

# Shared decision making in de verloskundige praktijk in België

*Deherder et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2022) 22:551*  
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04890-x>

hogeschool  
**vives**





## — **Aanleiding**

- #genoeggezwegen, #metoo
- Bevallingservaring
  - Betrokkenheid bij besluitvorming
  - Tevredenheid bepaald door verwachtingen, zelfcontrole en pijnperceptie
  - Impact op gezondheidsresultaten moeder en kind
  - Toepassen van SDM
    - Uitdagend tijdens arbeid



## — **Onderzoeksvraag**

“Het doel van deze studie was om de ervaring van Vlaamse vrouwen met bevalling en geboorte, de tevredenheid over de ontvangen zorg, de mate waarin de Vlaamse vrouw betrokken is geweest bij deze zorg en de besluitvorming met betrekking tot deze zorg, te verkennen.”



## **Methode**

### *Opzet en setting*

- niet-interventionele cross- sectionale studie
- noordelijke regio van België, d.w.z. Vlaanderen

# Methode

## *Samenstelling vragenlijst*

### Combinatie van schalen

- Mothers Autonomy Decision Making scale (MADM) (Vedam, et al., 2019)
- Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ) (Truijens, et al., 2014)
- Labour Agency Scale (LAS) (Redman, 2003)
- 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) (Kriston et al., 2010; Marino- Narvaez, et al., 2021)
- de voorbereiding op de geboorte (vier vragen), geboorte-ervaring (één vraag) en persoonlijke en verloskundige kenmerken

Conceptvragenlijst werd 2 keer voorgelegd aan een steekproef van de doelpopulatie via de “thinking aloud” methode

## **Methode**

*Gegevensverzameling, onderzoekspopulatie en ethische overwegingen*

### Gegevensverzameling

- 3/3/20 – 15/6/20
- Anonieme, gestructureerde, online vragenlijst (Limesurvey)
- Verspreid via Facebook, Instagram en LinkedIn
- Goedkeuring ethische commissie

### Studiepopulatie:

- Vrouwen,  $\geq 18$ j, min. P1
- Ts 2 en 12 maanden postpartum

# **Methode**

## *Datacollectie en verwerking*

- SPSS versie 25
- Beschrijvende statistiek
- Relaties met MADM schaal via Linear mixed- effects model (forward/backward)
- P- waarde van 0,05

# Resultaten

Steekproef

Variabele		Nn (%)
Persoonskenmerken		
Leeftijd bij geboorte	≥18 to 29 jaar	307 (49,8)
	≥30 to 34 jaar	249 (40,4)
	≥35 jaar	61 (9,9)
Opleiding	Geen, lager of middelaar onderwijs	104 (16,9)
	Bachelor opleiding	283 (45,9)
	Master opleiding	230 (37,3)
Pariteit	1	335 (54,3)
	2	216 (35,0)
	≥3	66 (10,7)
Verloskundige kenmerken		
Zwangerschapduur	≤ 37 weken	75 (12,2)
	≥ 38 - 40 weken	333 (54,0)
	> 40 weken	209 (33,9)
Wijze van bevallen	Spontane bevalling	298 (48,3)
	Vacuüm	29 (4,7)
	Primaire sectio	237 (38,4)
	Secundaire sectio	53 (8,6)
Epidurale analgesie	Ja	377 (61,1)
	Nee	240 (38,9)
Complicaties		
Complicaties tijdens de arbeid (bij vrouw en/ of baby)	Ja	177 (28,7)
	Nee	439 (71,2)
Complicaties tijdens de bevalling (bij vrouw en/ of baby)	Ja	168 (27,2)
	Nee	449 (72,8)
Complicaties tijdens na de bevalling (bij vrouw en/ of baby)	Ja	121 (19,6)
	Nee	496 (80,4)

# Resultaten

*subschalen*

	Mean score $\pm$ SD	Median	P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub>	(IQR)	Min - Max
MADM midwife	29.4 $\pm$ 10.4	30	22 - 39.5	(17.5)	7 - 42
MADM obstetrician	18.4 $\pm$ 7.2	19.5	13 - 22.5	(9.5)	7 - 42
SDM-Q9	27.5 $\pm$ 12.3	27.5	27.5 - 37.5	(10)	0 - 45
Birth experience	7.1 $\pm$ 2.6	9	9 - 9	(0)	1 - 9
PCQ	37.9 $\pm$ 6.0	38	34 - 43	(9)	13 - 50
LAS	57.3 $\pm$ 12.4	59	50 - 66.5	(16.5)	11 - 77

# Resultaten

*Linear Mixed Model*

Variabele	B estimate ± SD	T waarde	P waarde
Zorgverlener			< 0.001
Gynaecoloog	<i>Ref.</i>		
Vroedvrouw	10.889 ± 0.452	24.082	< 0.001
LAS	0.068 ± 0.023	2.934	0.003
PCQ	0.490 ± 0.047	10.352	< 0.001
Epidurale analgesie			0.026
Nee	<i>Ref.</i>		
Ja	1.114 ± 0.500	2.227	0.026
'Ik heb voldoende voorlichting gekregen over het normale verloop van een bevalling.'			< 0.001
Akkoord	<i>Ref.</i>		
Neutraal	-1.504 ± 0.724	-2.077	0.038
Niet akkoord	-4.070 ± 0.863	-4.716	< 0.001

