwen die 8 weken geleden of minder zijn bevallen. We willen u vragen de vragenlijst in te vullen. Bent u nu nog geen 28 weken zwanger bent, maar wilt u de vragenlijst wel invullen, dan kunt u onderstaande stappen gewoon doorlopen en sturen we u de vragenlijst iets later toe.

Wel of niet mee doen

Als u meedoet, sturen wij u schriftelijk of per email een vragenlijst toe. We willen u vragen om de vragenlijst in te vullen. Uw antwoorden worden alleen gebruikt in het onderzoek. U beslist zelf of u meedoet: deelname is vrijwillig. Als u besluit om niet mee te doen dan heeft dit geen gevolgen voor uw verdere zorg.

Wat houdt deelname in?

1. Vul uw e-mailadres op de achterkant in en zet uw handtekening, zodat we u de vragenlijst digitaal kunnen toesturen.
2. Lever het blad in bij de receptie of stuur het terug per post.
3. Wij sturen u de vragenlijst via internet.
4. U beantwoordt de vragenlijst binnen 2 weken. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Ik heb geen internet. Wat dan?

Schrijf uw naam, adres en woonplaats op de achterkant op, dan sturen we u de vragenlijst per post toe.

Wat doen we met uw antwoorden?

We gaan vertrouwelijk met uw antwoorden om. Uw antwoorden worden niet doorgegeven aan anderen, dus ook niet aan uw zorgverleners. Uw antwoorden worden alleen gebruikt voor dit onderzoek.

Meer informatie

Heeft u nog vragen, stuur dan een e-mail naar ReproQ@umcutrecht.nl of bel tussen 14:00 – 16:00 naar: 06 27 43 85 49

Toestemming

Voor dit onderzoek is officieel toestemming gevraagd aan de medisch-ethische toetsingscommissie (METC) van de Universitair Medisch Centrum Utrecht. De METC verklaart dat deelname aan het onderzoek zonder enig risico is.

Hartelijke groet,
Namens het onderzoeksteam
Marit Hitzert en Marisja Scheerhagen

Ik, (naam) _____, **doe mee**

Hieronder kunt u aangeven hoe u de vragenlijst wilt ontvangen

Stuur mij de vragenlijst per e-mail toe.

E-mailadres:

Stuur mij de vragenlijst per post toe.

Straat: _____ Huisnummer _____ toevoeging

Postcode: _____ Plaats:

Welke versie?

We hebben twee vragenlijsten: een voor de laatste weken van de zwangerschap en een voor kort na de bevalling. U kunt hier aangeven of u een of beide vragenlijsten wilt invullen.

Alleen de zwangerschapslijst

Uitgerekende datum: _____ - _____ -

Aantal weken zwanger _____

Alleen de bevalling en kraamzorg – lijst

Bevaldatum: _____ - _____ - _____

Beide vragenlijsten

Uitgerekende datum/bevaldatum: _____ - _____

_____ - _____

Handtekening _____

Ik doe niet mee

Nee, ik wil niet dat jullie mij de vragenlijst toesturen

Wilt u hieronder de reden aangeven waarom u niet wilt dat we de vragenlijst toesturen?

De antwoorden worden niet anoniem verwerkt.

Ik heb geen tijd voor het invullen

Ik vind het onderzoek niet nuttig

Ik vind het onderzoek te belastend in verband met nare ervaringen

Andere reden: _____

APPENDIX E: RESPONSEVERDELING VERSIE 1

TABEL 4.2.1.1.1. ReproQ-antenataal. Domeinvragen voor referentieperiode: begin zwangerschap (n=351)

Domein	item	% vr Begin zwangerschap				n.v.t.	missing	
		nooit	soms	meestal	altijd			
Respect	7	100	0,0	0,6	4,8	94,3	-	0,3
	8	100	0,0	1,4	6,3	91,7	-	0,6
	9	100	0,3	5,1	14,5	79,8	-	0,3
	10	100	0,0	0,9	9,7	88,6	-	0,9
Autonomie	11	100	3,4	6,6	22,2	67,8	-	0,0
	12	100	3,7	4,3	20,5	68,1	-	3,4
	13	100	0,3	3,7	16,8	78,1	-	1,1
	14D	100	-	-	-	-	-	-
	15D	100	-	-	-	-	-	-
Privacy	16	100	0,3	3,7	15,7	80,1	-	0,3
	17	100	0,6	0,6	1,1	30,5	67,2	0,0
Communicatie	18	100	0,0	2,0	15,4	82,1	-	0,6
	19	100	0,6	8,5	36,8	54,1	-	0,0
	20	100	0,0	2,3	17,9	79,2	-	0,6
	21	100	0,0	4,3	18,5	76,9	-	0,3
	22	100	0,3	2,6	17,1	77,8	-	2,3
Tijd tot hulp	23	100	0,6	6,0	37,6	55,3	-	0,6
	24	100	4,3	19,1	52,7	23,6	-	0,3
	25	100	0,0	2,6	23,1	73,5	-	0,9
	26	100	1,1	3,7	23,9	70,7	-	0,6
	27	100	6,6	13,1	28,5	50,7	-	1,1
Sociale ondersteuning	28	100	7,4	9,1	29,6	53,3	-	0,6
	29	100	3,1	11,4	23,1	62,1	-	0,3
	30	100	1,7	4,0	24,5	69,5	-	0,3
Faciliteiten	31	100	0,3	0,6	16,5	82,1	-	0,6
	32	100	3,4	8,5	24,8	62,4	-	0,9
	33	100	2,0	3,4	7,1	45,0	41,9	0,6
	34	100	1,4	8,8	22,5	36,2	30,2	0,9
Keuze& continuïteit	35	100	3,1	4,3	10,3	18,8	62,1	1,4
	36	100	19,7	2,3	17,4	59,0	-	1,7
	37	100	5,7	8,3	21,9	62,4	-	1,7

Legenda

%vr

% vrouwen dat de vraag konden beantwoorden ivm routing.

TABEL 4.2.1.1.2. ReproQ-antenataal. Domeinvragen voor de referentieperiode: einde zwangerschap (n=351)

Domein	item	% vr	Eind zwangerschap				n.v.t.	missing
			nooit	soms	meestal	altijd		
Respect	7	100	0,0	0,3	5,7	93,2	-	0,9
	8	100	0,0	1,1	7,1	90,0	-	1,7
	9	100	0,6	5,1	17,1	76,4	-	0,9
	10	100	0,0	0,6	10,5	88,0	-	0,9
Autonomie	11	100	2,6	6,6	25,9	63,5	-	1,4
	12	100	3,4	5,7	21,4	65,5	-	4,0
	13	100	0,3	3,7	19,7	73,8	-	2,6
	14D	100	3,7	-	-	94,6	1,7	0,0
	15D	100	0,6	-	-	68,9	30,5	0,0
Privacy	16	100	0,6	3,1	16,0	79,2	-	1,1
	17	100	0,3	0,6	1,1	29,9	66,7	1,4
Communicatie	18	100	0,0	0,9	15,4	82,9	-	0,9
	19	100	0,9	9,1	39,3	49,6	-	1,1
	20	100	0,0	2,6	22,2	73,8	-	1,4
	21	100	0,0	4,3	20,8	73,8	-	1,1
Tijd tot hulp	22	100	0,3	1,4	14,2	81,5	-	2,6
	23	100	0,6	4,6	36,8	57,3	-	0,9
	24	100	3,4	19,1	56,7	19,9	-	0,9
	25	100	0,0	3,7	22,2	72,6	-	1,4
	26	100	1,4	2,8	21,4	72,6	-	1,7
	27	100	6,6	15,4	26,2	50,1	-	1,7
Sociale ondersteuning	28	100	7,1	9,4	30,8	51,6	-	1,1
	29	100	4,0	11,1	23,4	60,7	-	0,9
	30	100	1,1	3,4	25,6	69,2	-	0,6
Faciliteiten	31	100	0,3	0,9	16,8	81,2	-	0,9
	32	100	3,1	8,8	26,8	60,1	-	1,1
	33	100	2,6	2,6	7,4	44,7	41,3	1,4
	34	100	1,1	8,0	24,8	35,9	29,1	1,1
Keuze& continuïteit	35	100	2,0	4,0	12,0	20,5	60,4	1,1
	36	100	18,2	2,6	18,8	58,1	-	2,3
	37	100	4,8	8,8	23,1	61,3	-	2,0

Legenda

%vr

% vrouwen dat de vraag konden beantwoorden ivm routing.

TABEL 4.2.1.2.1. ReproQ-postnataal. Domeinvragen voor referentieperiode: bevalling (n=433)

Domein	item	%vr	Bevalling				n.v.t.	missing
			nooit	soms	meestal	altijd		
Respect	13	100	0,2	2,1	14,3	82,7	-	0,7
	14	100	0,2	1,4	9,7	88,2	-	0,5
	15	100	0,2	4,6	16,9	78,1	-	0,2
	16	100	0,2	0,9	10,9	87,8	-	0,2
Autonomie	17	100	3,7	8,1	29,1	58,9	-	0,2
	18	100	8,3	8,5	21,2	60,0	-	1,8
	19	100	1,8	4,8	19,4	73,9	-	0,0
	20D	100	-	-	-	-	-	-
	21D	100	-	-	-	-	-	-
Privacy	22	100	0,5	3,2	17,3	78,8	-	0,2
	23	100	0,7	0,9	7,9	46,9	43,6	0,0
Communicatie	24	100	0,2	1,8	16,4	80,8	-	0,7
	25	100	0,7	5,3	30,7	62,6	-	0,7
	26	100	0,2	1,2	21,5	76,7	-	0,5
	27	100	0,7	4,2	21,5	73,7	-	0,0
Tijd tot hulp	28	100	0,5	4,8	18,0	76,2	-	0,5
	29	100	1,2	8,5	35,1	54,7	-	0,5
	30	100	8,8	3,2	12,0	70,9	-	5,1
	31	100	0,2	1,8	14,8	82,0	-	1,2
	32	100	1,2	2,3	12,2	83,8	-	0,5
Sociale ondersteuning	33	100	4,8	5,8	19,2	68,1	-	2,1
	34	100	-	-	-	-	-	-
	35	100	0,0	4,2	15,2	76,7	-	3,9
Faciliteiten	36	95	2,7	7,7	25,7	59,1	-	4,8
	37	95	1,9	4,8	17,4	74,1	-	1,7
	38D	95	12,6	-	-	85,2	-	2,2
	39	95	47,9	1,5	3,9	45,0	0,0	1,7
	40	95	29,1	5,3	9,9	49,6	3,6	2,4
	41	5	0,0	0,0	14,3	81,0	-	4,8
Keuze& continuïteit	48	100	0,5	4,2	21,9	70,7	-	2,8
	49	100	1,6	3,7	17,1	54,3	21,2	2,1
	50	100	2,3	3,2	8,1	44,1	39,7	2,5
	51	100	19,6	2,1	10,2	65,8	-	2,3
	52	100	2,8	8,1	17,6	69,7	-	1,8

Legenda

%vr

% vrouwen dat de vraag konden beantwoorden ivm routing.

TABEL 4.2.1.2.2. ReproQ-postnataal. Domeinvragen voor referentieperiode: kraamperiode (n=433)

Item	vr	% vr	Kraamperiode				n.v.t.	missing
			nooit	soms	meestal	altijd		
Respect	13	100	0,5	2,3	19,6	76,7	-	0,9
	14	100	0,2	2,8	12,7	83,1	-	1,2
	15	100	1,2	6,7	20,1	70,9	-	1,2
	16	100	0,5	3,2	12,2	82,9	-	1,2
Autonomie	17	100	3,0	4,6	21,9	69,3	-	1,2
	18	100	3,7	7,4	17,6	68,6	-	2,8
	19	100	1,4	3,5	19,9	73,9	-	1,4
	20D	100	5,1	-	-	64,4	30,3	0,2
	21D	100	36,5	-	-	63,5	0,0	0,0
Privacy	22	100	0,9	6,5	22,6	69,5	-	0,5
	23	100	1,2	1,6	5,5	47,1	44,1	0,5
Communicatie	24	100	0,0	3,2	19,6	76,0	-	1,2
	25	100	3,5	15,0	41,3	39,3	-	0,9
	26	100	0,2	3,2	20,1	75,8	-	0,7
	27	100	0,7	5,8	21,0	72,1	-	0,5
Tijd tot hulp	28	100	1,2	6,0	24,0	66,7	-	2,1
	29	100	2,5	10,4	35,3	50,8	-	0,9
	30	100	1,6	4,8	15,2	76,7	-	1,6
	31	100	0,2	3,7	15,0	79,2	-	1,8
	32	100	1,4	4,6	14,1	79,4	-	0,5
Sociale ondersteuning	33	100	3,7	5,5	18,9	70,2	-	1,6
	34	100	2,8	4,8	24,2	67,4	-	0,7
	35	100	2,3	5,8	18,9	69,1	-	3,9
Faciliteiten	42	9	7,9	23,7	28,9	34,2	-	5,3
	43	9	2,6	28,9	26,3	36,8	-	5,3
	44D	9	71,1	-	-	23,7	-	5,3
	45	9	28,9	2,6	5,3	55,3	0,0	7,9
	46	9	5,3	10,5	18,4	60,5	0,0	5,3
Keuze& continuïteit	47	93	0,7	0,7	8,7	88,3	-	1,5
	48	100	1,2	5,5	16,6	74,6	-	2,1
	49	100	2,1	8,1	20,3	42,7	25,2	1,6
	50	100	2,8	3,7	9,5	36,5	44,1	3,5
	51	100	16,6	5,1	13,4	62,8	-	2,1
	52	100	4,6	7,6	16,9	69,1	-	1,8

Legenda

%vr

% vrouwen dat de vraag konden beantwoorden ivm routing.

