

Masterthese

Counseling voor uitwendige versie

Master Physician Assistent- Klinische Verloskunde

Hogeschool Rotterdam

2020

Ondergetekende bevestigt hierbij dat deze thesis mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van het werk worden vermeld.

Samenvatting

Achtergrond

De incidentie van zwangerschappen met een kind in stuitligging ligt wereldwijd tussen de 3 en 4%. De behandelmethode voor deze fysiologische variatie is controversieel: een primaire sectio caesarea versus een vaginale stuitbevalling. Om de kans op een vaginale bevalling te vergroten kan een kind in stuitligging middels een uitwendige versie (ECV) gedraaid worden naar hoofdligging. In het ziekenhuis X is een versiespreekuur opgericht waarbij de ECV's worden uitgevoerd door klinische verloskundigen die zijn opgeleid tot versiekundigen. Om zwangere vrouwen op een effectieve wijze te kunnen ondersteunen in het maken van de keuze voor een ECV is het van belang bewust te zijn van de beïnvloedende factoren. Tevens moet het proces van voorlichting tot de keuze op een adequate manier zijn opgezet om de zwangere en haar partner de gelegenheid te geven een goed onderbouwde keuze te maken.

Doelstelling en Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek was het ontwikkelen van een advies voor een bruikbaar en breed gedragen informatievoorziening rondom een ECV voor vrouwen met een kind in stuitligging binnen Y geboortezorg en kindergeneeskunde in Z. De onderzoeksvraag was: Hoe dient de informatievoorziening rondom een ECV eruit te zien, dat zo volledig mogelijk en praktisch toepasbaar is in Y geboortezorg en kindergeneeskunde in Z?

Methode

Er werd een kwalitatief onderzoek in twee fasen uitgevoerd. Het eerste deel bestond uit een nulmeting onder professionals en zwangeren aan de hand van semigestructureerde interviews. De nulmeting werd gebruikt om een beeld te vormen over de methode, de inhoud en de ervaring van de huidige informatievoorziening van X voor een uitwendige versie. Via een klassieke Delphi-methode werd consensus bereikt over de inhoud van de informatievoorziening. Hierbij werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend middels een Fleiss kappa.

Resultaten

Uit de analyse van deze nulmeting kwam naar voren dat er veel variatie was aan de informatie die aan de zwangere werd verteld en welk materiaal hiervoor werd gebruikt. Zowel professionals als zwangeren gaven aan behoefte te hebben aan visuele ondersteuning van de informatie over een ECV welke is toegespitst op de werkwijze van X. In twee Delphirondes werd consensus bereikt over de inhoud van een informatiefilm. De thema's die naar voren moeten komen in de film waren de logistiek, de procedure van de uitwendige versie, slagingspercentages, pijn, ontspanningstechnieken, medicatiegebruik, risico's en de modus partus na een geslaagde of mislukte versie. De informatie moet beschikbaar komen in talen als Engels, Arabisch en Pools.

Conclusie en aanbevelingen

De belangrijkste conclusie is dat de zwangere met een stuitligging behoefte heeft aan eenduidige, volledige en niet sturende informatievoorziening waarbij de keuze voor een versie bij de zwangere ligt. Er is behoefte aan visuele ondersteuning van deze informatie in de vorm van een op de werkwijze van X toegespitste informatiefilm. Deze dient als basis voor het counselingsgesprek dat hierop volgt.

Summary

Background

The incidence of pregnancies with a fetus in breech position is between 3 and 4% worldwide. The treatment method for this physiological variation is controversial: a planned Caesarean section versus a vaginal breech birth. To increase the chance of a vaginal birth, a fetus in breech position can be turned towards a cephalic position by means of an external cephalic version (ECV). An outpatient version clinic has been set up at X in which ECV's are performed by clinical midwives who have been trained to become ECV experts. In order to be able to effectively support pregnant women in decision making about ECV, it is important to be aware of influencing factors. The process of providing information must be set up in an adequate manner in order to provide the patient and her partner the opportunity to make a informed choice.

Objective and research question

The objective of this research was to develop a recommendation for a usable and widely supported information around ECV for women with a fetus in breech position within Y birthcare and pediatrics, Z, the Netherlands. The research question was: What should the information about ECV look like, to be as complete as possible and practically applicable in the Y birthcare and pediatrics in Z, the Netherlands.

Method

A two phased qualitative study was carried out. The first part consisted of a baseline measurement among professionals applying ECV and patients undergoing ECV based on semi-structured interviews. The baseline measurement was used to picture the method, content and experience of the current available information at the X for an ECV. In the second phase a Delphi study was done to reach consensus on the content of the provided information in order to compose recommendations for improving this information. The interrater reliability was calculated using a Fleiss kappa.

Results

The baseline measurement showed a lot of variation in information shared with pregnant women and used materials. Both professionals and pregnant women indicated a need for visual support of information about ECV which was tailored to the procedures of X.

In two Delphi rounds consensus was reached on the content of an information video.

The themes to be highlighted in the video were logistics, procedure of the ECV, success rates, pain, relaxation techniques, medication use, risks, mode of delivery after a successful or unsuccessful version. The information should be available in several languages such as English, Arabic and Polish.

Conclusion and recommendations

The most important conclusion is that pregnant women with a fetus in breech position needs an unambiguous, complete and non-guided information, whereby the choice of opting for ECV is primarily to the pregnant woman. There is a need for visual support of this information by an information video tailored to the procedures of X which serves consecutive counseling interviews.

Inhoud

Voorwoord	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Samenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1. <i>Probleemstelling</i>	9
2. Doelstelling en deelvragen	10
2.1. <i>Doelstelling</i>	10
2.2. <i>Onderzoeksvraag</i>	10
2.3. <i>Deelvragen</i>	10
3. Onderzoeksopzet en -methoden	11
3.1. <i>Onderzoeksopzet</i>	11
3.2. <i>Onderzoeksmethode</i>	11
<i>Setting</i>	11
<i>Onderzoeksgroep</i>	11
<i>Nulmeting</i>	11
<i>Delphimethode</i>	11
<i>Analyse van de onderzoeksgegevens</i>	12
3.3. <i>Ethisch aspect</i>	12
4. Resultaten	13
4.1. <i>Procesbeschrijving</i>	13
4.2. <i>Nulmeting</i>	13
4.3. <i>Delphi onderzoek</i>	17
5. Discussie	19
5.1. <i>Resultaten versus literatuur</i>	20
<i>Geïnformeerde keuze</i>	20
<i>Visuele ondersteuning</i>	20
5.2. <i>Sterkte en zwakteanalyse</i>	21
6. Conclusie en aanbevelingen	23
<i>Aanbevelingen</i>	23
7. Literatuurlijst	24
8. Bijlagen	26
8.1. <i>Bijlage 1: Toestemming METC/RvB</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

8.2.	<i>Bijlage 2: Informatiebrief</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
8.3.	<i>Bijlage 3: Informed consent</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
8.4.	<i>Bijlage 4: Begeleidende brief bij Delphi-methode</i>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
8.5.	<i>Bijlage 5: Stellingen eerste Delphi ronde</i>	27
8.6.	<i>Bijlage 6: Stellingen tweede delphi ronde</i>	31
8.7.	<i>Bijlage 7: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid</i>	34

1. Inleiding

De incidentie van zwangerschappen met een kind in stuitligging ligt wereldwijd tussen de 3 en 4%. In 2017 werden er in Nederland 152.039 kinderen à term geboren waarvan 4.244 kinderen (2,8%) in een stuitligging lagen (Perined, 2018). 71% van deze kinderen in stuitligging werd geboren middels een primaire sectio. Sectio's met stuitligging als indicatie in Nederland vertegenwoordigden 25,4% van alle geplande sectio's bij eenling zwangerschappen (Perined, 2017). Vrouwen die bij een eerste zwangerschap een sectio hadden waren in een volgende zwangerschap sneller geneigd hier weer voor te kiezen. Zowel primaire als repeat sectio's worden geassocieerd met een hoger risico op maternale morbiditeit, een langere opname duur en consequenties voor een volgende zwangerschap, waaronder een verhoogd risico op placenta accreta of increta, uterus ruptuur en foetale mortaliteit (Rosman et al., 2014b).