## — Discussie

### *Ervaring van autonomie bij het nemen van beslissingen*

- Hogere mate van autonomie bij vroedvrouw versus gynaecoloog
- Lagere score dan Canada (Md >40) en Nederland (Md = 35)
- Verschil in zorgmodellen, opleiding zorgverleners, wettelijke normen en vergoedingen voor prenatale bezoeken en beschikbare tijd voor SDM
- Onderzoek naar verschillen in mate autonomie tussen zorgverlener
  - Voorziene tijd per consult = determinant
  - Inspanning van vroedvrouwen rond SDM = verklarende factor?



## — **Discussie**

*Belangrijke factoren in ervaring van autonomie in besluitvorming*

- Zelfcontrole en zelfwaardering
- Spoedsituaties en complicaties
  - Zelfrapportage
- Voorbereiding op de bevalling en de kwaliteit van de informatie
- SDM ≈ Geboorteplan/ geboortewensen
- Kwaliteit van de waargenomen zorg
- Zorgmodel



## **— Discussie**

- Focus op 2 verschillende zorgverleners
- Rekrutering van de steekproef
- 1/3 sectio
- Exclusie van bevallingen 1<sup>ste</sup> lijn
- Covid pandemie



## — **Conclusie**

- Ervaren van een matige autonomie bij besluitvorming
- Meer aandacht voor autonomie en gedeelde besluitvorming
- Zorgverleners geïnformeerd over belang SDM
- Zorgvragers informeren over SDM

**VIA ZORGETHISCHE DIALOOG NAAR GEDEELDE  
BESLUITVORMING IN DE VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK**

 hogeschool  
**VIVES**





## **Gedeelde besluitvorming is ...**

1. Erkenning geven aan elkaar rol en expertise
2. Keuzebewustzijn
3. Een proces dat dialoog vraagt
4. Een vertrouwensband opbouwen
5. Op maat werken
6. Tijd nemen
7. Informeren
8. Een verantwoordelijkheid als team
9. Transparantie over het ziekenhuisbeleid
10. Een goede samenwerking met de eerste lijn

# Implementatiegids

<https://www.vives.be/nl/onderzoek/zorginnovatie/via-zorgethische-dialog-naar-gedeelde-besluitvorming-de-verloskundige>

- Wat?
- Waarom?
- Hoe? Methodieken
- Aanbevelingen
- Voorbeelden

## GEDEELDE BESLUITVORMING IN DE VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK IMPLEMENTATIEGIDS



### Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek

Elke Deherder, Rozemarijn Dereuddre, Lisa Kerckhof, Laurence Pisvin & Sien Seynhaeve  
Expertisecentrum Zorginnovatie

# Begeleiding bij implementatie

- <https://www.vives.be/nl/onderzoek/zorginnovatie/via-zorgethische-dialogo-naar-gedeelde-besluitvorming-de-verloskundige>

## Dienstverleningsaanbod

Gedeelde besluitvorming in de verloskundige praktijk

Gedeelde besluitvorming binnen jouw verloskundig team optimaliseren?

Op zoek naar een gemeenschappelijk gedragen visie?

Wij bieden een **workshop** rond gedeelde besluitvorming aan waarin we jullie laten kennismaken met het thema, maar jullie ook laten proeven van een methodiek die we hanteren om een gedeelde visie en actieplan te creëren in jullie team omtrent gedeelde besluitvorming. We starten steeds van jullie huidige situatie op basis van het delen van ervaringen met elkaar, en dit in een veilige, positieve omgeving. Kies je voor een **volledig groeitraject**, dan verkennen we uitgebreid hoe jullie vandaag werken op vlak van gedeelde besluitvorming, testen we samen acties uit en sturen we bij op basis van de nieuwe ervaringen.

Ben je getriggerd? Meer info vind je via de QR-code, neem gerust verder contact en dan bekijken we de mogelijkheden.



QR-code



Praktisch

- **Workshop gedeelde besluitvorming**
  - 1,5 uur
  - Ongelimeerd aantal deelnemers in een organisatie
  - Datum in overleg te bepalen
- **Groeitraject**
  - Vroedkundig team van 8 tot 10 deelnemers (vroedvrouwen én gynaecologen)
  - 8 bijeenkomsten van 3 uur, gespreid over één jaar. Data in overleg te bepalen.
  - Tussen de bijeenkomsten ga je op eigen tempo aan de slag.
  - Jullie creëren breed draagvlak, houden het volledige team op de hoogte en nemen feedback van collega's mee naar de bijeenkomsten.

VIVES Hogeschool – Onderzoeksgroep Care Ethics

Business Developer [Peter.Burggraeve@vives.be](mailto:Peter.Burggraeve@vives.be)

Hoofd [Lisa.Kerckhof@vives.be](mailto:Lisa.Kerckhof@vives.be)

Vraag gerust een vrijblijvende offerte aan