APPENDIX F: PATROON MISSENDE WAARDEN REPROQ VERSIE 1

TABEL 4.2.2.1.1. ReproQ-antenataal.
Missing patroon Respect (4vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	99,4
`00001	0,3
`00010	0,0
`00011	0,0
`00100	0,0
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,0
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,3

TABEL 4.2.2.1.2. ReproQ-antenataal.
Missing patroon Autonomie (5vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	96,3
`00001	0,0
`00010	2,8
`00011	0,0
`00100	0,3
`00101	0,0
`00110	0,6
`00111	0,0
`01000	0,0
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,0
`10000	0,0
`10001	0,0
`10010	0,0
`10011	0,0
`10100	0,0
`10101	0,0
`10110	0,0
`10111	0,0
`11000	0,0
`11001	0,0
`11010	0,0
`11011	0,0
`11100	0,0
`11101	0,0
`11110	0,0
`11111	0,0

TABEL 4.2.2.1.3. ReproQ-antentaal.
Missing patroon Privacy (2vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	100,0
`00001	0,0
`00010	0,0
`00011	0,0

TABEL 4.2.2.1.4. ReproQ-antenataal.
Missing patroon Communucatie (4vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	98,9
`00001	0,3
`00010	0,0
`00011	0,0
`00100	0,6
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,3
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,0

TABEL 4.2.2.1.5. ReprOQ-antenataal.
Missing patroon Tijd tot hulp (5vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	97,2
`00001	1,4
`00010	0,3
`00011	0,0
`00100	0,3
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,3
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,0
`10000	0,3
`10001	0,0
`10010	0,0
`10011	0,0
`10100	0,0
`10101	0,0
`10110	0,0
`10111	0,0
`11000	0,0
`11001	0,3
`11010	0,0
`11011	0,0
`11100	0,0
`11101	0,0
`11110	0,0
`11111	0,0

TABEL 4.2.2.1.6. ReprOQ-antenataal.
Missing patroon Sociale ondersteuning (3vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	98,3
`00001	0,9
`00010	0,6
`00011	0,0
`00100	0,3
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0

TABEL 4.2.2.1.7. ReproQ-antenataal.
Missing patroon Faciliteiten (3vr) (n=351)

Patroon	%
`00000	98,9
`00001	0,0
`00010	0,3
`00011	0,0
`00100	0,3
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,6
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,0

TABEL 4.2.2.1.8. ReproQ-antenataal.
Missing patroon Keuze en continuïteit (4vr) (n=351)

Patroon	%
00000	97,2
00001	0,0
00010	0,0
00011	0,0
00100	1,1
00101	0,0
00110	0,0
00111	0,3
01000	0,9
01001	0,0
01010	0,3
01011	0,0
01100	0,0
01101	0,0
01110	0,0
01111	0,3

TABEL 4.2.2.2.1. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Respect (4vr) (n=433)

Patroon	%
`00000	99,8
`00001	0,0
`00010	0,0
`00011	0,0
`00100	0,0
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,0
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,2

TABEL 4.2.2.2.2. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Autonomie (5vr) (n=433)

Patroon	%
`00000	97,9
`00001	0,0
`00010	1,6
`00011	0,2
`00100	0,0
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,2
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	0,0
`10000	0,0
`10001	0,0
`10010	0,0
`10011	0,0
`10100	0,0
`10101	0,0
`10110	0,0
`10111	0,0
`11000	0,0
`11001	0,0
`11010	0,0
`11011	0,0
`11100	0,0
`11101	0,0
`11110	0,0
`11111	0,0

TABEL 4.2.2.2.3. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Privacy (2vr) (n=433)

Patroon	%
`00000	100,0
`00001	0,0
`00010	0,0
`00011	0,0

TABEL 4.2.2.2.4. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Communucatie (4vr) (n=433)

Patroon	%
00000	99,8
00001	0,0
00010	0,2
00011	0,0
00100	0,0
00101	0,0
00110	0,0
00111	0,0
01000	0,0
01001	0,0
01010	0,0
01011	0,0
01100	0,0
01101	0,0
01110	0,0
01111	0,0

TABEL 4.2.2.2.5. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Tijd tot hulp (5vr) (n=433)

Patroon	%
00000	97,9
00001	0,5
00010	0,0
00011	0,0
00100	0,7
00101	0,0
00110	0,0
00111	0,0
01000	0,7
01001	0,0
01010	0,0
01011	0,0
01100	0,2
01101	0,0
01110	0,0
01111	0,0
10000	0,0
10001	0,0
10010	0,0
10011	0,0
10100	0,0
10101	0,0
10110	0,0
10111	0,0
11000	0,0
11001	0,0
11010	0,0
11011	0,0
11100	0,0
11101	0,0
11110	0,0
11111	0,0

TABEL 4.2.2.2.6. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Sociale ondersteuning (3vr) (n=433)

Patroon	%
`00000	97,0
`00001	0,7
`00010	0,5
`00011	0,0
`00100	1,6
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,2

TABEL 4.2.2.2.7. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Faciliteiten (3vr) (n=433)

Patroon	%	%
	BV	KZ
`00000	95,2	99,1
`00001	3,0	0,9
`00010	0,0	0,0
`00011	0,0	0,0
`00100	0,5	0,0
`00101	0,0	0,0
`00110	0,0	0,0
`00111	1,4	0,0

TABEL 4.2.2.2.8. ReproQ-postnataal.
Missing patroon Keuze en continuïteit (5vr) (n=433)

Patroon	%
`00000	97,0
`00001	0,5
`00010	0,0
`00011	0,0
`00100	0,7
`00101	0,0
`00110	0,0
`00111	0,0
`01000	0,2
`01001	0,0
`01010	0,0
`01011	0,0
`01100	0,0
`01101	0,0
`01110	0,0
`01111	1,6
`10000	0,0
`10001	0,0
`10010	0,0
`10011	0,0
`10100	0,0
`10101	0,0
`10110	0,0
`10111	0,0
`11000	0,0
`11001	0,0
`11010	0,0
`11011	0,0
`11100	0,0
`11101	0,0
`11110	0,0
`11111	0,0

TABEL 4.5.3.1. ReproQ-antenaal.
Factorlading bij exploratieve factoranalyse. Alle domeinvragen (n=351)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 rekening houden met privacy	0,462								
8 behandeld met respect	0,806								
9 krijgen pers. aandacht	0,686								
10 vriendelijk behandeld	0,808								
11 meebeslissen behandeling							0,798		
12 weigeren behandeling							0,822		
13 wensen geboortezorg	0,553								
14D testen syn. Van Down									0,853
15D meebeslissen plaats bevallen			0,346		0,360				
16 vertrouwen in zorgverlener verstrekken gegevens aan	0,644								
17 anderen				0,320					
18 beantwoorden vragen	0,456								
19 krijgen zelfde adviezen	0,458								
20 begrijpen uitleg					0,549				
21 inlichten behandeling					0,572				
22 afspraken maken, dringend								0,628	
23 afspraken maken, niet dringend		0,365		0,380				0,389	
24 wachttijd				0,572					
25 bereikbaarheid zorgverlener				0,650					
26 tel. bereikbaarheid zorgverlener				0,788					
27 aandacht gezin		0,802							
28 afspraken gezin		0,764							
29 betrekken familie		0,756							
30 inrichting			0,677						
31 hygiëne			0,753						
32 comfort			0,676						
33 speelplek kinderen			0,457						
34 wisselen van zorgverlener						0,774			
35 verwijzing						0,839			
36 gewenst soort zorgverlener					0,66				
37 leiding over zorg					0,606				

TABEL 4.5.3.2.1 ReproQ-postnaal, referentieperiode: bevalling
Factorlading bij exploratieve factoranalyse. Alle domeinvragen (n=433)

	1	2	3	4	5	6	7
13a rekening houden met privacy	0,519						
14a behandeld met respect	0,740						
15a krijgen pers. aandacht	0,613						
16a vriendelijk behandeld	0,721						
17a meebeslissen behandeling			0,700				
18a weigeren behandeling			0,702				
19a wensen geboortezorg	0,478		0,576				
20D meebeslissen pijnbehandeling							0,803
21D meebeslissen plaats bevallen						0,670	
22a vertrouwen in zorgverlener	0,594						
23a verstrekken gegevens aan anderen				0,416	0,535		
24a beantwoorden vragen	0,427			0,476			
25a krijgen zelfde adviezen				0,651			
26a begrijpen uitleg				0,770			
27a inlichten behandeling	0,425			0,481			
28a afspraken maken, dringend		0,646					
29a afspraken maken, niet dringend		0,593					
30a tijd voor aankomst kraamzorg		0,429					
31a bereikbaarheid zorgverlener		0,648					
32a tel. bereikbaarheid zorgverlener		0,707					
33a aandacht gezin			0,587				
34 afspraken gezin			0,567				
35a betrekken familie			0,467				
48a tijd zorgverleners wanneer gewenst		0,549					
49a wisselen van zorgverlener					0,530		
50a verwijzing					0,603		
51a gewenst soort zorgverlener						0,633	
52a leiding over zorg				0,488			

TABEL 4.5.3.2.2 ReproQ-postnaal, referentieperiode: kraamperiode
 Factorlading bij exploratieve factoranalyse. Alle domeinvragen (n=433)

	1	2	3	4	5
13b rekening houden met privacy				0,587	
14b behandeld met respect	0,813				
15b krijgen pers. aandacht	0,664				
16b vriendelijk behandeld	0,783				
17b meebeslissen behandeling				0,626	
18b weigeren behandeling				0,687	
19b wensen geboortezorg	0,547			0,483	
20D meebeslissen pijnbehandeling					0,832
21D meebeslissen plaats bevallen					0,496
22b vertrouwen in zorgverlener	0,619				
23b verstrekken gegevens aan anderen			0,451	0,494	
24b beantwoorden vragen	0,526	0,530			
25b krijgen zelfde adviezen	0,474				
26b begrijpen uitleg	0,501				
27b inlichten behandeling	0,457	0,422			
28b afspraken maken, dringend	0,453	0,421	0,465		
29b afspraken maken, niet dringend	0,421	0,403	0,471		
30b tijd voor aankomst kraamzorg			0,620		
31b bereikbaarheid zorgverlener			0,565		
32b tel. bereikbaarheid zorgverlener			0,478		
33b aandacht gezin		0,645			
34 afspraken gezin		0,707			
35b betrekken familie		0,702			
48b tijd zorgverleners wanneer gewenst		0,525	0,499		
49b wisselen van zorgverlener			0,615		
50b verwijzing			0,674		
51b gewenst soort zorgverlener					
52b leiding over zorg		0,599	0,434		

APPENDIX H: SAMENVATTING MASTERSCRIPTIE M.B.T. MOEILIJK BEREIKBARE GROEPEN

MEASURING THE PERFORMANCE OF A CLIENTS' QUESTIONNAIRE ABOUT PERINATAL CARE, BASED ON THE WHO RESPONSIVENESS MODEL, IN LOW SES AND NON-WESTERN ETHNIC GROUPS

Drs. M.F. Hitzert (2013) Erasmus University, Rotterdam Master Zorgmanagement

Samenvatting

1 Introductie

Deze masterscriptie is ingebed in een 2-jaar durend onderzoek van het Erasmus MC en het UMC Utrecht, naar de ontwikkeling en de pilot van de ReproQ-vragenlijst. Het doel van de ReproQ is om ervaringen van cliënten in de perinatale zorg te meten, gebaseerd op het WHO responsiviteitsmodel. Deze scriptie richt zich op de prestaties van de ReproQ-vragenlijst, specifiek in lage sociaaleconomische status (SES) en niet-westerse groepen en op de aanpassingen of aanvullingen die nodig zijn om te komen tot een instrument dat geschikt is voor deze kwetsbare groepen. Het onderwerp van deze scriptie werd als nieuw onderdeel toegevoegd aan het onderzoeksproject.

2 Theoretisch kader

Het door de WHO ontwikkelde responsiviteitsmodel is gericht op de niet-gezondheids gerelateerde aspecten van de zorgverlening en kiest eigen ervaringen van de klant als uitgangspunt; dit resulteert in acht kwaliteitsdomeinen. Het concept "responsiviteit" omvat alle aspecten van de bejegening van cliënten en de omgeving waarin zij worden behandeld.

3 Probleem analyse en onderzoeksvragen

Het is bekend dat gezondheidsuitkomsten veel slechter zijn voor verschillende niet-westerse en lage SES groepen, mogelijk als gevolg van een lagere kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn deze groepen moeilijk te overtuigen om mee te doen in kwaliteitsvragenlijsten. Verschillen in etniciteit en SES leiden tevens tot verschillen in gerapporteerde ervaringen, en daarmee responsiviteit. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Is de ReproQ-vragenlijst toegankelijk voor de primaire groepen (niet-westers; lage SES) voor wat betreft de methoden (nu: digitaal/papier), de taal (nu: Nederlands, beperkte woordkeuze), en de interview complexiteit (nu: niet ondersteund)? Hoe beoordelen deze groepen de 8 domeinen op het gebied van dekking en belang?
- 2) Wat is (zijn) de gewenste methode(n) voor de gedefinieerde groepen wat betreft de methoden (digital/papier/(telefonisch) interview), de taal (eenvoudig Nederlands/vertaald in verschillende talen) en interview complexiteit (ondersteund/niet ondersteund)?
- 3) Zijn er antwoordtendenties aanwezig in de primaire groepen (niet-westers; lage SES), wanneer de niet primaire groepen (westers; hoge SES) als standaard worden genomen?