De meerderheid van de vrouwen geeft de voorkeur aan een vaginale baring van een kind in hoofdligging boven een sectio (Raynes-Greenow, Roberts, Barratt, Brodrick & Peat, 2004). Een uitwendige versie (External Cephalic Version, ECV) van het kind naar hoofdligging draagt bij aan het aantal vaginale baringen. De Cochrane review van Hofmeyer, Kulier en West (2015) liet zien dat een ECV is geassocieerd met een significante reductie van het aantal stuitliggingen bij de partus (RR 0,42, 95%CI 0.29-0.61) en daarmee significant het risico verlaagd op het aantal primaire sectio's (RR 0,57, 95%CI 0.40-0.82) (Hofmeyer et al., 2015). Grote observationele studies toonden aan dat de risico's van een ECV laag zijn. De meest voorkomende complicatie was een kortdurend abnormaal foetaal hartslagpatroon (5,7%) (Hofmeyer et al., 2015). Minder frequente complicaties waren persisterende pathologische foetale hartslagpatronen (0,37%); vaginale bloedingen (0,47%); abruptio placenta (0,12%); sectio caesarea bij verdenking op foetale nood (0,43%); en perinatale mortaliteit (0,16%) (Collaris & Oei, 2004).

Wereldwijd wordt ECV als eerste behandeloptie aanbevolen in de obstetrische richtlijnen (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG, 2017), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV, 2006), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG, 2008). Zij spreken over een gerapporteerd succespercentage van 40-50% (Hofmeyer, 2002). Er is professionele consensus dat alle vrouwen met een stuitligging een ECV moet worden aangeboden, desondanks kiest maar 70% van de vrouwen voor een ECV (Vlemmix et al., 2012).

Informatie en counseling spelen een belangrijke rol in de keuze die een zwangere en haar partner maken wanneer zij een ECV krijgen aangeboden. Het surveyonderzoek van Leung et al. (2000) liet het effect van counseling zien op het aantal vrouwen dat koos voor een ECV. Zij zagen een significante stijging van het aantal vrouwen dat koos voor een ECV van 57,3% naar 82% ($p < 0.001$). Deze cijfers komen overeen met de cijfers uit het onderzoek van Vlemmix et al. (2015) waarin 60% zou kiezen voor een ECV alvorens zij waren gecounseld. Het aantal vrouwen dat na counseling koos voor een ECV lag tussen de 87–92%.

De helft van de participanten in de kwalitatieve studie van Rosman et al. (2014a) gaf aan dat zij meer tijd nodig hadden voor het maken van een keuze. Zij ervoeren te weinig tijd tussen het moment van counselen en het moment waarop zij hun keuze moesten maken. Vrouwen ervoeren dat er

incomplete en tegenstrijdige informatie werd gegeven en dat zorgverleners te directief waren in de counseling.

In X is een versiespreekuur opgericht waarbij de ECV's worden uitgevoerd door klinische verloskundigen die zijn opgeleid tot versiekundigen. Voorafgaand aan de ECV krijgen de zwangeren een consult op de poli van Y geboortezorg voor het verkrijgen van informatie over een stuitligging en de verschillende behandelopties. Gynaecologen, arts-assistenten en klinisch verloskundigen hebben wisselende ervaring in informeren en counsellen bij stuitligging en een ECV. Hierbij wordt niet altijd gebruik gemaakt van beschikbaar foldermateriaal. Aansluitend aan het consult wordt een afspraak voor een ECV gepland.

Uit de literatuur komt naar voren dat men, om zwangere vrouwen op een effectieve wijze te kunnen ondersteunen in het maken van de keuze voor een ECV, zich bewust moet zijn van de beïnvloedende factoren. Het proces van voorlichting dient op een adequate manier zijn opgezet om de zwangere en haar partner de gelegenheid te geven een goed onderbouwde keuze te maken. De keuze wordt beïnvloed door een kwalitatief betere en goed getimede counseling om beslissingsconflicten te verminderen en patiënttevredenheid te verhogen (Vlemmix et al., 2013).

1.1. Probleemstelling

Er is in het X geen eenduidige wijze van informatievoorziening voor zwangere vrouwen met een kind in stuitligging en de mogelijkheid tot een ECV. De ervaring leert dat zij regelmatig onvoldoende of incorrect geïnformeerd zijn wat van invloed is op de patiënttevredenheid en beslissingsconflicten in de hand werkt.

Zwangere vrouwen en hun partners worden onvoldoende voorbereid op een ECV. Een van de veel voorkomende gevolgen is dat deze vrouwen met angst en/of twijfel een ECV ondergaan of deze weigeren.

Zwangeren dienen voldoende tijd te krijgen tussen het moment van de informatievoorziening en het keuzemoment. Zij ervaren hierdoor minder beslissingsconflicten. Momenteel wordt die tijd niet altijd gegeven en moeten zwangeren na de verkregen informatie direct een keuze maken. Hierin is binnen Y geboortezorg en kindergeneeskunde ruimte voor verbetering.

2. Doelstelling en deelvragen

2.1. Doelstelling

Het advies behelst informatie ten aanzien van het proces en de inhoud van de informatievoorziening en counseling voor een ECV bij een stuitligging. Daarnaast wordt, afhankelijk van de uitkomsten, een advies uitgebracht voor een vervolgonderzoek of het verrichten van een implementatiestudie.

2.2. Onderzoeksvraag

Hoe dient de informatievoorziening rondom een ECV eruit te zien, zodat deze zo volledig mogelijk en praktisch toepasbaar is binnen X - Y geboortezorg en kindergeneeskunde in Z?

2.3. Deelvragen

Om een antwoord te kunnen geven op de primaire vraagstelling worden de volgende deelvragen gesteld:

1. Hoe verloopt het huidige proces van de informatievoorziening rondom een ECV?
 - a. Welke zorgverlener voorziet de zwangere van informatie over een ECV?
 - b. Hoe verloopt de planning van het consult stuitligging in de tweede lijn?
 - c. Hoe verloopt de planning van een ECV in de tweede lijn?
 - d. Hoe worden deze processen ervaren door zwangeren en zorgverleners?
2. Hoe ziet de inhoud van de huidige informatievoorziening eruit en hoe wordt deze ervaren door zwangeren en professionals?
 - a. Welke informatie wordt verstrekt door de professionals/ontvangen door zwangeren?
 - b. Wordt de informatie als volledig ervaren?
 - c. Missen er items in de huidige informatievoorziening?
 - d. Hoe de wordt de inhoud van de huidige informatievoorziening ervaren?
3. Wat heeft een zwangere, naast de informatievoorziening, nodig om tot een keuze te komen?

3. Onderzoeksopzet en -methoden

3.1. Onderzoeksopzet

Er werd een kwalitatief onderzoek verricht onder professionals en zwangeren met een stuitligging. Om tot een compleet beeld te komen werden in iedere onderzoeksfase beide partijen betrokken. De huidige stand van zaken werd in kaart gebracht middels een nulmeting. Hierbij werd gekeken naar welke informatiematerialen aanwezig zijn, hoe deze worden gebruikt en worden ervaren. Het doel was om informatie te verzamelen over hoe deze informatievoorziening verbeterd kon worden. Uit deze nulmeting werd informatie verkregen over hoe de informatievoorziening binnen het X het beste kan worden vormgegeven. Vervolgens werd gekozen voor het opstellen van een advies voor het ontwikkelen van een informatiefilm waarna er een Delphi-methode is uitgevoerd om tot consensus te komen over de inhoud hiervan.

3.2. Onderzoeksmethode

Setting

Het X in Z is een perifeer topklinisch ziekenhuis waarbij integrale geboortezorg plaatsvindt binnen Y geboortezorg en kindergeneeskunde. Jaarlijks vinden in dit integraal moeder- en kindcentrum 3000 eerste en tweedelijns partus plaats.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 17 deelnemers vanuit Y en 2 daarbij behorende verloskundigen praktijken die via het VSV Z aan het X zijn verbonden (tabel 1). Zij werden geselecteerd op functie, expertise en aandachtsgebied. De onderzoeksgroep bestond uit gynaecologen, klinisch verloskundigen, PA- klinische verloskunde, eerstelijns verloskundigen, arts-assistenten, verpleegkundigen en zwangeren met een kind in stuitligging.

Nulmeting

De nulmeting van het onderzoek heeft zich gericht op het vormen van een zo volledig mogelijk beeld van de huidige voorlichting en counseling voor een ECV. Gynaecologen, klinisch verloskundigen, arts-assistenten en eerstelijns verloskundigen zijn hiervoor geïnterviewd. Dit waren semigestructureerde interviews waarbij gebruik is gemaakt van een topic lijst welke werd samengesteld op basis van een voorafgaand literatuuronderzoek (Baarda, de Goede en Kalmijn, 2000).