4 Methoden

Door middel van 36 individuele diepte-interviews met vrouwen met een lage SES en vrouwen met een niet-westerse achtergrond die in het Geboortecentrum Sophia in Rotterdam zijn bevallen is onderzocht of de ReprOQ toegankelijk is voor deze primaire groepen. Door middel van deze interviews is tevens de mening van deze vrouwen voor wat betreft eventuele alternatieve methoden (nu: digitaal/papier, Nederlands, niet ondersteund) onderzocht. Via een cross-sectionele studie van vrouwen die 2 tot 8 weken geleden bevallen zijn in Geboortecentrum Sophia in Rotterdam is onderzocht of antwoordtendenties (non respons, duur tot respons, missings, floor & ceiling effecten, interne consistentie en de validiteit) aanwezig zijn onder de lage SES en niet-westerse groepen.

5 Resultaten

In termen van toegankelijkheid van de ReprOQ speelt de methode van de vragenlijst de grootste rol. Respondenten, ongeacht welke groep, geven de voorkeur aan een face-to-face interview. Ten aanzien van taal is de nadruk bij de ontwikkeling van de ReprOQ gelegd op een simpele syntax en het gebruik van bekende woorden, waardoor de vragenlijst als niet complex wordt ervaren. The interview complexiteit speelt geen belangrijke obstructieve rol. Ongeacht de groep, vonden de respondenten alle acht kwaliteitsdomeinen belangrijk.

In termen van meningen over alternatieve interviewvormen, is de eerste voorkeur een face-to-face interview, gevolgd door een schriftelijke vragenlijst. Een digitale vragenlijst en telefonisch interview krijgen aanzienlijk minder de voorkeur. Het effect van een vertaling, een financiële bijdrage of een ondersteund interview als maatregelen om de participatie te verhogen lijken te verwaarlozen, ongeacht de groep.

In termen van antwoordtendenties is er een hoge non-respons onder de lage SES en niet-westerse vrouwen. Het merendeel van de vrouwen reageert binnen vijf dagen na ontvangst van de digitale vragenlijst. Een digitale herinnering heeft een aanzienlijk effect op de respons, met name bij niet-westerse vrouwen. Er is geen groot verschil wat betreft het niet invullen van antwoorden tussen etnische en SES groepen, wat erop lijkt te duiden dat het niet invullen van antwoorden vooral een vragenlijst (en niet groep) gerelateerd probleem is. Het floor-ceiling effect is meer een effect van SES en niet van etniciteit. De interne consistentie is meestal lager voor de niet-westerse vrouwen ten opzichte van de westerse vrouwen; de heterogeniteit van de niet-westerse groep kan hierbij een rol hebben gespeeld. De interne consistentie verschilde niet veel naar SES. Met betrekking tot de validiteit zijn de verschillen tussen prenatale en postnatale fase klein. Wel is de ernst van de geboorte ervaringen geassocieerd met lagere domeinscores, vooral in het postnatale stadium.

6 Discussie

Deze studie is de eerste in zijn soort die de uitdagingen benadrukt om te komen tot een instrument welke klantenervaringen in de perinatale zorg meet en geschikt is voor lage SES en niet-westerse groepen. Deze studie heeft geleid tot een aantal nieuwe theoretisch inzichten; 1) verschillen in SES spelen een grotere rol dan verschillen in etniciteit, 2) er is een sterke voorkeur voor face-to-face interviews en 3) de acht WHO kwaliteitsdomeinen zijn niet allemaal van hetzelfde hiërarchisch niveau. Aangeraden wordt om 1) in vervolg onderzoek rekening te houden met de drie verschillende generaties niet-westerse vrouwen, 2) om te onderzoeken waarom het floor-ceiling effect verschilt naar SES en 3) de ReproQ en het afnameprotocol op enkele punten aan te passen.

7 Conclusie

Gesteld kan worden dat de inhoud en de vormgeving van de ReproQ niet veel aanpassing nodig heeft voor grootschalig gebruik onder lage SES en niet-westerse vrouwen. Lage SES en niet-westerse vrouwen zijn minder gemotiveerd om deel te nemen aan de ReproQ. Het belang van dit knelpunt mag niet worden onderschat, nationale gegevens over geboortezorg tonen aanzienlijke verschillen in de kwaliteit van gezondheidsuitkomsten naar etniciteit en SES. Ondervertegenwoordiging van de lage SES en niet-westerse vrouwen leidt enerzijds tot nivellering van de resultaten bij het vergelijken tussen centra en aan de andere kant leidt het tot minder mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

APPENDIX I: ABSTRACTS P3Q EN WHO-RESPONSIVENESS DOMEINEN

Validity of the ReproQ; a questionnaire measuring the World Health Organization concept of Responsiveness in Perinatal Care

J. van der Kooy, N.B. Valentine, E. Birnie, M. Vujkovic, J.P. de Graaf, S. Denktas, E.A.P Steegers, G.J. Bonse

BACKGROUND

The concept of responsiveness, introduced by the World Health Organization, aims to address service quality regardless of provider, country or health system. Responsiveness is defined as aspects of the way individuals are treated and the environment in which they are treated during health system interactions.

OBJECTIVES

To assess the validity of a newly developed ReproQ responsiveness questionnaire dedicated to maternal experiences during perinatal care using the eight-domain WHO concept.

METHOD

The ReproQ was developed between October 2009 and February 2010 by translating the WHO Questionnaire items contextually to perinatal care. Psychometric properties (feasibility, construct validity including Cronbach's alpha and item correlations per domain, discriminative validity) were empirically assessed in a cohort of Dutch women, two weeks post partum.

RESULTS

A total of 171 women consented to participation. Feasibility: the interviews lasted between 20 and 40 minutes and the overall item missing rate was 8%. Construct validity: mean Cronbach's alphas for the antenatal, delivery and postpartum phase were: 0.73 (range 0.57-0.82), 0.84 (range 0.66-0.92), and 0.87 (range 0.62-0.95) respectively. The item-own domain scale correlations within all phases were considerably higher than most of the item-other domain scale correlations. Within the antenatal, delivery and post partum phase, the eight factors explained 69%, 69%, and 76% of variance respectively. Discriminative validity: overall responsiveness mean sum scores were higher for women whose children were not admitted for pediatric care.

CONCLUSION

The ReproQ questionnaire demonstrated satisfactory psychometric properties to describe the quality of perinatal care in the Netherlands, with the potential to discriminate between quality of care levels.

The relative importance of non-clinical quality of care domains within the Dutch perinatal system

J. van der Kooy, M. Kastaneer, E. Birnie, N.B. Valentine, J.P. de Graaf, S. Denktas, E.A.P Steegers, G.J. Bonsel

BACKGROUND

The concept of responsiveness was introduced by the World Health Organization (WHO) to address service quality in an international comparable way. Responsiveness is defined as aspects of the way individuals are treated and the environment in which they are treated during health system interactions. The concept consists of eight domains. These domains are not of equal importance to everyone since the importance of domains may be influenced by individual factors and country factors.

OBJECTIVES

We developed a responsiveness questionnaire for the Dutch perinatal system based on the general WHO format and we investigated whether the assigned domain weights in this specific context were equivalent, particularly in predefined target groups.

METHOD

Women were recruited from three midwifery practices in Rotterdam, The Netherlands.

Responsiveness was measured and additionally two assignments were added, focusing on the ranking of the eight domains in terms of perceived importance and ranking the items within a domain.

RESULTS

For the majority of respondents, women who recently gave birth, Communication and Dignity were the two most important domains and Choice and Continuity and Social Consideration were the two least important; however individual heterogeneity is considerable as is shown by low overall concordance.

Individual factors had a modest effect on the ranking order and hardly affected the ranking position of the two most and two least important domains.

CONCLUSION

This study shows that individual factors do not have a significant effect on the relative importance of domains. Therefore we conclude that all perinatal subpopulations can use the same set of equally

valued quality ('responsiveness') domains. Herewith judgements on caregivers can be made across heterogeneous subpopulations.

Measuring the WHO concept of Responsiveness in Perinatal Care: Outcomes of the ReproQ questionnaire

J. van der Kooy, E. Birnie, N.B. Valentine, J.P. de Graaf, S. Denktas, E.A.P Steegers, G.J. Bonse

BACKGROUND

The concept of responsiveness was introduced by the World Health Organization (WHO) to address service quality in an international comparable way. Responsiveness is defined as aspects of the way individuals are treated and the environment in which they are treated during health system interactions.

OBJECTIVES

The aim of this study is to assess responsiveness outcomes during perinatal care using a newly developed questionnaire based on the WHO concept, the ReproQ.

METHOD

The ReproQ was developed between October 2009 and February 2010 by translating the eight-domain WHO concept and adjusting it to perinatal care. Women from the Netherlands were recruited two weeks post partum. We investigated outcomes stratified for the antenatal and delivery phase. Poor outcome represents respondents who reported 'very bad', 'bad' or 'moderate' outcome on an item. When over 33% of the items were rated poor, the whole domain was judged as poor.

RESULTS

A total of 171 women consented to participation. Responsiveness poor outcome ranges from 5.9% to 31.7% within the antenatal phase and from 9.7% to 27.1% within the delivery phase. Within both phases domains covering the 'respect for persons' category are judged better than the domains covering the 'client orientation'. Parity, marital status and ethnicity influenced responsiveness outcome in the antenatal phase. Obstetric history and adverse events (e.g. intervention, hospital admission) mainly influence responsiveness in the delivery phase. The assigned importance of each domain drawn against its current overall performance showed almost a linear line, showing a better responsiveness outcome in the more important domains.

CONCLUSION

Generally, responsiveness of the perinatal care system in the Netherlands performs quite well in absolute terms. Responsiveness of the four 'client orientations' domains underperform compared to the 'respect to persons' domains. Background characteristics show little systematic impact on responsiveness. Generally, domains which were found to be more important ('respect to persons' domains) had a better responsiveness outcome.

APPENDIX J: VERANDERINGEN ANTENATALE REPROQ VERSIE 1

TABEL - APPENDIX J. Antenatale ReproQ 1. Aanpassingen nav psychometrische fase

Gebruikte bronnen: ReproQ-vragenlijst, Psychometrisch rapport; CQ handboek; WHO Handboek Health Systems Performance Assessment, ihb hoofdstuk 43. Vraagnummering conform de oorspronkelijke vragenlijst (versie 1). Onder 'actie' wordt de term 'wijzigen' gebruikt bij iedere wijziging. alleen bij grotere wijzigingen volgt een uitgebreide toelichting. Onder 'verplaatsen' wordt de verplaatsing van een item in ongewijzigde vorm naar een andere plaats in de vragenlijst verstaan. Bij de module Ervaringsvragen staat hier het resulterende aantal vragen. Soms wordt met # aangegeven dat een optie bestaat voor later

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO onderwerps- omschrijving
Zorgproces					
1	Bij wie had u de eerste controles?	wijzigen	ivm eenduidigheid zijn de eerste controles veranderd in 'eerste controle' onder toevoeging van '(de intake...)'	Bij wie had u de eerste verloskundige controle? (de intake/het intakegesprek)	n.v.t.
			antwoordcategorieën 'verloskundige' en 'gynaecoloog' zijn omgedraaid, zodat eerst naar de verloskundige wordt gevraagd en dan naar de gynaecoloog. Dit volgt het meest gebruikelijke zorgpad.		
			antwoordoptie: 'verloskundige en gynaecoloog samen' is verwijderd, ivm duidelijkheid. # deze optie kan later worden toegevoegd indien shared care projecten hier aanleiding toe geven.		
			antwoordoptie 'huisarts' is toegevoegd ivm de verloskundig actieve huisartsen.		
2	Bij wie waren de controles tot nu toe?	verplaatsen	vraag 2 en 3 zijn omgewisseld, zodat eerst naar de verloskundige wordt gevraagd en dan naar de gynaecoloog. Dit loopt langs het momenteel meest gebruikelijke zorgpad. er wordt met opzet niet specifiek naar de eerstelijns verloskundige gevraagd om flexibel te zijn.		
3		verplaatsen toevoegen	vraag ivm doorverwijzen van de huisarts naar de gynaecoloog.	Bij wie waren de controles tot nu toe?	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
4	Bij wie had u de meeste controles?	wijzigen	Op verzoek gesplitst in 2 vragen: tijdens eerste en tweede helft van de zwangerschap. Opties: 'verloskundige, gynaecoloog, huisarts, verloskundige en gynaecoloog ongeveer gelijk, huisarts en gynaecoloog ongeveer gelijk' op grond van gebruikersopmerkingen.	Bij wie waren de meeste controles tijdens de eerste helft van de zwangerschap?	
				Bij wie waren de meeste controles tijdens de tweede helft van de zwangerschap?	
5	Bent u tijdens de zwangerschap opgenomen in het ziekenhuis?	verplaatsen	naar PROMs ivm thematisch bij elkaar horend. hierdoor minder cognitieve belasting.		
6	Toen u wist dat u net zwanger was, bent u toen nog naar de huisarts geweest?	verwijderen	deze gegevens worden niet voldoende informatief geacht omdat slechts een klein en afnemend aantal vrouwen de huisarts om deze reden bezoekt.		
	PROMs		Deze module is aan de antenatale vragenlijst toegevoegd, omdat in de praktijk cross-sectionele (eenmalige) invulling van de antenatale lijst vaak voorkomt. Ook dan zijn PROMS relevant wat betreft de zwangere en het nog ongebooren kind. algemeen gaven geraadpleegden aan dat dat zwangeren bij 8 maanden makkelijker over 'hun baby' spreken dan over 'het ongebooren kind' oid.		n.v.t.
		toevoegen		Hoe gezond is uw baby op dit moment volgens u?	
		toevoegen		Nu gaat het over u. Hoe gezond bent u nu?	
		toevoegen		Bent u tijdens de zwangerschap opgenomen in het ziekenhuis?	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
Ervaringsvragen					
	Respect (Dignity)	6 vragen			WHO: Zorg ontvangen in een respectvolle, zorgzame en niet-discrimi- nerende setting
7	Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy?	onveranderd	het begrip 'privacy' blijkt in focusgroepen algemeen gebruikt te worden met (ook in statistische analyses) een zelfde lading die niet zozeer slaat op informatie vertrouwelijk houden maar op respect.		
8	Behandelde uw zorgverlener u met respect?	onveranderd			
9	Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener?	onveranderd			
10	Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?	onveranderd			
	Autonomie (Autonomy)	4 vragen	Informatieverstrekking is geen autonomie, maar evt. een middel om autonomie te bereiken. Het is hiertoe instrumenteel, en geen ervaring.		Van de 4 autonomie componenten (WHO p577) wordt informatie verstrekking niet overgenomen. De andere 3 staan hieronder vermeld
11	Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?	onveranderd			meebeslissen
12	Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?	onveranderd			weigeren
13	Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?	verplaatsen	naar <i>Respect</i>		
14	Is er aan u gevraagd of u uw kindje wilde laten testen op het Syndroom van Down?	onveranderd	dit is meest eenduidige niet/normatieve beschrijvende vraag naar eerste trimester screening.		informed consent

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
15	Besliste u mee over de plaats waar u straks gaat bevallen?	wijzigen	op verzoek gebruikers 'geboorteplan', dat meer omvattend is dan 'de plaats van bevallen'	Hoeveel invloed had u op uw geboorteplan? I: in het geboorteplan is o.a. de begeleiding en de plaats van bevallen beschreven. - ik heb het helemaal bepaald - ik heb het grotendeels bepaald - ik heb het voor een klein deel bepaald - ik heb geen invloed gehad, zonder dat hier een medische reden voor was - door een medische reden, had ik geen invloed. -er is nog niet over gesproken/het is nog niet aan de orde geweest	meebeslissen
	Privacy (Confidentiality of personal information)	3 vragen	Hier is 'Privacy' in het Nederlands het de semantisch beste vertaling van 'Confidentiality'		Er zijn 3 'confidentiality' componenten (WHO p579)
16	Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?	verplaatsen	naar <i>Respect</i> op grond van factor analyse		
17	Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken?	verwijderen	vraag werd te vaak niet ingevuld. kennelijk onduidelijk en of niet relevant.		
		toevoegen	oorspronkelijke privacy vragen waren onvoldoende herkenbaar domein. vragen zijn licht aangepast; een enkel nieuw item is van WHO afgeleid	Bespraken uw zorgverleners uw medische situatie met uw familie, alleen als u dat goed vond?	the privacy of the environment in which consultations are conducted by health providers
		toevoegen		Kon u belangrijke zaken met uw zorgverleners bespreken, zonder dat anderen dat hoorden?	privileged communication
		toevoegen		Gingen uw zorgverleners zorgvuldig om met uw medische gegevens en uw medische dossier?	the confidentiality of medical records and information about individuals

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	Communicatie (Clarity of communication)	4 vragen	Het geven van tijd zoals gesuggereerd door WHO is instrumenteel voor het begrijpen van de uitleg, en geen concrete ervaring.		Van de WHO componenten (blz 578) wordt niet overgenomen: het geven van tijd, zodat de patient zijn/haar sympto- men kan begrijpen.
18	Beantwoordden uw zorgverleners uw vragen?	onveranderd			stellen van vragen
19	Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?	onveranderd			heldere uitleg
20	Begreep u de uitleg van uw zorgverleners?	onveranderd			heldere uitleg
21	Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?	onveranderd			details van de ingreep en opties
	Tijd tot hulp (Prompt attention)	6 vragen	Tijd tot geboden hulp is uitgewerkt in <u>ervaren</u> <u>beschikbaarheid en</u> <u>bereikbaarheid</u>. Niet: voldoen aan profes- sionele of andere normen. Gaat niet om de vraag of de verwach- ting juist is.		De WHO noemt hier ook 'gemakkelijke (openings) tijden'.
22	Kon u snel een afspraak maken als het dringend was?	onveranderd	Antwoordcategorie 'niets dringends' is hier toegevoegd.		snel toegang in geval van nood
23	Kon u snel een afspraak maken als het niet dringend was?	onveranderd			
24	Was u bij uw afspraak snel aan de beurt?	onveranderd	deze vraag is postnataal niet opgenomen		korte wachttijd tot behandeling/operatie
25	Waren uw zorgverleners bereikbaar?	wijzigen	zonder specificatie onvoldoende onderscheid met de volgende vraag.	Was de plaats waar u zorg kreeg bereikbaar? i: denk bij plaats aan de verloskun- dige praktijk of het ziekenhuis ii: denk bij bereik- baarheid aan het openbaar vervoer, parkeren en wegwijzers)	bereikbaarheid
26	Was uw zorgverlener telefonisch bereikbaar?	onveranderd			bereikbaarheid

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
		toevoegen	In de postnatale vragenlijst is dit een valide vraag bevonden. Ongewijzigd toegevoegd aan antenatale lijst voor consistentie.	Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?	
	Sociale ondersteuning (Acces to family and community support)	3 vragen	Vanwege de goede zorg-omstandigheden in rijk land als Nederland, is de uitwerking gericht op hier relevante componenten. De ruimte voor alternatieve geneeswijzen lijkt hier niet voldoende relevant voor een item.		De WHO noemt hier ook: - recht om eten en consumpties aan te nemen - ruimte tot uiting van geloof - ruimte voor alternatieve therapieën, mits niet tegengesteld aan adviezen ziekenhuis
27	Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden?	verwijderen	Dit dekt de lading van het WHO-domein onvoldoende, en 'aandacht voor' zit ook in 'rekening houden met' van volgend item.		Mogelijkheid tot bezoek
28	Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken?	wijzigen	De vraag is nu vrij specifiek. Deze is algemener gemaakt.	Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden?	Mogelijkheid tot bezoek
29	Werd uw partner of familie bij de zorg betrokken?	wijzigen	antwoordcategorie 'niet nodig' toegevoegd		Krijgen van support/ Familie op de hoogte gehouden.
		toevoegen	ontleent aan WHO-tekst	Voelde u zich gesteund door uw partner, familie of anderen?	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	Faciliteiten (Quality of Basic Amenities)	3 vragen	Onderhoud (WHO) is instrumenteel voor de faciliteiten, maar geen concrete ervaring. Vragen zijn aangepast om in allerlei settings toepasbaar te zijn. Daarnaast zijn de vragen meer omvattend gemaakt.		De WHO noemt naast de componenten die direct zijn overgenomen ook 'onderhoud'.
30	Waren de wachtruimte en spreekkamer prettig ingericht?	wijzigen		Waren de wachtruimte en spreekkamer comfortabel?	comfort
31	Werden de ruimtes schoon gehouden?	wijzigen		Waren de ruimtes schoon?	hygiene
32	Zaten de stoelen gemakkelijk?	wijzigen		Waren de ruimtes toegankelijk? Het gaat hier om de ruimtes waar u verbleef, zoals de kamer, de douche, het toilet, maar ook om voldoende ruimte rond het bed	genoeg ruimte in wachtkamers
33	Was er een plek waar uw kinderen konden spelen tijdens uw controles?	verwijderen	de gewenste inhoudelijke consistentie antenataal en postnataal leidde tot verwijderen in de antenatale versie. Het domein faciliteiten bevat in beide versies van de vragenlijst hierna 3 vragen.		
	Keuze en continuïteit (Choice)	4 vragen			
34	Was bij wisseling van zorgverlener, deze al op de hoogte van uw situatie?	wijzigen	minder idiomatisch taalgebruik + wijzigen antwoordcategorie 'n.v.t.' in 'altijd dezelfde zorgverlener'	Was bij wisseling van zorgverlener, deze goed ge-informeerd over uw situatie? antwoordcategorie 'n.v.t.' in 'altijd dezelfde zorgverlener'	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
35	Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?	wijzigen	minder idiomatisch taalgebruik +	Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd uw situatie? antwoordcategorie 'ik ben niet verwezen' toegevoegd.	
36	Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?	onveranderd			
37	Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?	onveranderd			
Overig					n.v.t.
38	Bent u door uw zorgverleners voorbereid op de bevalling?	verwijderen	geen ervaring, meer procedure		
39	Heeft u veel verschillende zorgverleners gezien?	verwijderen	geen ervaring en niet eenduidig interpreteerbaar; postnataal wel een vraag over bekendheid met begeleider van bevalling.		
40	Was u al voor de zwangerschap onder behandeling bij een arts in het ziekenhuis?	verwijderen	Uit statistische analyse (frequentie en cross tabs met overall score) blijkt dat item niet onderscheidt en geen meerwaarde heeft.		
41	Hoe vond u de kwaliteit van de zorg die u toen kreeg?	verwijderen	behoort bij vraag 40, en wordt daarmee verwijderd		
		toevoegen	vraag is opgenomen in het CQI-handboek; van belang bij het bepalen van het onderscheidend vermogen	Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen? [uitstekend-slecht]	
42	Welke 2 situaties vindt u het ergst?	onveranderd			
43	Welke 2 situaties vindt u het minst ergst?	onveranderd			

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
44	Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven.	onveranderd	Bron: Picker institute meta analyse. Correctie van grafisch foutje: cijfers boven de streepjes en omkering van de polen.		
Eerdere ervaringen zwangerschap en geboorte I.v.m. medische herkenbaarheid wordt hier zo min mogelijk medische informatie gevraagd.					n.v.t.
45	Bent u al eens eerder bevallen?	wijzigen	Het bleek wenselijk de antwoordcategorieën uit te breiden.	Antwoordcategorieën: nee; 1; 2; ≥3	
		toevoegen	Keizersnede heeft ook veel invloed op de manier waarop vrouwen de zorg ervaren; routingvraag	Bent u eerder bevallen door een keizersnee?	
46	Heeft u ooit een miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?	onveranderd			
47	Heeft u ooit een abortus gehad?	onveranderd			
48	Heeft u ooit een doodgeboren kindje gekregen?	wijzigen	Ruimere definitie gewenst geacht: niet alleen foetale sterfte maar perinatale sterfte, waarbij vermeden is een technische definitie te vermelden (sterfte tm 1 ^e week) omdat het gaat om de negatieve ervaring. Specifieke antwoordcategorieën aangepast.	Heeft u ooit een kindje gekregen dat rond de geboorte is overleden? Antwoordcategorieën: nee; ja, al voor de geboorte; ja, tijdens de geboorte; ja in de eerste week na de bevalling	
49	Is deze zwangerschap een bewuste keuze?	onveranderd			
Sociaal demografisch					n.v.t.
50	Wat is uw geboortjaar?	onveranderd			
51	Wat is uw postcode?	onveranderd			

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
52	Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? - geen - basisonderwijs -vmbo, mbo, havo -athenum, gymnasium, hbo, universiteit -opleiding in het buitenland	wijzigen	Oorspronkelijke vorm was op basis van bewezen haalbaarheid maar grover dan CQ-handboek dat 9 categorieën kent. Omwille van consistentie nu CQ-compatibel. # de praktijk onder laag opgeleiden en etnische groepen moet leren of dit haalbaar is.	antwoordcategoriën: -(nog) geen -lagere school / basisschool -lager beroepsonderwijs (LWOO, VMBO K, VMBO B, LTS enz.) -MAVO, VMBO T, 3 jaar HAVO -HAVO -VWO, atheneum, gymnasium -middelbaar beroepsonderwijs (MBO) -hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HBO-V, enz.) -universiteit - opleiding in het buitenland	
53	Hoeveel jaar heeft u onderwijs gehad?	onveranderd			
54	Wat is uw relatie met de vader van het kind?	onveranderd			
55	Bij welke bevolkingsgroep hoort u?	onveranderd			
	Bij welke bevolkingsgroep hoort de vader van het kind?	onveranderd			
56	In welke regio maakte u gebruik van de geboortezorg?	wijzigen	# kan lokaal worden aangepast.	Bij welke zorginstellingen heeft u zorg gehad?	
57	Wat vond u van deze vragenlijst?	verwijderen	niet meer relevant		
58	Wilt u nog iets kwijt over uw ervaring met de geboortezorg?	verwijderen	vraag leverde geen info op		

[einde vragenlijst]

TABEL - APPENDIX K. Postnatale ReproQ 1. Aanpassingen ReproQ

Gebruikte bronnen: ReproQ-vragenlijst, Psychometrisch rapport; CQ handboek; WHO Handboek Health Systems Performance Assessment, ihb hoofdstuk 43; alleen indien afwijkend van antenataal commentaar. Vraagnummering conform de oorspronkelijke vragenlijst (versie 1). Onder 'actie' wordt de term 'wijzigen' gebruikt bij iedere wijziging. alleen bij grotere wijzigingen volgt een uitgebreide toelichting. Onder 'verplaatsen' wordt de verplaatsing van een vraag in ongewijzigde vorm naar een andere positie in de vragenlijst verstaan.