Delphimethode

Om tot consensus te komen over de inhoud van de informatiefilm en de vorm waarin deze informatie verstrekt moet worden is een Delphi-onderzoek uitgevoerd. De deelnemers werden individueel benaderd via email. Deelname was anoniem, zonder directe onderlinge interactie, zodat zij elkaar niet konden beïnvloeden. Groepsdynamica, dominantie en hiërarchie werden hierdoor uitgeschakeld en waren niet van invloed (Baarda et al., 2013). De gebruikte stellingen in de Delphi-methode zijn opgesteld aan de hand van de literatuurstudie en de uitkomsten van de nulmeting. Deelnemers konden via een 5-punts Likertschaal aangeven in welke mate zij het eens waren met de stelling. De 5-punts Likertschaal gaf de antwoordmogelijkheden van helemaal eens, eens, neutraal, oneens of helemaal oneens. Daarnaast hadden zij de mogelijkheid deze keuze te beargumenteren. De stellingen zijn beoordeeld op volledigheid, leesbaarheid en duidelijkheid door een peer-reviewer.

Analyse van de onderzoeksgegevens

De interviews werden opgenomen middels een voicerecorder en volledig getranscribeerd in Microsoft Word. De documenten werden aan de deelnemers toegestuurd voor een membercheck.

De analyse van de interviews vond plaats volgens de methode van Strauss en Corbin van open, axiale en selectieve codering. Bij het open coderen werd het materiaal onderverdeeld in relevante fragmenten welke met elkaar werden vergeleken en gelabeld. Hierdoor werden de gegevens hanteerbaar en overzichtelijk en werd de onderzoeker bekend met het materiaal. Bij het axiale coderen werden de codes van de open codering ondergebracht in centrale categorieën. Er werd gekeken hoe deze categorieën met elkaar samenhangen of zich van elkaar onderscheiden. Er werd gekeken wat belangrijke thema's waren. Bij het selectief coderen lag de nadruk op de integratie van de bevindingen door verbanden te leggen tussen de categorieën van het axiaal coderen. Er werd vastgesteld welke onderwerpen steeds terugkeerden en belangrijk waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Hierbij werd gekeken wat de relatie van de onderwerpen was met de beschikbare literatuur (Boeije, 2016).

Bij twee interviews zijn de opnamen en transcriptie door een peer-reviewer vergeleken om de validiteit van de data te waarborgen. De analyses zijn gecontroleerd om de validiteit te borgen.

Bij de Delphi-methode werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid middels een Fleiss kappa berekend om de mate van consensus over de inhoud van de informatiefilm te bepalen. Volgens Fleiss kappa is er bij een waarde boven de 0,81 sprake van een bijna perfecte overeenkomst en van substantiële overeenstemming bij een waarde van 0,61 – 0,80. Wanneer de waarde kleiner is dan 0,60 is er matige of onvoldoende overeenstemming. (Nichols, Wisner, Cripe & Gulabchand, 2010). In dit onderzoek was het streven om minimaal op een waarde van 0,81 te komen.

Na de eerste Delphironde werd berekend in hoeverre er consensus was bereikt over de stellingen. De stellingen waar geen consensus over was bereikt werden herzien. De toelichting van de deelnemers en de uitkomsten van de literatuur werden gebruikt voor het opstellen van de stellingen voor een tweede ronde. De input de deelnemers werd anoniem verwerkt en was even zwaarwegend en onafhankelijk van hun functie. Er waren twee Delphirondes nodig om tot voldoende consensus te komen. Na afronding van de Delphistudie is een adviesnota opgesteld in de vorm van deze masterthese. De ontwikkeling en implementatie van de voorlichtingsfilm viel buiten dit onderzoek.

3.3. Ethisch aspect

Voor de start van het onderzoek werd het onderzoeksvorstel voorgelegd aan het wetenschapsbureau van het Elisabeth- X. Er werd toestemming gevraagd en verkregen aan de Medische ethische toetsingscommissie (METC) en de raad van bestuur. Het betreft een niet WMO-plichtig onderzoek (bijlage 1).

Deelnemers hebben na schriftelijk en mondeling geïnformeerd te zijn over het doel en de inhoud van het onderzoek, getekend voor toestemming (bijlage 2 en 3). Deelname aan het onderzoek verliep op vrijwillige basis. Verkregen gegevens zijn anoniem verwerkt en waren enkel inzichtelijk voor de onderzoeker en haar begeleidster.

4. Resultaten

4.1. Procesbeschrijving

Zwangeren met een kind in stuitligging behoren tot een hoog risicopopulatie en zijn om die reden bij de gynaecoloog onder controle of worden verwezen vanuit de laag risico populatie. Veelal worden zij via de echo verwezen naar de gynaecoloog met de diagnose stuitligging. De afspraak voor een consult bij gynaecoloog wordt via de polimedewerker gemaakt en volgt veelal direct aan de liggingsecho. Tijdens dit consult ontvangt de zwangere informatie over de stuitligging en de mogelijkheid tot een ECV. Hierbij wordt wisselend gebruik gemaakt van verschillend voorlichtingsmateriaal welke bestaat uit folders en websites. Zowel de zwangeren als de professionals gaven aan gebruik te maken van voorlichtingsfilms die op internet beschikbaar zijn.

Vanuit het consult op de poli wordt er een afspraak gemaakt voor een ECV. De versiesprekuren vinden tweemaal per week plaats op vaste tijden. De ECV's worden uitgevoerd door een vast team van verloskundigen die geschoold zijn tot versiekundigen. Zwangeren waarbij de ECV is geslaagd worden terugverwezen naar de laag risico populatie, tenzij zij al onder de supervisie van de gynaecoloog vielen. Zwangeren met een niet geslaagde ECV worden verwezen naar de gynaecoloog, voor hen wordt een consult ingepland op de polikliniek waarbij de modus partus van een kind in stuitligging wordt besproken.

4.2. Nulmeting

In de periode van februari – april van 2019 werden semigestructureerde interviews afgenomen voor de nulmeting onder zorgprofessionals en cliënten. Tabel 1 geeft een overzicht van de samenstelling van de onderzoeksgroep.

Tabel 1. Onderzoeksgroep (nulmeting en Delphi-methode)

Deelnemer	Aantal (n)
Gynaecoloog, Y geboortezorg en kindergeneeskunde	2
Arts-assistent, Y geboortezorg en kindergeneeskunde	2
Klinisch verloskundige, Y geboortezorg en kindergeneeskunde Met aandachtsgebied uitwendige versie	1
Physician assistant – klinisch verloskundige, Y geboortezorg en kindergeneeskunde	1
Low risk verloskundige, Y geboortezorg en kindergeneeskunde	2
Low risk verloskundige, buitenpraktijken Z	2
Verpleegkundige, Y geboortezorg en kindergeneeskunde	4
Patiënten, ervaringsdeskundigen uitwendige versie.	3

Middels deze nulmeting werd er een inventarisatie gemaakt naar de huidige informatievoorziening. Hierbij kwamen een aantal hoofd en subthema's naar voren (tabel 2 (professionals) en 3 (cliënten)).