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	Zorgproces & PROMs		Zorgprocesvragen toegevoegd omdat eenmalige invulling van de postnatale lijst vaak voorkomt. De volgorde van de zorgprocesvragen tijdens de bevalling is op verzoek van gebruikers veranderd; hier niet weergegeven.		n.v.t.
	Bij wie had u de <u>eerste</u> verloskundige controle?	toevoegen			
	Bij wie waren de controles tot aan de bevalling?	toevoegen			
	Bij wie waren de controles tot aan de bevalling?	toevoegen			
	Bij wie waren de controles tot aan de bevalling?	toevoegen			
	Bij wie waren de meeste controles tijdens de eerste helft van de zwangerschap?	toevoegen			
	Bij wie waren de meeste controles tijdens de tweede helft van de zwangerschap?	toevoegen			
1	Waar is uw baby uiteindelijk geboren?	wijzigen	antwoordcategorieen bevatte combinatie van plaats en zorgverlener. was combi-antwoord in versie 1 vanwege wens vraagaantalvermindering. Alsnog in 2 vragen gesplitst.	Waar is uw baby uiteindelijk geboren? -thuis -geboortecentrum -ziekenhuis	
				Welke zorgverlener begeleidde u aan het einde van de bevalling? -verloskundige -gynaecoloog -huisarts	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
2	Waar verwachtte u te bevallen ongeveer één maand voor de bevalling?	wijzigen	antwoordcategorieen bevatten combinatie van plaats en zorgverlener. Deze worden nu in 2 vragen gesplitst	Waar verwachtte u te bevallen? -thuis -geboortecentrum -ziekenhuis -ik wist het toen nog niet	
				Bij wie verwachtte u te bevallen? -verloskundige -gynaecoloog -huisarts	
3	Hoe is de bevalling begonnen?	wijzigen	antwoordcategorieen bevatten combinatie van plaats en methode; plaats is weggelaten. Met opzet is gekozen voor het taalgebruik van cliënten en niet altijd voor de medisch correcte termen.	antwoordcategorieen: - vanzelf (spontaan) - ingeleid of opgewekt, bijvoorbeeld met infuus of gel - met een keizersnee	
		toevoegen	Op suggestie van gebruikers toegevoegd voor in kaart brengen overdrachtsmomenten, die zeer bepalend zijn gebleken voor de clientervaringen. Op basis van combinatie van plaats en zorgverlener kan setting worden bepaald.	Waar was u toen uw bevalling begon? -thuis -geboortecentrum -ziekenhuis	
4	Welke zorgverlener had de leiding toen uw bevalling begon?	onveranderd			
5	Toen u naar het ziekenhuis ging, was het toen dringend?	wijzigen	Het woord 'spoed' op suggestie van gebruikers en cf. CQ-SEH lijst. Het gaat om de ervaring, niet om de 'juiste' indicatie.	Moest u met spoed naar het ziekenhuis?	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
6	Heeft u tijdens de bevalling pijn-behandeling gehad?	wijzigen	Sommige gebruikers wensten differentiatie naar pijnbehandeling, en anderen het vermijden van woord 'behandeling'. Deels overgenomen. Pijn proces niet via cliënte te reconstrueren, meer iets voor dossier/LVR gegevens. # antwoord opties kunnen later alsnog worden uitgebreid	Heeft u tijdens de bevalling iets tegen de pijn gehad?	
7	Hoe werd uw baby geboren?	wijzigen	antwoordcategorieën iets uitgebreid op verzoek gebruikers	antwoordcategorieën: -op natuurlijke wijze (zonder ingreep) - met een knip - met een vacuumpomp of zuignap - met een tang - met een geplande keizersnee - met een spoed keizersnee	
8	Hoe gezond was uw baby kort na de bevalling, volgens u of uw partner?	onveranderd			
9	Moest uw kindje de eerste 24 uur naar het ziekenhuis / in het ziekenhuis blijven omdat het kind zelf ziek was?	wijzigen	op verzoek gebruikers gesplitst in 2 vragen nee/ja. Als ja, dan vervolgvraag.	Moest uw kindje de eerste 24 uur naar het ziekenhuis / in het ziekenhuis blijven omdat het kind zelf ziek was? -nee -ja	
		toevoegen	gevolg van splitsen	Waarom moest uw baby de eerste 24 uur naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven? - niet vanwege mijn baby - ter observatie van mijn baby - omdat mijn baby ziek was	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	een vd antwoord-categorieen (versie 0) hersteld op verzoek gebruikers - ja, op couveuse afdeling in een gewoon bedje	wijzigen	als gevolg van splitsen antwoordcategorieen oorspronkelijke vraag. wijzigen.splitsing omdat een baby op de couveuse afdeling zowel in een gewoon bedje als in een couveuse kan liggen.	Waar lag uw baby toen? toegevoegde antwoordcategorie: - ja, op couveuse afdeling in een gewoon bedje	
10	Nu gaat het over u. Hoe gezond was u na de bevalling?	onveranderd			
11	Moest u na de bevalling naar het ziekenhuis/ in het ziekenhuis blijven?	wijzigen	op verzoek gebruikers gesplitst: nee/ja. Als ja, dan vervolgvraag Parallel aan item baby	Moest u in de eerste 24 uur na de bevalling naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven? -nee -ja	
	- ja, zowel vanwege mijzelf als vanweg mijn kind - nee - ja, ivm mijn eigen gezondheidsproblemen of nazorg - ja, omdat mijn kind was opgenomen	toevoegen/ wijzigen	Uit de respons blijkt dat veel vrouwen aangeven dat ze moeten blijven. Verdere specificatie van de antwoord-groepen geeft meer inzicht hoe lang en waarom. Lijkt relevant voor ervaring.	Waarom moest u naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven? antwoordcategorieen: - ivm nazorg (1 dag) - ivm mijn eigen gezondheid (meer dan 1 dag) -omdat mijn baby was opgenomen (meer dan 1 dag) - voor mijzelf en voor mijn baby (meer dan 1 dag)	
12	Hoeveel dagen kraamzorg heeft u gehad?	wijzigen	volgorde antwoord-categorieen op verzoek gebruikers aangepast	volgorde antwoordcategorieen: - thuis - geboortecentrum - ziekenhuis	
Ervaringsvragen					
	Respect (Dignity)	6 vragen			
13	Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy?	onveranderd			
14	Behandelde uw zorgverlener u met respect?	onveranderd			

ID	Item	Actie:	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
15	Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener?	onveranderd			
16	Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?	onveranderd			
	Autonomie (Autonomy)	4 vragen			
17	Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?	onveranderd			
18	Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?	onveranderd			
19	Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?	verplaatsen	naar <i>Respect</i>		
20	Besliste u mee over de pijnbehandeling tijdens de bevalling?	onveranderd			
21	Besliste u mee over de plaats van bevallen?	wijzigen	op verzoek gebruikers 'geboorteplan', dat meer omvattend is dan 'de plaats van bevallen'	Hoeveel invloed had u op uw geboorteplan? I: in het geboorteplan is o.a. de begeleiding en de plaats van bevallen beschreven. - ik heb het helemaal bepaald - ik heb het grotendeels bepaald - ik heb het voor een klein deel bepaald - ik heb geen invloed gehad, zonder dat hier een medische reden voor was - ik had geen invloed, door een medische reden. -er is nog niet over gesproken/het is nog niet aan de orde geweest	

ID	Item	Actie:	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	Privacy (Confidentiality of personal information)	3 vragen			
22	Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?	verplaatsen	naar <i>respect</i>		
23	Overlegden uw zorgverleners met u, voordat zij met uw familie over uw medische situatie spraken?	verwijderen	vraag werd te vaak niet ingevuld. kennelijk onduidelijk en of niet relevant.		
		toevoegen	oorspronkelijke privacy vragen waren onvoldoende herkenbaar domein. vragen zijn licht aangepast; een enkel nieuw item is van WHO afgeleid	Bespraken uw zorgverleners uw medische situatie met uw familie, alleen als u dat goed vond?	
		toevoegen		Kon u belangrijke zaken met uw zorgverleners bespreken, zonder dat anderen dat hoorden?	
		toevoegen		Gingen uw zorgverleners zorgvuldig om met uw medische gegevens en uw medische dossier?	
	Communicatie (Clarity of communication)	4 vragen			
24	Beantwoordde uw zorgverlener uw vragen?	onveranderd			
25	Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?	onveranderd			
26	Begreep u de uitleg van uw zorgverlener?	onveranderd			
27	Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?	onveranderd			

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	Tijd tot hulp (Prompt attention)	6 vragen	Tijd tot geboden hulp is uitgewerkt in <u>ervaren beschikbaarheid en bereikbaarheid</u>. Niet: voldoen aan professionele of andere normen. Gaat niet om de vraag of de verwachting juist is.		
28	Werd u snel geholpen als het dringend was?	onveranderd	'dringend' conform beleving cliënte. toevoegen van 'n.v.t.' hier niet nodig.		
29	Werd u snel geholpen als het niet dringend was?	onveranderd			
30	Was de kraamzorg snel aanwezig?	wijzigen	Antwoordcategorie 'n.v.t.' is toegevoegd. Het is mogelijk dat de partusassistentie / kraamzorg niet aanwezig was tijdens de bevalling	Was de kraamzorg op tijd aanwezig?	
31	Waren uw zorgverleners bereikbaar?	wijzigen	zonder specificatie onvoldoende onderscheid met de volgende vraag.	Was de plaats waar u zorg kreeg bereikbaar? i: denk bij plaats aan ziekenhuis of geboortecentrum i: denk bij bereikbaarheid aan het openbaar vervoer, parkeren en wegwijzers) toevoegen antwoordcategorie: ik was thuis	
32	Waren de zorgverleners bereikbaar via de telefoon of bel bij het bed?	wijzigen	formulering licht aangepast op verzoek gebruikers	Waren de zorgverleners bereikbaar, bijvoorbeeld via de telefoon of bel bij het bed?	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
	Sociale ondersteuning (Acces to family and community support)	3 vragen			
33	Hadden uw zorgverleners ook aandacht voor uw gezin en huishouden?	verwijderen	Dit dekt de lading van het WHO-domein onvoldoende		
34	Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden bij het maken van afspraken?	wijzigen	Vraag werd alleen gesteld over de kraamperiode. De referentie periode 'bevalling' wordt soms echter gemist. Deze wordt in de nieuwe versie toegevoegd. Daarnaast was de vraag te specifiek; is algemener gemaakt.	Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden?	
35	Werd uw partner of familie bij de zorg betrokken?	onveranderd			
		toevoegen	Dit dekt de lading van het WHO-domein beter	Voelde u zich gesteund door uw partner, familie of anderen?	
	Faciliteiten (Quality of Basic Amenities)	3 vragen	Vragen zijn aangepast om in allerlei settings toepasbaar te zijn. Daarnaast zijn de vragen meer omvattend gemaakt.		
36	Waren de ruimtes prettig ingericht?	wijzigen	Ook toepasbaar in de thuis-situatie. Ook thuis kan comfort ontbreken, kunnen kamers niet schoon zijn etc.	Waren de ruimtes comfortabel? - Waar u bent bevallen; Waar u kraamzorg kreeg	comfort

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
37	Werden de ruimtes schoon gehouden	wijzigen		Waren de ruimtes schoon?	hygiene
38	Lag het bed goed?	wijzigen		Waren de ruimtes toegankelijk? Het gaat hier om de ruimtes waar u verbleef, zoals de kamer, de douche, het toilet, maar ook om voldoende ruimte rond het bed	genoeg ruimte in wachtkamers
39	Kon u televisie kijken of internet gebruiken, eventueel na betaling?	verwijderen	vraag is niet expliciteit een kwaliteitscriterium.		
40	Was er keuze mogelijkheid bij de maaltijd?	verwijderen	vraag is niet expliciteit een kwaliteitscriterium.		
41	Was uw woning geschikt voor de hele bevalling?	verwijderen	kwaliteitscriterium wordt gedekt door nieuwe vragen. Waardoor nog meer uniformiteit ontstaat. Zowel binnen als tussen beide versies van de vragenlijst		
42	Waren de ruimtes prettig ingericht?	verwijderen			
43	Werden de ruimtes schoon gehouden	verwijderen			
44	Lag het bed goed?	verwijderen			
45	Kon u televisie kijken of internet gebruiken, eventueel na betaling?	verwijderen	vraag is niet expliciteit een kwaliteitscriterium.		
46	Was er keuze mogelijkheid bij de maaltijd?	verwijderen	vraag is niet expliciteit een kwaliteitscriterium.		
47	Was uw woning geschikt voor de hele bevalling?	verwijderen	kwaliteitscriterium wordt gedekt door nieuwe vragen. Waardoor nog meer uniformiteit ontstaat. Zowel binnen als tussen beide versies van de vragenlijst		
	Keuze en continuïteit (Choice)	4 vragen			
48	Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?	verplaatsen	naar <i>Tijd tot geboden hulp</i> en toevoegen bij antenatale lijst		

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
49	Was bij wisseling van dienst of aflossen uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?	wijzigen	minder idiomatisch taalgebruik + wijzigen antwoordcategorie 'n.v.t.'	Was bij wisseling van zorgverlener, deze goed geïnformeerd over uw situatie? antwoordcategorie 'n.v.t.' in 'altijd dezelfde zorgverlener'	
50	Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener al op de hoogte van uw situatie?	wijzigen	minder idiomatisch taalgebruik + wijzigen antwoordcategorie 'n.v.t.' in: 'ik ben niet verwezen'	Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd uw situatie? antwoordcategorie 'n.v.t.' in: 'ik ben niet verwezen'	
51	Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?	onveranderd			
52	Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?	onveranderd			
Overig					
53	Kon u kiezen uit verschillende mogelijkheden van kraamzorg?	verwijderen	geen meerwaarde		
54	Kende u voor de bevalling de zorgverlener die de leiding had over uw bevalling? -ja, ontmoet en gesproken - ja, zijn naam - nee, ik kende hem niet	onveranderd	feitelijk 2 vragen: had iemand duidelijk leiding (eerder gevraagd) en bekendheid begeleider vereenvoudigd.	Antwoordcategorieën: - ja, ik heb haar/hem ontmoet en gesproken - ja, ik kende haar/hem alleen van naam - nee, ik kende haar/hem niet - nee, ik wist niet wie de leiding had	
55	Kon u uw zorg krijgen op de plaats die u wilde of die nodig was?	wijzigen	op verzoek van gebruikers aangepast	Kon u uw zorg krijgen op de plaats die nodig was?	
56	Bent u door uw zorgverleners voorbereid op de borstvoeding & kraamperiode?	verwijderen	procedure check, geen ervaringsvraag		

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
57	Was u al voor de zwangerschap onder behandeling bij een arts in het ziekenhuis?	verwijderen	Uit statistische analyse (frequentie en cross tabs met overall score) blijkt dat item niet onderscheidt en geen meerwaarde heeft.		
58	Hoe vond u de kwaliteit van de zorg die u toen kreeg?	verwijderen	behoort bij vraag 57, en wordt daarmee verwijderd		
		toevoegen	vraag is opgenomen in het CQ-handboek; van belang bij het bepalen van het onderscheidend vermogen.	Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen? [uitstekend-slecht]	
59	Welke 2 situaties vindt u het ergst?	onveranderd			
60	Welke 2 situaties vindt u het minst ergst?	onveranderd			
61	Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven.	wijzigen	Bron: Picker institute meta analyse. Correctie van grafisch foutje: cijfers boven de streepjes en omkering van de polen		
Eerdere ervaring zwangerschap en bevallen					
62	Bent u al eens eerder bevallen?	wijzigen	Het bleek wenselijk de antwoordcategorieën uit te breiden.	Antwoordcategorieën: nee; 1; 2; ≥3	
		toevoegen	Keizersnede heeft ook veel invloed op de manier waarop vrouwen de zorg ervaren; routingvraag	Bent u eerder bevallen door een keizersnee?	
63	Heeft u ooit een miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?	onveranderd			
64	Heeft u ooit een abortus gehad?	onveranderd			
65	Heeft u ooit een doodgeboren kindje gekregen?	wijzigen	Ruimere definitie gewenst geacht: niet alleen foetale sterfte maar perinatale sterfte, waarbij vermeden is een technische definitie te vermelden (sterfte tm 1 ^e week) omdat het gaat om de negatieve ervaring. Specifieke antwoordcategorieën aangepast.	Heeft u ooit een baby gekregen die rond de geboorte is overleden? Nee; ja, al voor de geboorte; ja, tijdens de geboorte; ja in de eerste week na de bevalling	
66	Is deze zwangerschap een bewuste keuze?	wijzigen	tijdsaanduiding aangepast: 'was' en niet 'is'	Was deze zwangerschap een bewuste keuze?	

ID	item	actie	opmerking / motivatie	gekozen alternatief	WHO
Sociaal demografisch					
67	Wat is uw geboortejaar?	onveranderd			
68	Wat is uw postcode?	onveranderd			
69	Wat is uw hoogst afgeronde opleiding? - geen - basisonderwijs -vmbo, mbo, havo -athenum, gymnasium, hbo, universiteit -opleiding in het buitenland	wijzigen	antwoordcategorieen zijn nu cf CQ- handboek.	antwoordcategoriën: -(nog) geen -lagere school / basisschool -lager beroepsonderwijs (LWOO, VMBO K, VMBO B, LTS enz.) -MAVO, VMBO T, 3 jaar HAVO -HAVO -VWO, atheneum, gymnasium -middelbaar beroepsonderwijs (MBO) -hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HBO-V, enz.) -universiteit - opleiding in het buitenland	
70	Hoeveel jaar heeft u onderwijs gehad?	onveranderd			
71	Wat is uw relatie met de vader van de baby?	onveranderd			
72	bij welke bevolkingsgroep u en de vader van de baby horen?	onveranderd			
73	welke regio maakte u gebruik van de geboortezorg?	wijzigen	# kan lokaal worden aangepast	Bij welke zorginstellingen heeft u zorg gehad?	
74	Wat vond u van deze vragenlijst?	verwijderen	niet meer relevant		
75	Wilt u nog iets kwijt over uw ervaring met de geboortezorg?	verwijderen	vraag leverde geen info op		

[einde vragenlijst]

APPENDIX L: VERGELIJKING REPROQ VERSIE 1 EN CQ-HANDBOEK

TABEL - APPENDIX L. Vergelijking constructie CQ zoals beschreven in CQ-handboek vs. ReproQ. gehanteerde codering: 0=CQ aanbeveling niet overgenomen; 1=uitgevoerd conform CQ; 2=andere invulling gegeven aan CQ. Bij toevoegen vraag rekening gehouden met 1) meerwaarde, 2) vullen respondenten dit in.

§	Onderwerpen	RQ	Motivatie	Alternatief ReproQ
4.1	<i>omslag en introductie</i>			
	naam meetinstrument	1		
	verantwoording herkomst	1		
	basisontwerp NIVEL/AMC	2	Ander concept gebruikt	
	informatie onderzoek	1		
	uitnodiging	2	andere methodiek: in bijgevoegde mail	
	contactgegevens onderzoeksteam	1		
	korte instructie invullen vragenlijst	1		
4.2	<i>lay-out</i>			
	2 kolommen	0	niet praktisch ivm 2 referentieperioden	
	vraag dikgedrukt	2	alleen indien papier. Digitaal is het niet overgenomen ivm leesbaarheid; vraag wordt op andere manier onderscheiden	
	antwoorden normaal	1		
	evt. Kernwoorden onderstreept	1		
	geschikt voor scannen (markeringen?)	0	ivm digitale afname, niet lonend voor standby papieren versie	
4.3	<i>taalgebruik en tijdsaanduiding</i>			
	tijdsaanduiding afh van moment zorg.	1	alles verleden tijd, gaat over zorg die ze al hebben gehad/ontvangen	

§	Onderwerpen	RQ	Motivatie	Alternatief ReproQ
	elke module aangegeven welke tijdsperiode	2	n.v.t. ivm fasering obv zwangerschapsstadia	
	evt. Tijdsaanduiding in vraag.	2	n.v.t. ivm fasering obv zwangerschapsstadia	
	binnen jaar: maanden	0	n.v.t. ivm fasering obv zwangerschapsstadia	
	meer dan 12 mnd: jaren	0	n.v.t. ivm fasering obv zwangerschapsstadia	
4.4.	<i>soorten vragen</i>			
	ervaringsvragen [frequentie. als niet relevant: kwaliteitskriterium wel/niet aanwezig "ja/nee]	1		
	probleemvragen [vr mbt bereikbaarheid en toegankelijkheid probleemvragen --> 'groot/klein/geen probleem]	2	Alle vragen, principieel als ervaringsvraag, homogeen concept. Items komen wel aan de orde	
	algemene waardering [schaal 0-10]	2	bron: Picker Institute	kruisje zetten op lijn
	belangvragen [per kwaliteitsaspect mate van belang --> niet belangrijk-heel erg belangrijk)	1	wegingsvragen	
4.5	<i>verplichte (V) en optionele vragen (O)</i>			
4.5.1.	Introductie			
	V: heeft u zorg gehad?	0	n.v.t., want vragenlijst is uitgereikt n.a.v. zorg	
4.5.2	Bereikbaarheid/toegankelijkheid			
	O: hielpen uw zorgverleners u binnen een kwartier na de afgesproken tijd?	2		Was u bij uw afspraak snel aan de beurt?
	O: hielpen uw zorgverleners u binnen een kwartier?	2		

§	Onderwerpen	RQ	Motivatie	Alternatief ReproQ
	O: was het een probleem om uw zorgverleners \overdag tussen 9:00-17:00 uur telefonisch te bereiken?	2	zorg voor zwangere is 24/7	Was uw zorgverlener telefonisch bereikbaar?
4.5.3	Communicatie			
	V: legden uw zorgverleners u dingen op een begrijpelijke manier uit?	2	onvoldoende cliëntgericht, en dubbelzinnig: heldere uitleg is niet inherent aan het begrijpen van de uitleg.	Begreep u de uitleg van uw zorgverleners?
	V: Gaven uw zorgverleners u tegenstrijdige informatie?	2	obv focusgroepen en experts gewijzigd: dubbele ontkenning	Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?
4.5.4	Bejegening	2	CQ formuleringen zijn een kenmerk van de zorgverlener en niet een kenmerk van de ervaring.	Respect:
				Behandelde uw zorgverlener u met respect?
				Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?
				Beantwoordden uw zorgverleners uw vragen?
	V: Was uw zorgverzekeraar beleefd tegen u?			
	V: luisterden uw zorgverleners aandachtig naar u?			
	V: hadden uw zorgverleners genoeg tijd voor u?			
	V: namen uw zorgverleners u serieus?			
4.5.5	Autonomie	2	CQ formulering gaat uit van potentie ipv realisatie	Autonomie
				Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?
				Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?

§	Onderwerpen	RQ	Motivatie	Alternatief ReproQ
				Besliste u mee over de plaats waar u straks gaat bevallen?
				Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven.
	O: Kon u meebeslissen over uw zorgplan?			
4.5.6.	algemene waardering.			
	V: welk cijfer geeft u de zorgverleners? [0-10]	2	bron: picker institute	
	V: zou u deze zorgverleners bij uw vrienden en familie aanbevelen? [beslist niet-beslist wel]	2	bron: picker institute	
	V: zou u deze zorgverleners bij andere cliënten aanbevelen? [beslist niet-beslist wel]	2	bron: picker institute	
4.5.7	<i>belangvragen</i>			
	per kwaliteitscriteria:			
	V/O: wat vindt u belangrijk? (Instructie: wilt u bij elke zin hieronder het vakje aankruizen dat het beste bij uw mening past?) [niet belangrijk-heel erg belangrijk]	2	de verplichte vraag is niet discriminerend. Mensen vinden alles belangrijk, daarom pick&choose. Vermijden van nare ervaringen > verkrijgen van positieve ervaringen. Bron: WHO]	Welke <u>2</u> situaties vindt u het ergst?
				Welke <u>2</u> situaties vindt u het minst ergst?

§	Onderwerpen	RQ	Motivatie	Alternatief ReproQ
4.5.8	achtergrondkenmerken		doel gegevens: 1. presenteren van verbeterslag, subgroep beleid 2. adjustment, onvermijdbare verschillen 3. wetenschap	
	V: hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen? [uitstekend-slecht]	0	toegevoegd ivm research	
	O: hoe zou u over het algemeen uw geestelijke/psychische gezondheid noemen?	0	geen meerwaarde	
	V: wat is uw leeftijd [categorieën]	2		Wat is uw geboortejaar?
	V: bent u een man of een vrouw?	0	n.v.t. worden alleen vrouwen benaderd	
	V: wat is uw hoogst afgeronde opleiding (opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift) [9 categorieën]	1	antwoordcategorieën niet conform CQ, maar conform majority form	Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?
	V: wat is het geboorteland van uzelf?	2	antwoordcategorieën niet conform CQ, maar internationale research norm	bij welke bevolkingsgroep u en de vader van het kind horen?
	V: wat is het geboorteland van uw vader?	0	gaat om de ervaringen van de vrouw. Het geboorteland van de ouders heeft hier geen invloed op	
	V: wat is het geboorteland van uw moeder?	0		
	V: welke taal praat u thuis het meeste?	0		

§	Onderwerpen	RQ	Motivatie	Alternatief ReproQ
	V: heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?	0	vrouwen zijn persoonlijk benaderd. Daarnaast: ze de vragenlijst hebben ingevuld gaan we ervan uit dat ze de Nederlandse taal voldoende beheersen	
	V: hoe heeft die persoon u geholpen? U mag meer dan 1 vakje aankruisen.	0		
4.5.8	<i>open vragen</i>			
	V (ontwikkeling: we willen de vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven (open vraag)	1	verwijderen. De vragenlijst is inmiddels gevalideerd, dus niet meer nodig voor de ontwikkeling	Wat vond u van deze vragenlijst?
	O: wat wilt u veranderen aan de zorg die u kreeg van de zorgverleners? U mag maar 1 ding noemen (open vraag)	2	verwijderen. Hier kan later specifiek naar gevraagd worden door de aanvullende vragen vanuit het VSV.	Wilt u nog iets kwijt over uw ervaring met de geboortezorg?
4.6	<i>screener/routingvragen</i>	1		
	n.v.t.			
4.7	<i>Aanvullende vragen</i>			
	O: vragen mbt de aandoening	1		zorgproces (wordt ook voor routing gebruikt)
	O: modules door opdrachtgever/WAR	1		PROMs
	O: vragen ter evaluatie van testversie.	1		afsluitende vraag: "wat vond u van de vragenlijst?"

APPENDIX M: ANTENATALE REPROQ VERSIE 2

Vragenlijst over uw ervaringen tijdens de zwangerschap



Waar gaat de vragenlijst over?

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de zorg rond uw huidige zwangerschap. Uw mening is erg belangrijk om er achter te komen hoe goed de zorg is en of het beter kan. Om daar achter te komen hebben we deze vragenlijst gemaakt. We hopen dat u de vragenlijst wilt invullen.

Het invullen van de vragenlijst

Als u de vragenlijst invult, wilt u dan alleen denken aan de zorg die u heeft gekregen tijdens deze zwangerschap.

Het invullen van de vragenlijst is anoniem. Dus uw antwoorden worden niet gekoppeld aan uw naam of andere gegevens. De zorgverleners krijgen uw antwoorden niet te zien, alleen het onderzoeksteam heeft toegang tot de gegevens. Dus u kunt vrijuit uw mening geven. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Wat gaan we er mee doen?

Met uw antwoorden kunnen we bekijken waar de zorg beter kan. Zodat de zorgverleners hun zorg kunnen verbeteren. Dat is ook belangrijk voor vrouwen die in de toekomst zwanger worden en dan zorg krijgen.

Daarnaast kunnen we kijken hoe hele zorginstellingen, zoals een ziekenhuis of een verloskundige praktijk, het doen ten opzichte van andere zorginstellingen.

Uw e-mailadres gebruiken we hierna alleen nog om u, zo nodig, een herinneringsmail te sturen. Daarna gooien we het weg.

Vragen

Als het invullen leidt tot vragen neem dan contact met ons op via ReproQ@umcutrecht.nl. U krijgt dan binnen enkele dagen een reactie.

Alvast heel erg bedankt!