Tabel 2. Thema's verkregen uit de nulmeting met professionals

Logistiek	Informatievoorziening	Aanbevelingen
Organisatie <ul style="list-style-type: none"> - Planning - Versiespreekuur - Tijd 	Voorafgaand aan versie <ul style="list-style-type: none"> - Beïnvloeding - Procedure - Versiespreekuur - Soort stuitligging - Ontspanning/ eigen invloed - Slagingspercentages - Alternatieve geneeskunde - Risico's 	Verbeterpunten <ul style="list-style-type: none"> - Materiaal - Planning - Uitvoering - Tijd
Communicatie <ul style="list-style-type: none"> - Telefonische bereikbaarheid - Persoonlijke communicatie 	Na afloop van de versie <ul style="list-style-type: none"> - Vervolg na geslaagde versie - Vervolg na mislukte versie - Belinstructies 	Behouden <ul style="list-style-type: none"> - Materiaal - Planning - Uitvoering - Counseling
	Informatiemateriaal <ul style="list-style-type: none"> - Internet - Folders - Echo - Anatomisch model 	

Tabel 3. Thema's verkregen uit de nulmeting met cliënten

Logistiek	Informatievoorziening	Aanbevelingen
Organisatie <ul style="list-style-type: none"> - Planning - Bereikbaarheid afdeling - Tijd 	Voorafgaand aan versie <ul style="list-style-type: none"> - Beïnvloeding - Vaststelling stuitligging - Procedure - Versiespreekuur - Soort stuitligging - Ontspanning/ eigen invloed - Slagingspercentages - Alternatieve geneeskunde - Risico's - Omgeving 	Positieve ervaringen <ul style="list-style-type: none"> - Goede begeleiding - Persoonlijk
Communicatie <ul style="list-style-type: none"> - Telefonische bereikbaarheid - Persoonlijke communicatie 	Na afloop van de versie <ul style="list-style-type: none"> - Vervolg na geslaagde versie - Vervolg na mislukte versie - Belinstructies 	Negatieve ervaringen <ul style="list-style-type: none"> - Korte verwerkings- en keuzetijd - Onvolledige informatie
	Informatiemateriaal <ul style="list-style-type: none"> - Internet - Folders - Echo - Visuele ondersteuning - Overige materialen 	

Logistiek

De professionals waren het erover eens dat de logistiek goed verliep. De logistiek voor het plannen van een ECV was duidelijk en de desbetreffende afdeling goed bereikbaar. Zwangeren ervoeren een goed verloop van de logistiek op de poli en de triageafdeling. Een enkele keer kwam het voor dat de professional bij het plannen te maken kreeg met een vol versiespreekuur. Het vinden van een alternatieve datum leverde soms problemen op. Dit wordt ondersteund door een tweetal quotes van de deelnemers.

“Qua planning, en dus dat ze, qua snelheid dat ze terecht kunnen. Want wij weten nu gewoon, er is een spreekuur, meerdere keren per week dat je voor die versie terecht kan. En voorheen was dat niet, dan was het altijd even kijken, o ja die, o ja maar die gynaecoloog is echt goed, even kijken die heeft volgende week dienst dan doen we hem dan. Dus volgens mij gaat het eigenlijk heel goed en is het een heel strak goed geregeld systeem dus ik denk houden zo.” (Deelnemer 5)

“Ja dat vind ik eigenlijk altijd duidelijk, dat wordt eigenlijk altijd gezegd en ook nog opgeschreven. De route zoveel. Plus als je je aanmeldt bij zo'n zuil dan staat dat er altijd bij” (Deelnemer 15).

Professionals waren van mening dat de zwangere voldoende tijd krijgt voor het maken van een keuze. Zwangeren gaven aan behoefte te hebben aan meer tijd tussen de informatievoorziening en het keuzemoment. Zij kregen de mogelijkheid om de afspraak af te zeggen wanneer zij zich zouden bedenken. Op deze manier werd een bedenktijd gecreëerd die voor zowel de zwangeren als de professionals als acceptabel werd gezien.

“Je bent nog eerst het nieuws aan het verwerken. Dus je hebt eigenlijk helemaal nog geen ruimte om na te denken over zo'n keuze” (Deelnemer 15).

“Heel kort! Heel kort want wij, uhm, ik had eigenlijk niet verwacht dat het meteen de maandag, Dus gisteren zou gaan gebeuren. Dus het was heel gehaast eigenlijk wel ... en dat gaf ook wel een gevoel van ok dit is wel echt heel dringend om te doen. (...) Op dat moment moest ik gewoon beslissen.” (Deelnemer 16)

Informatievoorziening

Professionals gaven aan uitgebreide informatie te geven over de procedure van een ECV, al dan niet ondersteund door foldermateriaal. Opvallend was dat alle professionals informatie gaven over het risico op een bradycardie en het risico op bloedverlies. Niet alle professionals gaven informatie over het risico op het breken van de vliezen, de kans op een premature partus of een spoedsectio. Zwangeren gaven ook aan voldoende informatie over de procedure te hebben ontvangen. Zij gaven aan onvolledige informatie te hebben ontvangen over de risico's van een versiepoging tijdens het consult, wel had een enkeling hierover gelezen in de folder of de informatie alsnog ontvangen van de versiekundige vlak voor de uitvoering van de ECV. Daarnaast bestond er de behoefte aan informatie over het vervolg bij een persisterende stuitligging.

“Dat we heel soms zien dat mensen wel eens, dat de vliezen ervan breken of dat ze bloedverlies ervan kunnen krijgen en dat we daarom die extra controles doen. Maar dat het op zich wel heel erg veilig is op de manier waarop wij het doen in het ziekenhuis.” (deelnemer 3)

“Bij het gesprek van de gynaecoloog ook? Uhm ik denk het niet. Nee ik denk dat ik dat daarna in het boekje heb gelezen, dat had ik van tevoren al gelezen en dat het risico eigenlijk heel minimaal is voor het kindje zeg maar, de impact, maar dat ze dus wel van tevoren en daarna dus zo’n scan maken van het hartje en dat ook eigenlijk gedurende de draaiing ook bijhielden via de echo om te kijken of alles goed ging.” (Deelnemer 17)

Aanbevelingen

Zowel de professionals als de zwangeren gaven aan dat de behoefte bestond voor visuele ondersteuning (film) van de informatievoorziening toegepast op de werkwijze in het X, ter ondersteuning van het counselingsgesprek voor een ECV. Beide groepen kwamen in hun zoektocht op internet uit op filmpjes van andere ziekenhuizen, echter kwam de werkwijze van deze ziekenhuizen niet geheel overeen met die van het X.

“Maar een film waarvan je zegt dat bootst wel heel erg de werkelijkheid na, dat ze een idee krijgen hoe het gaat, sommige mensen zijn heel erg visueel ingesteld, dus ik kan een heleboel vertellen maar ze maken er zelf een videotje in hun hoofd van. En dat klopt misschien helemaal niet en misschien wordt de angst wel groter als ik vertel hoe het gaat.” (Deelnemer 1)

“Maar visuele ondersteuning is wel prettig om een beeld te krijgen van de versie. Dan zie je wel dat heel veel ziekenhuizen daar zelf een film van hebben gemaakt, dus dat geeft je gelijk ook een beeld van ok hoe gaat dat dan in z’n werk...Ja ik ben ook wel bv op YouTube gaan kijken naar zo’n filmpje van hoe ziet dat eruit en dat is wel verwarrend vind ik zelf, want je komt dan ook op websites van andere ziekenhuizen. Doordat die net misschien een andere methode hebben, dus dat je toch andere informatie krijgt dan wat er in jouw informatiefolder van Y staat zeg maar, dus dat vond ik wel verwarrend...” (Deelnemer 16)

Professionals gaven aan het medische advies voor een ECV in de voorlichting te benadrukken. Zwangeren gaven aan dat zij behoefte hebben aan informatie die niet sturend is. Zij wilden op basis van onafhankelijke en objectieve informatie zelf, met ondersteuning van de professional een keuze kunnen maken.

“Dat als je voorlichting geeft dat je toch sturend bezig bent om mensen toch voor de versie te laten gaan en minder als een counselingsgesprek waarbij mensen de eigen keus hebben om voor en nadelen op een rijtje te zetten.” (Deelnemer 3)

“Je wordt ook niet een bepaalde richting in geduwd, dus dat dacht ik eerst van ze zullen natuurlijk wel wat hen het beste uitkomt dat zullen ze wel op jou projecteren dat hoor je wel eens maar dat is helemaal niet het geval dus dat gevoel krijg ik helemaal niet dus dat is echt prettig dus.....het was voor mij meteen wel duidelijk dat een versie wel echt een vrijwillige keuze is, zeker, ja....Het was gewoon echt een heel prettig gesprek waar ze als ze in jouw persoonlijke situatie gaan kijken i.p.v., ja de kans is zo groot, dit is het risico en de voor en nadelen, succes ermee. Er wordt echt gewoon een gepersonaliseerd advies gemaakt.” (Deelnemer 16)

4.3. Delphi onderzoek

Tijdens dit onderzoek werd middels een Delphi-methode consensus bereikt over de inhoud van een voorlichtingsfilm over een ECV, voor Y geboortezorg en kindergeneeskunde, X Z.

Gedurende de Delphi-rondes zijn er 2 van de 16 deelnemers uitgevallen die niet reageerden op uitnodigingen via de mail. Het betrof één zwangere en één eerstelijns verloskundige. De overige 15 deelnemers hebben de Delphi-methode volledig doorlopen. De professionals en zwangeren ontvingen bij de eerste ronde aanvullende informatie, bestaande uit de uitkomsten van de literatuurstudie en de nulmeting (bijlage 2). Hierbij ontvingen zij ook de doelstelling van het onderzoek: *‘Hoe dient de informatievoorziening rondom een ECV eruit te zien, zodat deze zo volledig mogelijk en praktisch toepasbaar is binnen X, Y - geboortezorg en kindergeneeskunde in Z?’*.

De eerste ronde was bedoeld om de deelnemers te prikkelen tot het nadenken over welke items in de informatiefilm geïntegreerd moesten worden (bijlage 5).

Over de resultaten van de eerste ronde werd een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend middels een Fleiss kappa (bijlage 7). De uitkomst hiervan was 0,57 wat betekende dat er onvoldoende consensus was bereikt.

De stellingen waarbij in de eerste ronde geen consensus was bereikt werden met de toelichtingen van de deelnemers, gebruikt voor het opstellen van de stellingen voor een tweede ronde. Hiervoor werd bij de 5-punts Likertschaal de optie ‘neutraal’ verwijderd om de deelnemers te laten kiezen voor eens of oneens (bijlage 6).

Over de resultaten van de tweede ronde werd wederom een Fleiss kappa berekend welke nu een waarde van 0,81 liet zien (bijna perfecte overeenstemming). Op basis van beide feedbackronden ontstond een gezamenlijke consensus waarbij de volgende adviezen over de inhoud van de informatiefilm naar voren kwamen:

Logistiek:

Deelnemers waren het erover eens dat een kort fragment over de logistiek wenselijk is in de film. Dit zorgt voor volledigheid van de informatie waarbij patiënten een beeld krijgen van de afdeling. De deelnemers gaven aan dat dit leidt tot een vermindering van angst, en het zorgt voor meer vertrouwen in de ingreep. Daarnaast kwam uit het Delphi onderzoek naar voren dat zorgverleners in de praktijk te maken krijgen met zwangeren met een niet Nederlandse afkomst en/of met zwangeren die laaggeletterd zijn. Deelnemers gaven aan dat deze populatie de Nederlandse taal niet altijd machtig is en vaak overvallen wordt door de hoeveelheid informatie. Hierdoor werd de informatie niet altijd volledig begrepen of onthouden. Deelnemers gaven aan het belangrijk te vinden dat de informatie ook beschikbaar komt voor deze populatie en dat zij op deze manier dezelfde zorg en informatie ontvangen als de Nederlandssprekende zwangeren.

“Veel van onze patiënten zijn laaggeletterd. Ze worden bij de counseling voor versie overvallen door een grote hoeveelheid informatie die ze mogelijk niet goed begrijpen of onthouden” (Deelnemer 2).

“Om alle zwangeren te bereiken, ook met andere etnische achtergronden, zeer belangrijk anders valt die groep buiten de boot en krijgt niet dezelfde zorg en informatie aangeboden als de Nederlands sprekende zwangere” (Deelnemer 7).

Deelnemers waren het erover eens dat de voorlichtingsfilm voorafgaand aan het counselingsgesprek getoond dient te worden. Dit kan al bij de vaststelling van de stuitligging door eerste of tweede lijn middels een link op de website van Y. Zwangeren krijgen dan meer tijd om op een zelfgekozen moment de film te kijken, de informatie te verwerken en een keuze te overwegen. Zij komen op deze manier goed voorbereid naar het counselingsgesprek. Tevens heerste er de opvatting dat je hiermee voorkomt dat zwangeren middels Google of informatie van naasten op incomplete of incorrecte informatie stuiten. Tijdens het counselingsgesprek ontstaat hierdoor meer ruimte en tijd voor individuele toelichting.

De deelnemers waren het erover eens dat een ECV als een gebruikelijke en gangbare behandeling moet worden aangeboden in de informatiefilm. Tevens waren zij het erover eens dat het een objectieve informatievoorziening moet zijn waarbij benoemd moet worden dat de zwangere op basis van deze informatie, met haar zorgverlener een keuze kan maken. Shared decision making of gezamenlijke besluitvorming speelt een belangrijke rol in het maken van een keuze voor een ECV.

De gehele procedure van een ECV diende getoond te worden om deze visueel te maken. Hierbij wordt zowel het gebruik van de echo en CTG, medicatie als de handeling zelf getoond.

Informatie over modus partus na een geslaagde of mislukte versie.

Professionals en zwangeren waren het erover eens dat in de informatiefilm kort benoemd moest worden wat de mogelijkheden zijn voor de bevalling na zowel een geslaagde als een niet geslaagde ECV. Dit maakt de informatie compleet waardoor zwangeren de voor- en nadelen tegen elkaar kunnen afwegen en zo een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. Zij vonden dat door het tonen van het totaalbeeld wordt aangegeven dat een uitwendige versie zinvol is en dat het kan helpen in de motivatie van zwangeren om te kiezen voor een ECV.

Het benoemen van de slagingspercentages geeft een realistisch beeld over de kans van slagen van een ECV. Deelnemers waren van mening dat dit bedraagt aan verwachttingsmanagement en dat patiënten deze informatie nodig hebben om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Het werd als zinvol gezien om de cijfers van het X af te zetten tegen de landelijke slagingspercentages.

“Het slagingspercentage geeft een reëel beeld voor de zwangere en haar partner over de kans dat de versie gaat lukken” (Deelnemer 6).

Het benoemen van de pijn die kan optreden bij een ECV, alsmede informatie over ontspanningstechnieken, helpt in het scheppen van reële verwachtingen en geeft de zwangere de mogelijkheid om zich hierop voor te bereiden. De deelnemers gaven echter ook aan dat dit een subjectief gegeven is en per zwangere anders wordt ervaren. Dit moet benoemd worden in film. Evenals de mogelijkheid om aan te geven dat wanneer de ECV als te pijnlijk wordt ervaren, de versiekundige moet stoppen met de handeling. De zwangere krijgt op deze manier inzicht het behouden van de regie voorafgaand en tijdens de versie wat vertrouwen geeft.

“Dat kan je dan meenemen in de keuze én geeft realistische verwachting, plus dan ben je beter voorbereid om de pijn te verdragen” (Deelnemer 15).

Voorafgaand aan een ECV wordt in de meeste gevallen Ritodrine gebruikt als tocolyticum. Alle deelnemers waren het erover eens dat zowel het gebruik als de werking en bijwerkingen besproken moet worden in de informatiefilm. Op deze manier zijn zwangeren goed geïnformeerd en kan er op het moment van de ECV informed consent verkregen worden voor het gebruik van de medicatie.

Om een complete voorlichting te geven waren de deelnemers het erover eens dat de meest voorkomende risico's met de incidentie daarvan besproken moeten worden in de film. Hierbij gaat het over tijdelijke CTG-afwijkingen (5,7%), persisterende CTG-afwijkingen (0,36%), vaginaal bloedverlies (0,47%) en een spoedsectio (0,43%) (Collaris & Oei, 2004). Er dient besproken te worden hoe hier tijdens de ECV mee om wordt gegaan, wat er wordt ondernomen om mogelijke complicaties te voorkomen en welke handelingen worden uitgevoerd indien er een complicatie optreedt. Er kan verwezen worden naar een folder of website voor het nalezen van de zeldzamere risico's.

“In een counseling filmpje moet je wat mij betreft risico's noemen en lijken mij de meest voorkomende risico's het meest zinvol. De rest kan achterwege gelaten worden” (Deelnemer 4).

“Daarbij ook de percentages, want daaruit blijkt dat de meest voorkomende risico's toch nog een kleine kans zijn” (Deelnemer 15).

Over de vraag of er een zwangere aan het woord moet komen waren de meningen verdeeld. Bij een ervaringsverhaal met een geslaagde ECV kan het een positief beeld geven over de ECV. Een ervaringsverhaal van een mislukte ECV kan echter zwangeren afschrikken. De algemene mening van de deelnemers was dan ook om de informatie zo objectief mogelijk te houden. Dit zou bewerkstelligd kunnen worden door een ervaringsdeskundige aan het woord te laten die enkel vertelt over de ervaringen van de procedure waarbij de uitkomst van de ECV achterwege wordt gelaten.

“Ik denk dat je transparant moet zijn, dus als je een ervaringsdeskundige aan het woord laat, moet je een geslaagde én niet geslaagde aan het woord laten. Je zou ook kunnen overwegen om een patiënte alleen over de versie op zich te laten vertellen (ervaring/pijn etc) en dan de uitkomst achterwege te laten, of alleen heel kort te laten benoemen.” (Deelnemer 4)

Ten slotte kwam uit het Delphionderzoek naar voren dat er behoefte is aan anderstalige informatievoorziening. De Zse populatie kent een grote verscheidenheid in etniciteit. Informatie dient voor iedereen toegankelijk te zijn om een goed onderbouwde keuze te kunnen maken. Een informatiefilm in de talen Engels, Arabisch en Pools kan hierin ondersteunend zijn.

“Ik denk dat dat zeker een meerwaarde is, vooral een Engelstalige film zal in de praktijk veel gebruikt kunnen worden. Daarnaast zou misschien Pools of Arabisch nog meerwaarde hebben voor de Zse populatie” (Deelnemer 6).

5. Discussie

Het doel van dit onderzoek was het optimaliseren van de informatievoorziening in het X voor een ECV. Het belangrijkste resultaat van de nulmeting was dat er geen eenduidigheid was in het gebruik en de inhoud van de informatievoorziening binnen het X. Daarnaast kwam naar voren dat de zwangere behoefte heeft aan eenduidige, volledige en niet sturende informatievoorziening, waarna

zij met ondersteuning van de professional een keuze kan maken. Ook bleek bij zowel de professionals als de zwangeren de behoefte aan een door het ziekenhuis vervaardigde informatiefilm zodat elke zwangere op een eenduidige en correcte wijze wordt voorzien van informatie. Middels een Delphionderzoek werd consensus bereikt over de vorm en de inhoud van deze informatievoorziening.

5.1. Resultaten versus literatuur

Zoals beschreven in het onderzoek van Leung, Lau, Lo, and Rogers (2000) is er een stijging is van 57% van de zwangeren naar 82% van de zwangeren die kiezen voor een ECV na het verkrijgen van objectieve informatie. Dit geeft het belang aan voor een gedegen en volledige informatievoorziening voor zwangeren met een kind in stuitligging. In het onderzoek van deze studie is deze uitkomstmaat niet specifiek onderzocht maar bestaat er wel de wens om in het X een registratie bij te houden van het aantal zwangeren wat informatie over een ECV ontvangt en de keuze die zij hierin maken.

Geïnformeerde keuze

Uit de nulmeting kwam naar voren dat er een discrepantie bestond tussen wat professionals aan informatie verstrekken en wat de zwangeren ervaren aan ontvangen informatie. Er bestond tevens geen uniformiteit in de inhoud van de informatie die zorgverleners verstrekten. Uit het onderzoek van Coleman, Reardon, & Lee (2006) blijkt dat een zwangere een geïnformeerde keuze kan maken als deze kennis heeft van haar situatie en/of conditie, en de bijbehorende behandeling (inclusief de voordelen, risico's, beperkingen en alternatieven) begrijpt. Daarbij is het belangrijk dat de zwangere kennis heeft van haar voorkeuren en een keuze kan maken waarbij deze voorkeuren worden meegenomen. Uit het onderzoek van Rosman et al (2014) komt naar voren dat professionals een gebrek aan kennis ervaren over het adequaat en uniform informeren van zwangeren over een ECV.

De resultaten van deze studie stemmen overeen met de resultaten van Rosman et al. en Coleman et al. De nulmeting heeft aangetoond dat er vanuit de zorgverleners en zwangeren ook behoefte is aan een adequate en uniforme wijze van informatievoorziening. Hierbij is aangegeven dat een informatiefilm een goede manier is om hierin te faciliteren. De informatiefilm wordt als de beste methode beschouwd om aan deze adequate en uniforme wijze van informatievoorziening te voldoen aangezien alle zwangeren dan dezelfde informatie op dezelfde wijze aangereikt krijgen. Hierdoor ontstaat minder kans op bias dan wanneer verschillende zorgverleners op een verschillende wijze informatie zouden verstrekken. De zwangere krijgt meer tijd voor het verkrijgen en verwerken van informatie. Er ontstaat meer bedenktijd en een grotere kans op het goed uitvoeren van gezamenlijke besluitvorming. Het Delphionderzoek zorgde ervoor dat er consensus werd bereikt over de inhoud van een informatiefilm waarmee alle zwangeren met een kind in stuitligging op een adequate en uniforme wijze informatie over een ECV ontvangen.

Visuele ondersteuning

Zowel professionals als zwangeren hebben aangegeven een door het X vervaardigde informatiefilm te willen als ondersteuning van de informatievoorziening. Zij gaven aan dat dit bijdraagt aan een goed geïnformeerde keuze door de patiënt. Dit stemt overeen met de resultaten uit de studies van Hahn, Fish, Dunn & Halperin (2005) en Luck, Pearson, Maddem & Hewett, (1999). Zij beschrijven dat een visuele informatievoorziening een methode is om zwangeren op een inhoudelijk correcte, eenduidige en objectieve wijze te informeren. Patiënten ervaren een hoge mate van tevredenheid

(>90%) en voelen zich beter voorbereid op een behandeling (94%). Daarnaast voelen zij zich veilig (94%), geïnformeerd (88%), in controle (88%) en ervaren minder angst (66%).

Uit dit onderzoek is tevens naar voren gekomen dat zowel de zorgverleners als de zwangeren visuele ondersteuning van de informatievoorziening aanbevelen gezien de uniforme en adequate wijze van informeren. Binnen de cognitieve wetenschap heerst de opvatting van The Dual channel assumption. Dit betekent dat er binnen het menselijk werkgeheugen verschillende kanalen bestaan om informatie te verwerken: het auditief kanaal en het visuele kanaal. Gesproken tekst wordt in het auditieve kanaal verwerkt, en afbeeldingen en geprinte woorden in het visuele kanaal. Wanneer een van de kanalen tegelijkertijd veel informatie moeten verwerken, zoals bij bijvoorbeeld een film met ondertiteling, kunnen zij overbelast raken. Bij een filmpje met een voice-over wordt de informatie verdeeld over de twee kanalen en verbeterd de capaciteit van het werkgeheugen (Mayer & Moreno, 2003). Dit pleit voor een informatiefilm met een voice-over om de informatie zo goed mogelijk over te brengen.

Bijkomend voordeel van een visuele ondersteuning is dat het de toegankelijkheid van de informatie bevordert voor de gehele patiëntenpopulatie. Uit zowel de nulmeting als het Delphionderzoek is naar voren gekomen dat zorgverleners veelvuldig te maken krijgen met zwangeren die laaggeletterd zijn of een niet Nederlandse afkomst hebben. De Zse populatie bestaat voor 28% uit mensen met een niet Nederlandse afkomst (Z.nl). Daarnaast kennen we in Nederland 12% laaggeletterden. In de gemeente Z is tussen de 13-16% van de inwoners laaggeletterd (ROA, 2016). Ze hebben moeite met lezen, schrijven en communiceren in het Nederlands. Vooral laaggeletterden blijken moeite te hebben met het begrijpen en verwerken van medische teksten in bijvoorbeeld foldermateriaal (Baker et al., 1996; Kandula & Zeng-Treitler, 2008). Voor laaggeletterden of mensen met een niet Nederlandse afkomst is visuele ondersteuning daarom essentieel voor het maken van een goed geïnformeerde keuze. Een informatiefilm in de talen Engels, Arabisch en Pools kan hierin ondersteunend zijn. Hierbij kan het best gekozen worden voor een informatiefilm met een voice-over.

5.2. Sterkte en zwakteanalyse

Kwalitatief onderzoek was een geschikte methode om inzicht te krijgen in de behoefte rondom informatievoorziening bij een ECV. Het is een praktisch toepasbaar onderzoek voor de praktijk waarbij de informatievoorziening voor een ECV wordt verbeterd.

In dit onderzoek werd middels een nulmeting met semigestructureerde interviews een beeld gevormd over de huidige informatievoorziening, hoe deze informatie werd gebruikt en hoe deze werd ervaren. Voor zowel de nulmeting als het Delphionderzoek werden de meningen van zowel professionals uit verschillende beroepsgroepen als zwangeren meegenomen.

Een nadeel van het interviewen van directe collega's kan zijn dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven. De mogelijkheid om middels open vragen en doorvragen, dieper op een onderwerp in te gaan gaf daarentegen de mogelijkheid om tot de kern van de boodschap te komen. De medebeoordeling van de transcripties en codering van de interviews heeft de kans op interviewbias verkleind. Daarnaast heeft er een peerreview plaatsgevonden van de stellingen voor het Delphionderzoek. Met de uitkomsten van het Delphionderzoek is er consensus bereikt over de

inhoud van de informatiefilm. Dit maakte dat er een advies kon worden opgesteld voor een informatiefilm met een inhoudelijk correcte en betrouwbare informatie. Er werd geen consensus bereikt over het aan het woord laten van een zwangere met een geslaagde, danwel mislukte ECV. Bij een ervaringsverhaal met een geslaagde ECV kan het een positief beeld geven over de ECV. Een ervaringsverhaal van een mislukte ECV kan zwangeren afschrikken. De algemene mening van de deelnemers was dan ook om de informatie zo objectief mogelijk te houden. Dit zou bewerkstelligd kunnen worden door een zwangere aan het woord te laten die enkel vertelt over de ervaringen van de procedure waarbij de uitkomst van de ECV achterwege wordt gelaten.

Een voorlichtingsfilm kent een aantal voordelen. Iedere zwangere krijgt uniforme informatie welke betrouwbaar is en inhoudelijk correct. Hierdoor ontstaat minder kans op bias dan wanneer verschillende zorgverleners op een verschillende wijze informatie zouden verstrekken. De visuele ondersteuning is een communicatievorm die aansluit bij de behoefte van zwangeren met een niet Nederlandse afkomst en laaggeletterden. Daarnaast krijgt de zwangere meer tijd voor het verkrijgen en verwerken van informatie. Hierdoor ontstaat er een grotere kans op een juiste uitvoering van gezamenlijke besluitvorming.

6. Conclusie en aanbevelingen

De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek is dat de zwangere met een stuitligging behoefte heeft aan eenduidige, volledige en niet sturende informatie waarbij de keuze voor een ECV bij de zwangere ligt. Uit het Delphi onderzoek komt naar voren dat er behoefte is aan een informatiefilm toegespitst op de werkwijze van het X. Deze informatiefilm moet voorzien in deze eenduidige en volledige informatie en dient als basis voor het counselingsgesprek die hierop volgt.

Aanbevelingen.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan een informatiefilm over de ECV, welke is toegespitst op de werkwijze van het X, worden geproduceerd en geïmplementeerd. Deze kan gepubliceerd worden op de website van Y geboortezorg en kindergeneeskunde in Z, zodat deze voor elke zwangere toegankelijk is. Om de informatiefilm beschikbaar te maken voor zoveel mogelijk zwangeren dient deze geproduceerd te worden met een voice-over in de talen die het meeste voorkomen in de X-populatie.

Daarnaast is het aan te bevelen om onderzoek te doen naar de tevredenheid van de professionals en zwangeren bij het gebruik van de informatiefilm. Een vervolgonderzoek zou kunnen zijn dat er twee groepen zwangeren worden gemaakt waarbij de ene groep de informatie krijgt zoals deze nu bestaat en de andere de informatie verkrijgt middels de nog te ontwikkelen informatiefilm. Hierbij kan worden gekeken naar de patiënt tevredenheid in beide groepen. Er kan tevens worden onderzocht of er een toename van het aantal zwangeren is dat na het zien van de informatiefilm kiest voor een ECV.

7. Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, van der T. et al. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (3e druk) Groningen: Wolters Noordhoff.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Kalmijn, M. (2000). *Basisboek enquêteren en gestructureerd interviewen*. Houten: Uitgeverij Educatieve Partners Nederland BV
- Baarda, D.B., Julsing, M. (2011). *Onderzoekstools*. (Eerste druk) Groningen: Wolters Noordhoff.
- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Pitkin, K., Parikh, N.S., Coates, W., et al. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Yily medicine*, 5 (6), 329-334.
- Boeije, H (2016) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam; Uitgeverij Boom.
- Caukwell, S., Joels, L.A., Kyle, P.M. & Mills, M.S. (2002). Women's attitudes towards management of breech presentation at term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22:5, 486-488.
- Coleman, P.K., Reardon, D.C. & Lee, M.B. (2006). Woman's preferences for information and complication seriousness ratings related to elective medical procedures. *Journal of medical Ethics*, 32:435-438.
- Collaris, R.J. & Oei, S.G., (2004). External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version-related risks. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 87, 511-8.
- Hahn, C.A., Fish, L.J., Dunn, R.H., & Halperin, E.C. (2005). Prospective Trial a Video Educational Tool for Radiation Oncology Patients. *American Journal of Clinical Oncology*, 28:6, 609-612.
- Kandula, S., & Zeng-Treitler, Q. (2008). Creating a gold standard for the readability measurement of health texts. *AMIA Annual symposium proceedings archive*, 353-357.
- Kieft, M. (2011). Samenspraak Advies Nijmegen *De Delphi methode nader bekeken*.
<http://www.samenspraakadvies.nl/publicaties/Handout%20delphi%20onderzoek.pdf>
geraadpleegd 13 oktober 2018.
- Leung, T.Y., Lau, T.K., Lo, K.W.K. & Rogers, M.S. (2000). A survey of pregnant women's attitude towards breech delivery and external cephalic version. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40:3, 253-259.
- Luck, A., Pearson, S., Maddern, G., & Hewett, P. (1999). Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *Lancet*, 354, 2032-2035.
- Mayer, R. E., & Moreno, R. (2003). Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educational psychologist*, 38 (1), 43-52.
- Nassar, N., Roberts, C.L., Raynes-Greenow, C.H., Barratt, A. & Peat, B. (2007). Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114, 325-333.
- Nichols, T.R., Wisner, P.M., Cripe, G. & Gulabchand, L. (2010). Putting the Kappa Statistic to Use *Quality Assurance Journal*, 13, 57-61.
https://www.weekvandealfabetisering.nl/uploads/files/180809_Onderzoek_regionaalLG_SLS_ROA_public_170x240_v2016juni.pdf
- Rosman, A.N., Vlemmix, F., Beuckens, A., Rijnders, M.E., Opmeer, B.C., Mol, B.W.J., et al. (2014a). Facilitators and barriers to external cephalic version for breech presentation at term among health care providers in the Netherlands: A quantitative analysis. *Midwifery*, 30, e145-e150.
- Rosman, A.A., Vlemmix, F.F., Fleuren, M.M., Rijnders, M.M., Beuckens, A.A., Opmeer, B.B., et al. (2014b). Patients' and professionals' barriers and facilitators to external cephalic version for breech presentation at term: a qualitative analysis in the Netherlands. *Midwifery*, 30, 324-330.
- Say, R., Thomson, R., Robson, S. & Exley, C. (2013). A qualitative interview study exploring pregnant women's and health professionals' attitudes to external cephalic version. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 4.
- Stacey, D., Legare, F., Lewis, K., Barry, M.J., Bennett, C.L., Eden, K.B., et al. (2017).

- Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Library*.
- Vlemmix, F., Kuitert, M., Bais, J., Opmeer, B., Post, J., van der., Mol, B. W. et al. (2013). Patient's willingness to opt for external cephalic version. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14(1), 1-8.
- Vlemmix, F., Rosman, A.N., Hoven, S., Berg, S., Fleuren, M.A., Rijnders, M.E., et al. (2014). Implementation of external cephalic version in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Birth*, 41:4, 323-329.
- Vlemmix, F., Rosman, A.N., Rijnders, M.E., Beuckens, A., Opmeer, B.C., Mol, B.W., et al. (2015). Implementation of client versus care-provider strategies to improve external cephalic version rates: a cluster randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 518-526.
- Vlemmix, F., Warendorf, J.K., Rosman, A.N., Kok, M., Mol, B.W.J., Morris, J.M., et al. (2013). Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG*; 120(3):257-66.
- Zolingen, S.J., Klaassen, C.A. (2002). Selection processes in a Delphi study about key qualifications in Senior Secondary Vocational Education. *Technological Forecasting & Social Change* 70 (2013), 317-340.

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 5: Stellingen eerste Delphi ronde

Informatie deelnemers:

- Invullen score (Geheel oneens, Oneens, Neutraal, Eens, Geheel eens).
- Graag toelichting geven op de gemaakte score.

1. De ideale visuele ondersteuning geeft alleen de procedure van een uitwendige versie weer, geen randzaken zoals de logistiek.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

2. Bij de informatie over de uitwendige versie hoort ook de informatie over de modus partus na een geslaagde versie.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

3. Bij de informatie over de uitwendige versie hoort ook de informatie over de modus partus na een mislukte versie.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

4. Bij de informatie over de uitwendige versie hoort ook de informatie over de slagingspercentages.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

5. Bij de informatie over de uitwendige versie hoort ook de informatie over de pijnlijke ervaring.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

6. Bij de informatie over de uitwendige versie hoort ook de informatie over ontspanningstechnieken.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

7. Bij de informatie over de uitwendige versie hoort ook de informatie over het gebruik van medicatie.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

8. Bij visuele ondersteuning wordt aangegeven dat de uitwendige versie een keuze van de patiënt is en geen verplichting.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

9. De visuele ondersteuning moet ook alle mogelijke risico's van de uitwendige versie benoemen.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

10. Dient de visuele ondersteuning voorafgaand aan het counselingsgesprek gegeven te worden zodat er meer tijd is voor individuele toelichting.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

11. Dient de visuele ondersteuning voorafgaand aan het counselingsgesprek gegeven te worden zodat de zwangere een langere bedenktijd heeft?

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

12. Dient de informatie in de visuele ondersteuning sturend te zijn naar een uitwendige versie.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

13. Bij de informatievoorziening is het zinvol een zwangere aan het woord te laten die haar keuze voor een versie toelicht.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

14. Bij de informatievoorziening dient ook het gebruik van de echo en het CTG benoemd te worden.

Geheel oneens Oneens Neutraal Eens Geheel eens

--	--	--	--	--

Toelichting:

stelling.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Geheel eens	3	2	7	8	1	4	11	6	1	1		1	2	11
Eens	3	6	5	7	11	6	4	6	6	9	2	3	3	4
Neutraal	2	3			3	5		5	3	5	7	5	6	
Oneens	3	2	3					5	5		5	5	4	
Geheel oneens	4	2									1	1		

Rode stellingen: geen consensus bereikt

Zwarte stellingen: consensus bereikt

8.2. Bijlage 6: Stellingen tweede delphi ronde

Beste deelnemer.

Veel dank voor uw deelname aan de eerste ronde van mijn onderzoek.

Hieruit is naar voren gekomen dat er over 7 stellingen reeds consensus is bereikt. Over de 7 andere onderwerpen is nog geen consensus bereikt, deze zal ik u in deze tweede ronde opnieuw aanbieden voor een herbeoordeling. De stellingen zijn op basis van de feedback geherformuleerd of aangepast.

U kunt opnieuw reageren door de mate aan te geven waarin u het eens of oneens bent met de stelling. Daarbij is het voor de verwerking van de informatie van belang dat u een toelichting geeft op het gegeven antwoord.

1. Het is zinvol om in de voorlichtingsfilm korte fragmenten te tonen van logistieke zaken. Denk hierbij aan een fragment van een zwangere die zich meldt bij de balie, een fragment van het routenummer en van de afdeling waar de versie plaatsvindt.

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

2. Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat vrouwen eerder kozen voor een uitwendige versie wanneer zijn beseften dat ze daarmee de kans op een vaginale baring (en een eventuele thuisbevalling) verhoogden. Vlemmix et al. (2013)

Gezien de uitkomsten uit de literatuur is het zinvol om in de informatiefilm de informatie te geven over de kans op een vaginale baring na een geslaagde versie.

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

3. Het is zinvol om in de informatiefilm te benoemen dat een ontspannen houding en een rustige ademhaling tijdens de versie een positief effect heeft op de kans van slagen.

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

4. Het is zinvol om in de voorlichtingsfilm enkel de meest voorkomende risico's te benoemen (Tijdelijke CTG-afwijkingen (5.7%), Persisterende CTG-afwijkingen (0,36%), vaginaal bloedverlies (0.47%), spoedsectio (0.43%)

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

5. Bij vaststelling van de stuitligging krijgt de zwangere direct de link naar de informatiefilm zodat zij deze voorafgaand aan de counseling voor de uitwendige versie kan bekijken.

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

6. In de informatiefilm wordt de uitwendige versie als een gangbare behandeling met medisch advies aangeboden waarbij de zwangere de beslissing neemt om wel of niet voor een versie te kiezen.

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

7. Het is zinvol om in de informatiefilm een ervaringsdeskundige met een **geslaagde** uitwendige versie aan het woord te laten

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

8. Het is zinvol om in de informatiefilm een ervaringsdeskundige met een **niet geslaagde** uitwendige versie aan het woord te laten

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

9. Het is zinvol om de informatiefilm in andere talen aan te bieden middels een voice-over of ondertiteling.

Geheel eens eens oneens geheel oneens.

--	--	--	--

Toelichting:

stelling.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geheel eens	5	9	9	7	11	9	3	1		10
eens	7	5	5	8	4	5	5	3		5
oneens	3	1	1				6	8		
geheel oneens						1		1		

Rode stellingen: geen consensus bereikt

Zwarte stellingen: consensus bereikt

8.3. Bijlage 7: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Fleiss kappa ronde 1:

Subject	Rater														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	3	2	3	1	1	3	3	3	2	3	1	1	3	1
2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	1	1	3	3	2	3
3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
6	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
9	3	1	3	1	1	1	1	3	2	2	1	1	3	3	2
10	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1
11	3	3	1	3	2	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3
12	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2
13	1	3	2	1	2	3	1	2	2	2	1	1	3	2	3
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15															

Fleiss' Generalized Kappa															
Number of Raters:		15													
Number of Items:		14													
Number of Rating Categories:		3													
ρ_a		0,57346939													
Overall Rater Agreement															
kappa		0,19110691													
s ²		0,00039543													
z		9,61035386													
p		0,00000000													
LCI		0,15213128													
UCI		0,23008253													
Interrater Agreement by Category															
	κ_1	0,281225		κ_2	0,073324		κ_3	0,170442		κ_4	#####		κ_5	#WAARDE!	
	Var	0,038129			0,006856			0,006573			#####			#WAARDE!	
	SE	0,195266			0,082801			0,081074			#####			#WAARDE!	
	z	1,440217			0,885551			2,102310			#####			#WAARDE!	
	p	0,149806			0,375859			0,035526			#####			#WAARDE!	
	Upper CI	0,663947			0,235614			0,329347			#####			#WAARDE!	
	Lower CI	-0,101496			-0,088965			0,011538			#####			#WAARDE!	
	κ_6	#WAARDE!		κ_7	#WAARDE!		κ_8	#WAARDE!		κ_9	#####		κ_{10}	#WAARDE!	
	Var	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	SE	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	z	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	p	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	Upper CI	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	Lower CI	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	κ_{11}	#WAARDE!		κ_{12}	#WAARDE!		κ_{13}	#WAARDE!		κ_{14}	#####		κ_{15}	#WAARDE!	
	Var	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	SE	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	z	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	p	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	Upper CI	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	
	Lower CI	#WAARDE!			#WAARDE!			#WAARDE!			#####			#WAARDE!	

Fleiss kappa ronde 2:

Subject	Rater													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
8	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fleiss' Generalized Kappa														
Number of Raters:														
Number of Items:														
Number of Rating Categories:														
p_a			0,81098901											
Overall Rater Agreement														
kappa		0,22820513												
s^2		0,00109890												
z		6,88408297												
p		0,00000000												
LCI		0,16323176												
UCI		0,29317850												
Interrater Agreement by Category														
κ_1		0,228205		κ_2		0,228205		κ_3		κ_4		κ_5		
Var		0,188257				0,008770		#WAARDE!		#####		#WAARDE!		
SE		0,433886				0,093649								
z		0,525956				2,436822								
p		0,598919				0,014817								
Upper CI		1,078622				0,411757								
Lower CI		-0,622212				0,044654								
κ_6				κ_7				κ_8		κ_9		κ_{10}		
Var		#WAARDE!				#WAARDE!		#WAARDE!		#####		#WAARDE!		
SE														
z														
p														
Upper CI														
Lower CI														
κ_{11}				κ_{12}				κ_{13}		κ_{14}		κ_{15}		
Var		#WAARDE!				#WAARDE!		#WAARDE!		#####		#WAARDE!		
SE														
z														
p														
Upper CI														
Lower CI														