Uw huidige zwangerschap

1. Bij wie had u de eerste verloskundige controle?

(de intake / het intakegesprek)

- verloskundige [→ ga naar vraag 2]
- gynaecoloog [→ ga naar vraag 3]
- huisarts [→ ga naar vraag 4]

2. Bij wie waren de controles tot nu toe?

- vanaf het begin bij de verloskundige [→ ga naar vraag 7]
- tijdelijk naar de gynaecoloog maar nu weer bij de verloskundige [→ ga naar vraag 5]
- naar de gynaecoloog verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]

3. Bij wie waren de controles tot nu toe?

- vanaf het begin bij de gynaecoloog [→ ga naar vraag 7]
- tijdelijk naar de verloskundige maar nu weer bij de gynaecoloog [→ ga naar vraag 5]
- naar de verloskundige verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]

4. Bij wie waren de controles tot nu toe?

- vanaf het begin bij de huisarts [→ ga naar vraag 7]
- tijdelijk naar de gynaecoloog maar nu weer bij de huisarts [→ ga naar vraag 5]
- naar de gynaecoloog verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]

5. Bij wie had u de meeste controles in de eerste helft van de zwangerschap?

- verloskundige
- gynaecoloog
- huisarts
- verloskundige en gynaecoloog ongeveer gelijk
- huisarts en gynaecoloog ongeveer gelijk

6. Bij wie had u de meeste controles in de tweede helft van de zwangerschap?

- verloskundige
- gynaecoloog
- huisarts
- verloskundige en gynaecoloog ongeveer gelijk
- huisarts en gynaecoloog ongeveer gelijk

Uw gezondheid en die van uw baby

7. Hoe gezond is uw baby op dit moment volgens u?

(Bij kleine of grote problemen gaat het om uw ervaring of gevoel)

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was
- overleden. Ik heb een miskraam gehad / Ik ben bevallen van een doodgeboren baby.

8. Nu gaat het over u. Hoe gezond bent u nu?

(Bij kleine of grote problemen gaat het om uw ervaring of gevoel)

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was
-

9. Bent u tijdens de zwangerschap opgenomen in het ziekenhuis?

- nee
- ja, vanwege mijn eigen gezondheid
- ja, vanwege de (slechte) gezondheid van mijn baby
- ja, vanwege mijzelf en mijn baby

We vragen hierna steeds uw mening over 2 situaties: tijdens de eerste controle(s), en tijdens de tweede helft van de zwangerschap. Bij elke vraag moeten dus **2** kruisjes worden gezet.

Als we iets vragen over uw zorgverleners dan bedoelen we de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

Omgang tussen u en uw zorgverleners

10. Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Heeft u 2 kruisjes gezet, voor de eerste controle en voor de 2e helft van de zwangerschap?

11. Behandelde uw zorgverlener u met respect?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

12. Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

13. Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

14. Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

15. Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Zelf kunnen beslissen

16. Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?

(Het gaat hier niet om noodsituaties)

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

17. Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?

(Het gaat hier niet om noodsituaties)

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

18. Is er aan u gevraagd of u uw baby wilde laten testen op het Syndroom van Down?

- ja
- nee
- ik weet het niet meer

19. Hoeveel invloed had u op uw geboorteplan?

(In een geboorteplan beschrijft u uw wensen rondom de bevalling, bijvoorbeeld over de plaats van bevallen, de manier van bevallen, en over de pijnbehandeling en kraamzorg)

- ik heb het helemaal zelf bepaald
- ik had veel invloed
- ik had weinig invloed
- ik had geen invloed, zonder dat hier een medische reden voor was
- ik had geen invloed, vanwege een medische reden
- er is nog niet over gesproken / het is nog niet aan de orde geweest

Privacy

We vragen opnieuw uw mening over 2 situaties: tijdens de eerste controles, en tijdens de tweede helft van de zwangerschap. Bij elke vraag moeten dus 2 kruisjes worden gezet.

Bij de vragen over uw zorgverlener denk dan aan de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

20. Bespreken uw zorgverleners uw medische situatie met uw familie, alleen als u dat goedvond?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	weet ik niet
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	weet ik niet

21. Kon u belangrijke zaken met uw zorgverleners bespreken, zonder dat anderen dat hoorden?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

22. Gingen uw zorgverleners zorgvuldig om met uw medische gegevens en uw dossier?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Praten met uw zorgverleners

23. Beantwoordden uw zorgverleners uw vragen?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

24. Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

25. Begreep u de uitleg van uw zorgverleners?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

26. Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Tijd totdat u hulp kreeg

27. Kon u snel een afspraak maken als het dringend was?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	niets dringends
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	niets dringends

28. Kon u snel een afspraak maken als het niet dringend was?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

29. Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

30. Was u bij uw afspraak snel aan de beurt?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

31. Was de plaats waar u zorg kreeg bereikbaar?

(Denk bij plaats bijvoorbeeld aan de verloskundige praktijk en het ziekenhuis)

(Denk bij bereikbaarheid aan het openbaar vervoer, parkeren en wegwijzers)

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

32. Was uw zorgverlener telefonisch bereikbaar?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Gezin en huishouden

33. Werde uw partner of familie bij de zorg betrokken?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	niet nodig
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	niet nodig

34. Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

35. Voelde u zich gesteund door uw partner, familie of anderen?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Voorzieningen

Hierna gaat het over de wachtruimte en de spreekkamer.

36. Waren de wachtruimte en spreekkamer comfortabel?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

37. Waren de ruimtes schoon?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

38. Waren de ruimtes toegankelijk?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Wisselen van zorgverlener**39. Was bij wisseling van zorgverlener, de nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd over uw situatie?**

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	altijd dezelfde zorgverlener
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	altijd dezelfde zorgverlener

40. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener deze goed geïnformeerd over uw situatie?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit	niet verwezen
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit	niet verwezen

41. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?

(Denk aan: huisarts, verloskundige, ziekenhuisverloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgster, kinderarts.)

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze

42. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?

tijdens de eerste controles	altijd	meestal	soms	nooit
tijdens de tweede helft van de zwangerschap	altijd	meestal	soms	nooit

Overige vragen**43. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?**

slecht	matig	goed	zeer goed	uitstekend
--------	-------	------	-----------	------------

44. We gaan er vanuit dat iedereen zijn best doet om u goede zorg te geven. Soms lukt dat niet. Niet alles is even erg. Hieronder staan 8 situaties die kunnen voorkomen. Lees eerst alle 8 mogelijkheden door.

Welke 2 situaties vindt u het ergst? (geef beide aan met 2 kruisjes.)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

45. Hieronder staan opnieuw dezelfde 8 situaties die kunnen voorkomen.

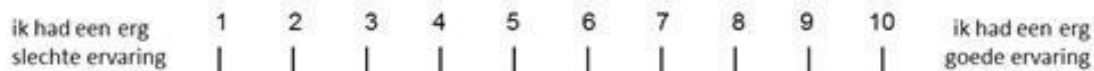
Welke 2 situaties vindt u het **MINST** erg? (geef beide aan met 2 kruisjes)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

46. Hierna komt de laatste vraag over uw ervaringen tijdens de zwangerschap.

Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven?

Zet een kruisje of streepje op of tussen beide uiteinden op de plaats die voor uw gevoel het beste past.



Eerdere ervaringen

De volgende vragen gaan over uw eerdere ervaring met zwangerschap.

47. Bent u al eens eerder bevallen?

- nee [→ ga door naar vraag 49]
- ja, ik ben 1 keer eerder bevallen [→ ga door naar vraag 48]
- ja, ik ben 2 keer eerder bevallen [→ ga door naar vraag 48]
- ja, ik ben 3 keer eerder of meer bevallen [→ ga door naar vraag 48]

48. Bent u eerder bevallen met een keizersnee?

- nee
- ja

49. Heeft u ooit een miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?

- nee
- ja

50. Heeft u ooit een abortus gehad?

- nee
- ja

51. Heeft u ooit een baby gekregen die rond de geboorte is overleden?

- nee
- ja, al voor de geboorte
- ja, tijdens de geboorte
- ja, in de eerste week na de bevalling

52. Is deze zwangerschap een bewuste keuze?

- bewuste keuze
- geen bewuste keuze, maar wel gewenst
- geen bewuste keuze, eigenlijk ongewenst

Algemene gegevens

Tot slot willen we u vragen om nog wat algemene gegevens over u zelf in te vullen. Deze informatie kan in de toekomst helpen bij het leveren van verloskundige "zorg op maat".

53. Wat is uw geboortejahr?

54. Wat is uw postcode?

55. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- (nog) geen [→ ga naar vraag 57]
- lagere school / basisschool [→ ga naar vraag 57]
- lager beroepsonderwijs (LWOO, VMBO K, VMBO B, LTS enz.) [→ ga naar vraag 57]
- MAVO, VMBO T, 3 jaar HAVO [→ ga naar vraag 57]
- HAVO [→ ga naar vraag 57]
- VWO, atheneum, gymnasium [→ ga naar vraag 57]
- middelbaar beroepsonderwijs (MBO) [→ ga naar vraag 57]
- hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HBO-V, enz.) [→ ga naar vraag 57]
- universiteit [→ ga naar vraag 57]
- opleiding in het buitenland [→ ga naar vraag 56]

56. Hoeveel jaar heeft u onderwijs gehad?

_____ jaar

57. Wat is uw relatie met de vader van de baby?

- gehuwd of samenwonend
- niet samenwonend, wel relatie
- geen

58. Wij weten dat de behoefte aan zorg rond de zwangerschap verschilt afhankelijk van waar iemand vandaan komt. Daarom willen we graag weten bij welke bevolkingsgroep u en de vader van de baby horen?

	Uzelf	De vader van de baby
Nederlands	0	0
Antilliaans / Arubaans	0	0
Kaapverdiaans	0	0
Turks/Koerdisch	0	0
Surinaams-Creools	0	0
Surinaams-Hindoestaans	0	0
Surinaams-anders	0	0
Marokkaans-Berbers	0	0
Marokkaans-Arabisch	0	0
Indonesisch	0	0
Oost-Europees	0	0
Aziatisch	0	0
Anders	0	0

59. Bij welke zorginstellingen heeft u zorg gehad?

- verloskundige praktijk (naam/adres)
- ziekenhuis
- kraamzorg

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Vragenlijst over uw ervaringen tijdens de geboorte en kraamperiode



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Erasmus MC



Waar gaat de vragenlijst over?

Deze vragenlijst gaat over uw laatste ervaringen met de zorg rond de bevalling en kraamperiode. Uw mening is erg belangrijk om er achter te komen hoe goed de zorg is en of het beter kan. Om daar achter te komen hebben we deze vragenlijst gemaakt. We hopen dat u de vragenlijst wilt invullen.

Het invullen van de vragenlijst

Als u de vragenlijst invult, wilt u dan alleen denken aan de zorg die u heeft gekregen tijdens de laatste keer dat u bent bevallen.

Het invullen van de vragenlijst is anoniem. Dus uw antwoorden worden niet gekoppeld aan uw naam of andere gegevens. De zorgverleners krijgen uw antwoorden niet te zien, alleen het onderzoeksteam heeft toegang tot de gegevens. Dus u kunt vrijuit uw mening geven. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Wat gaan we er mee doen?

Met uw antwoorden kunnen we bekijken waar de zorg beter kan. Zodat de zorgverleners hun zorg kunnen verbeteren. Dat is ook belangrijk voor vrouwen die in de toekomst zwanger worden en dan zorg krijgen.

Daarnaast kunnen we kijken hoe hele zorginstellingen, zoals een ziekenhuis of een verloskundige praktijk, het doen ten opzichte van andere zorginstellingen.

Uw e-mailadres gebruiken we hierna alleen nog om uw een herinneringsmail te sturen. Daarna gooien we het weg.

Vragen

Als het invullen leidt tot vragen neem dan contact met ons op via ReproQ@umcutrecht.nl. U krijgt dan binnen enkele dagen een reactie.

Alvast heel erg bedankt!

Uw zwangerschap

1. Bij wie had u de eerste verloskundige controle?

(de intake / het intakegesprek)

- verloskundige [→ ga naar vraag 2]
- gynaecoloog [→ ga naar vraag 3]
- huisarts [→ ga naar vraag 4]

2. Bij wie waren de controles tot aan de bevalling?

- vanaf het begin bij de verloskundige [→ ga naar vraag 7]
- tijdelijk naar de gynaecoloog maar daarna weer bij de verloskundige [→ ga naar vraag 5]
- naar de gynaecoloog verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]
- afwisselend bij de verloskundige en de gynaecoloog [→ ga naar vraag 5]

3. Bij wie waren de controles tot aan de bevalling?

- vanaf het begin bij de gynaecoloog [→ ga naar vraag 7]
- tijdelijk naar de verloskundige maar daarna weer bij de gynaecoloog [→ ga naar vraag 5]
- naar de verloskundige verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]
- afwisselend bij de gynaecoloog en de verloskundige [→ ga naar vraag 5]

4. Bij wie waren de controles tot aan de bevalling?

- vanaf het begin bij de huisarts [→ ga naar vraag 7]
- naar de verloskundige en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]
- tijdelijk naar de gynaecoloog maar daarna weer bij de huisarts [→ ga naar vraag 5]
- naar de gynaecoloog verwezen en daar gebleven [→ ga naar vraag 5]

5. Bij wie had u de meeste controles in de eerste helft van de zwangerschap?

- verloskundige
- gynaecoloog
- huisarts
- verloskundige en gynaecoloog ongeveer gelijk
- huisarts en gynaecoloog ongeveer gelijk

6. Bij wie had u de meeste controles in de tweede helft van de zwangerschap?

- verloskundige
- gynaecoloog
- huisarts
- verloskundige en gynaecoloog ongeveer gelijk
- huisarts en gynaecoloog ongeveer gelijk

14. Wie begeleidde u toen de baby uiteindelijk werd geboren?

- verloskundige uit de praktijk
- verloskundige uit het ziekenhuis
- gynaecoloog
- huisarts

15. Hoe is uw baby geboren?

- op natuurlijke wijze (zonder ingreep)
- met een knip
- met een tang
- met een vacuümpomp of zuignap
- met een geplande keizersnee
- met een spoed keizersnee

16. Heeft u tijdens de bevalling iets gehad tegen de pijn?

- nee
- ja

17. Hoeveel dagen kraamzorg heeft u gehad?

(Als u op een plek geen enkele kraamzorg hebt gehad, moet u het getal 0 invullen.)

(Als u kraamzorg had, tel dan de dag waarop u bevallen bent, als eerste dag.)

aantal dagenthuis _____ dagen

aantal dagen in het geboortecentrum/geboortehotel _____ dagen

aantal dagen in het ziekenhuis _____ dagen

Uw gezondheid en die van uw baby

18. Hoe gezond was uw baby kort na de bevalling, volgens u of uw partner?

(Bij kleine of grote problemen gaat het om uw ervaring of gevoel)

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was
- overleden

19. Moest uw baby de eerste 24 uur naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven?

- nee [→ ga naar vraag 22]
- ja [→ ga naar vraag 20]

14. Wie begeleidde u toen de baby uiteindelijk werd geboren?

- verloskundige uit de praktijk
- verloskundige uit het ziekenhuis
- gynaecoloog
- huisarts

15. Hoe is uw baby geboren?

- op natuurlijke wijze (zonder ingreep)
- met een knip
- met een tang
- met een vacuümpomp of zuignap
- met een geplande keizersnee
- met een spoedkeizersnee

16. Heeft u tijdens de bevalling iets gehad tegen de pijn?

- nee
- ja

17. Hoeveel dagen kraamzorg heeft u gehad?

(Als u op een plek geen enkele kraamzorg hebt gehad, moet u het getal 0 invullen.)

(Als u kraamzorg had, tel dan de dag waarop u bevallen bent, als eerste dag.)

aantal dagen thuis _____ dagen

aantal dagen in het geboortecentrum/geboortehotel _____ dagen

aantal dagen in het ziekenhuis _____ dagen

Uw gezondheid en die van uw baby

18. Hoe gezond was uw baby kort na de bevalling, volgens u of uw partner?

(Bij kleine of grote problemen gaat het om uw ervaring of gevoel)

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was
- overleden

19. Moest uw baby de eerste 24 uur naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven?

- nee [→ ga naar vraag 22]
- ja [→ ga naar vraag 20]

20. Waarom moest uw baby toen naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven?

- niet vanwege de gezondheid van mijn baby
- ter observatie van mijn baby
- omdat mijn baby ziek was

21. Waar lag uw baby toen?

- op de kraamafdeling bij mij- de moeder
- op de couveuse afdeling
- op de speciale intensive care of high care afdeling voor pasgeborenen (NICU)
- overgeplaatst naar een ander ziekenhuis dan waar ik lag

22. Nu gaat het over u. Hoe gezond was u na de bevalling?

(Bij kleine of grote problemen gaat het om uw ervaring of gevoel)

- gezond, geen problemen
- kleine problemen
- grote problemen
- problemen, maar onduidelijk hoe erg het was

23. Moest u in de eerste 24 uur na de bevalling naar het ziekenhuis, of in het ziekenhuis blijven?

- nee [→ ga naar vraag 25]
- ja [→ ga naar vraag 24]

24. Waarom moest u na de bevalling naar het ziekenhuis toe, of in het ziekenhuis blijven?

- vanwege nazorg (1 dag)
- vanwege mijn eigen gezondheid (meer dan 1 dag)
- omdat mijn baby was opgenomen (meer dan 1 dag)
- vanwege mijzelf en mijn baby (meer dan 1 dag)

We vragen hierna steeds uw mening over 2 situaties: tijdens de bevalling, en in de dagen na de bevalling. Bij elke vraag moeten dus 2 kruisjes worden gezet.

Als we iets vragen over uw zorgverleners dan bedoelen we de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

Omgang tussen u en uw zorgverleners

25. Hield uw zorgverlener rekening met uw privacy?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

26. Behandelde uw zorgverlener u met respect?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

27. Kreeg u persoonlijke aandacht van uw zorgverlener?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

28. Behandelde uw zorgverlener u vriendelijk?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

29. Hield uw zorgverlener rekening met uw wensen en gebruiken rondom zwanger zijn en bevallen?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

30. Had u het gevoel dat u alles kon vertellen aan uw zorgverleners?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Zelf kunnen beslissen

31. Besliste u mee over uw behandeling als dat kon?

(Het gaat hier niet om noodsituaties)

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

32. Kon u een voorgestelde behandeling weigeren?

(Het gaat hier niet om noodsituaties)

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

33. Besliste u mee over de pijnbehandeling tijdens de bevalling?

- ja, absoluut
- ja, in zekere mate
- nee, maar dat wilde ik wel
- nee, maar dat wilde ik ook niet
- niet van toepassing, bijvoorbeeld door een keizersnee

34. Hoeveel invloed had u op uw geboortepan?

(In een geboortepan beschrijft u uw wensen rondom de bevalling, bijvoorbeeld over de plaats van bevallen, de manier van bevallen, en over de pijnbehandeling en kraamzorg)

- ik heb het helemaal zelf bepaald
- ik had veel invloed
- ik had weinig invloed
- ik had geen invloed, zonder dat hier een medische reden voorwas
- ik had geen invloed, vanwege een medische reden

Privacy

35. Bespraken uw zorgverleners uw medische situatie met uw familie, alleen als u dat goedvond?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	weet ik niet
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	weet ik niet

36. Kon u belangrijke zaken met uw zorgverleners bespreken, zonder dat anderen dat hoorden?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

37. Gingen uw zorgverleners zorgvuldig om met uw medische gegevens en uw dossier?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Praten met uw zorgverleners

We vragen opnieuw uw mening over 2 situaties: tijdens de bevalling, en in het kraambed.

Bij elke vraag moeten dus 2 kruisjes worden gezet.

Bij de vragen over uw zorgverlener denk dan aan de zorgverlener die uw ervaring het meest heeft bepaald.

38. Beantwoordde uw zorgverlener uw vragen?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

39. Gaven uw zorgverleners dezelfde adviezen?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

40. Begreep u de uitleg van uw zorgverlener?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

41. Vertelden uw zorgverleners steeds aan u wat er ging gebeuren?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Tijd totdat u hulp kreeg**42. Werd u snel geholpen als het dringend was?**

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

43. Werd u snel geholpen als het niet dringend was?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

44. Hadden uw zorgverleners tijd voor u als u daar om vroeg?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

45. Was de kraamzorg op tijd aanwezig?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	geen kraamzorg
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	geen kraamzorg

46. Was de plaats waar u zorg kreeg bereikbaar?*(Denk bij plaats bijvoorbeeld aan het ziekenhuis of geboortecentrum)**(Denk bij bereikbaarheid aan het openbaar vervoer, parkeren en wegwijzers)*

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	ik was thuis
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	ik was thuis

47. Waren de zorgverleners bereikbaar, bijvoorbeeld via de telefoon, of bel bij het bed?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Gezin en huishouden**48. Werd uw partner of familie bij de zorg betrokken?**

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

49. Hielden uw zorgverleners rekening met uw gezin en huishouden?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

50. Voelde u zich gesteund door uw partner, familie of anderen?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Voorzieningen

De volgende vragen gaan over de voorzieningen tijdens de bevalling en het kraambed.

51. Waren de ruimtes comfortabel?

de ruimte waarin u bent bevallen	altijd	meestal	soms	nooit
de ruimte waarin u kraamzorg kreeg	altijd	meestal	soms	nooit

52. Waren de ruimtes schoon?

de ruimte waarin u bent bevallen	altijd	meestal	soms	nooit
de ruimte waarin u kraamzorg kreeg	altijd	meestal	soms	nooit

53. Waren de ruimtes toegankelijk?

(Het gaat hier om de ruimtes waar u verbleef, zoals de kamer, de douche, het toilet, maar ook om voldoende ruimte rond het bed)

de ruimte waarin u bent bevallen	altijd	meestal	soms	nooit
de ruimte waarin u kraamzorg kreeg	altijd	meestal	soms	nooit

Wisselen van zorgverlener

54. Was bij wisseling van zorgverlener, de nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd over uw situatie?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	altijd dezelfde zorgverlener
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	altijd dezelfde zorgverlener

55. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener deze goed geïnformeerd over uw situatie?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit	niet verwezen
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit	niet verwezen

56. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?

(Denk aan: huisarts, verloskundige, ziekenhuis verloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgster, kinderarts)

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nee, er was geen keuze

57. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?

tijdens de bevalling	altijd	meestal	soms	nooit
in de dagen na de bevalling (kraambed)	altijd	meestal	soms	nooit

Overige vragen

58. Kende u voor de bevalling de zorgverlener die de leiding had over uw bevalling?

- ja, ik heb haar/hem ontmoet en gesproken
- ja, ik kende haar/zijn alleen van naam
- nee, ik kende haar/hem niet
- nee, ik wist niet wie de leiding had

59. Kon u uw zorg krijgen op de plaats die nodig was?

- ja
- nee, er was geen plaats (vol)
- nee, andere reden

60. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

slecht	matig	goed	zeer goed	uitstekend
--------	-------	------	-----------	------------

61. We gaan er vanuit dat iedereen zijn best doet om u goede zorg te geven. Soms lukt dat niet. Niet alles is even erg. Hieronder staan 8 situaties die kunnen voorkomen. Lees eerst alle 8 mogelijkheden door.

Welke 2 situaties vindt u het ergst? (geef beide aan met 2 kruisjes.)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

62. Hieronder staan opnieuw dezelfde 8 situaties die kunnen voorkomen.

Welke 2 situaties vindt u het MINST erg? (geef beide aan met 2 kruisjes)

<input type="checkbox"/>	onvriendelijk en onbeleefd behandeld
<input type="checkbox"/>	niet betrokken bij keuze behandeling
<input type="checkbox"/>	slordige omgang met mijn persoonlijke gegevens
<input type="checkbox"/>	weinig uitleg gekregen over ziekte en behandeling
<input type="checkbox"/>	lang moeten wachten op hulp
<input type="checkbox"/>	weinig aandacht voor mijn gezin en huishouden
<input type="checkbox"/>	behandeld in vieze en oncomfortabele ruimtes
<input type="checkbox"/>	weinig keuze om voor een eigen zorgverlener te kiezen

63. Hierna komt de laatste vraag over uw ervaringen tijdens de bevalling en kraambed.

Alles bij elkaar, hoe zou u uw ervaringen beschrijven?

Zet een kruisje of streepje op of tussen beide uiteinden op de plaats die voor uw gevoel het beste past.

ik had een erg slechte ervaring	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ik had een erg goede ervaring
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> </div>										

Eerdere ervaringen

De volgende vragen gaan over uw eerdere ervaring met zwangerschap.

64. Bent u al eens eerder bevallen?

- nee [→ ga naar vraag 66]
- ja, ik ben 1 keer eerder bevallen [→ ga naar vraag 66]
- ja, ik ben 2 keer eerder bevallen [→ ga naar vraag 66]
- ja, ik ben 3 keer eerder of meer bevallen [→ ga naar vraag 65]

65. Bent u eerder bevallen met een keizersnee?

- nee
- ja

66. Heeft u ooit een miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?

- nee
- ja

67. Heeft u ooit een abortus gehad?

- nee
- ja

68. Heeft u ooit een baby gekregen die rond de geboorte is overleden?

- nee
- ja, al voor de geboorte
- ja, tijdens de geboorte
- ja, in de eerste week na de bevalling

69. Was deze zwangerschap een bewuste keuze?

- bewuste keuze
- geen bewuste keuze, maar wel gewenst
- geen bewuste keuze, eigenlijk ongewenst

Algemene gegevens

Tot slot willen we u vragen om nog wat algemene gegevens over u zelf in te vullen. Deze informatie kan in de toekomst helpen bij het leveren van verloskundige "zorg op maat".

70. Wat is uw geboortejaar? _____

71. Wat is uw postcode? _____

72. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- (nog) geen [→ ga naar vraag 74]
- lagere school / basisschool [→ ga naar vraag 74]
- lager beroepsonderwijs (LWOO, VMBO K, VMBO B, LTS enz.) [→ ga naar vraag 74]
- MAVO, VMBO T, 3 jaar HAVO [→ ga naar vraag 74]
- HAVO [→ ga naar vraag 74]
- VWO, atheneum, gymnasium [→ ga naar vraag 74]
- middelbaar beroepsonderwijs (MBO) [→ ga naar vraag 74]
- hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HBO-V, enz.) [→ ga naar vraag 74]
- universiteit [→ ga naar vraag 74]
- opleiding in het buitenland [→ ga naar vraag 73]

73. Hoeveel jaar heeft u onderwijs gehad? _____ jaar

74. Wat is uw relatie met de vader van de baby?

- gehuwd of samenwonend
- niet samenwonend, wel relatie
- geen

75. Wij weten dat de behoefte aan zorg rond de zwangerschap verschilt afhankelijk van waar iemand vandaan komt. Daarom willen we graag weten bij welke bevolkingsgroep u en de vader van de baby horen?

	Uzelf	De vader van de baby
Nederlands	0	0
Antilliaans / Arubaans	0	0
Kaapverdians	0	0
Turks/Koerdisch	0	0
Surinaams-Creools	0	0
Surinaams-Hindoestaans	0	0
Surinaams-anders	0	0
Marokkaans-Berbers	0	0
Marokkaans-Arabisch	0	0
Indonesisch	0	0
Oost-Europees	0	0
Aziatisch	0	0
Anders	0	0

76. Bij welke zorginstellingen heeft u zorg gehad?

- verloskundige praktijk (naam/adres)
- ziekenhuis
- kraamzorg

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

