

De ervaringen en de verloskundige zorgbehoeften van cliënten in de transitie van subfertiliteit naar ouderschap: een kwalitatieve studie.ⁱ

Catja Warmelink, Wietske Adema, Annelies Pranger en Paul de Cockⁱⁱ

Catja Warmelink (docent bij de Verloskunde Academie Groningen) heeft in 2011 op de Dag van het Onderzoek met haar studenten Lilian Alberts, Daniëlle Bouma, Simone Brandt en Joske Huitema de Onderzoeksprijs 2011 van Inholland gewonnen voor het project 'Eindelijk Zwanger'. De Onderzoeksprijs werd toegekend, omdat het een maatschappelijk relevant, praktijkgericht onderzoeksproject betrof en er een duidelijk relatie lag met het onderwijs. Met deze aanmoediging heeft Catja samen met andere studenten verder kunnen gaan met het onderzoek. Het gewonnen geldbedrag heeft het mogelijk gemaakt twee onderzoeksverslagen te laten vertalen en aan te bieden aan internationale wetenschappelijke tijdschriften. Eén artikel gaat over hoe vrouwen die 'eindelijk' zwanger zijn geworden en hun partners na een geslaagde vruchtbaarheidsbehandeling terugkijken op de periode waarin zwanger worden niet vanzelf ging. Dit artikel is 'under review' bij een internationaal tijdschrift. Eén ander artikel [1] is reeds gepubliceerd en wordt hieronder in verkorte vorm gepresenteerd.

LEERPUNTEN

Wat is bekend?

- De zwangerschap, de bevalling en de postpartum periode na een vruchtbaarheidsbehandeling wordt volgens de VIL als 'normaal' en fysiologisch beschouwd, en de zorg vindt plaats door de eerstelijns verloskundige.
- Uit onderzoek blijkt dat een zwangerschap na een subfertiële periode psychologisch en medisch gezien niet altijd een 'normale' zwangerschap is.
- Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de ervaring van deze 'eindelijk zwangeren', en geen onderzoek naar de zorg door eerstelijns verloskundigen aan deze doelgroep.

Wat is nieuw?

- Ons onderzoek brengt de ervaringen en verloskundige zorgbehoeften in kaart van vrouwen en hun partners die zwanger zijn geworden door een vruchtbaarheidsbehandeling.
- Onze studie laat de paradoxale behoefte zien van 'eindelijk' zwangeren. Cliënten die na een fertiliteitstraject zwanger worden, willen graag het gevoel hebben dat ze nu een 'gewone' zwangerschap hebben. Maar tegelijkertijd, is er wel een behoefte aan meer zorg en aandacht.
- Met de resultaten kan een bijdrage worden geleverd aan onderzoek, onderwijs en praktijk over een groeiende groep cliënten.

SAMENVATTING

Methode: Volgens de gefundeerde-theoriebenadering en het interpretatief/constructief paradigma zijn in 2011 twee paren en zeven vrouwen met een zwangerschap ontstaan na een fertiliteitbehandeling geïnterviewd en de transcripten van deze interviews geanalyseerd.

Resultaten: De vrouwen en hun partners geven aan de ene kant aan normale zwanger te willen zijn, maar hebben aan de andere kant ook behoefte aan begrip voor hun voortraject, meer aandacht voor psychosociale begeleiding en willen meer controles en echo's ter bevestiging van de zwangerschap.

Conclusie en implicaties: Onze studie laat de paradoxale behoefte van cliënten zien die 'eindelijk' zwanger zijn geworden. Verloskundigen kunnen zich meer bewust worden dat zwanger worden niet

altijd vanzelf gaat en een actievere rol aannemen in het begeleiden en 'empoweren' van vrouwen en hun partners in de transitie van subfertiliteit naar ouderschap.

INLEIDING

Het percentage kinderen dat geboren wordt na een vruchtbaarheidsbehandeling is in Nederland gestegen van 1,3% in 1996 naar 4,3% in 2013 [2,3]. Een zwangerschap na een vruchtbaarheidsbehandeling wordt volgens de Verloskundige Indicatie Lijst als een fysiologische zwangerschap gezien en de vrouwen die 'eindelijk zwanger' zijn en hun partners kunnen verder door de eerstelijns verloskundige worden begeleid. Deze subfertiele cliënten hebben echter al een heel zorgtraject in de tweede lijn achter de rug, voordat ze in de eerste lijn terecht komen. Het lijkt dan ook belangrijk dat de verloskundige rekening houdt met het voortraject, de fysieke en psychosociale beleving van deze cliënten en hun behoefte aan verloskundige zorg. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de ervaring van deze 'eindelijk zwangeren', en geen onderzoek naar de zorg door eerstelijns verloskundigen aan deze doelgroep.

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen en zorgbehoeften van vrouwen en hun partners die zwanger zijn geworden door een vruchtbaarheidsbehandeling.

METHODE

Volgens de gefundeerde-theoriebenadering en het interpretatief/constructief paradigma [4] zijn in 2011 twee paren en zeven vrouwen met een zwangerschap ontstaan na een fertiliteitbehandeling geïnterviewd door CW (psycholoog, ervaringsdeskundige, ervaren interviewer) en studentengroep A aan de hand van een topic list. De transcripten van deze interviews zijn geanalyseerd door CW, WA en AP (verloskundestudenten), onder supervisie van PdC (psycholoog, ervaren onderzoeker).

RESULTATEN

De elf geïnterviewden kwamen uit verschillende delen van het land. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 34,1 jaar en de mannen 33,5 jaar. Het duurde gemiddeld meer dan 2 jaar om zwanger te worden. De oorzaak van de subfertiliteit lag bij de vrouw (2x), de man (4x), bij allebei (1x) of de oorzaak was onbekend (2x). Er zijn verschillende vruchtbaarheidsbehandelingen gebruikt, onder meer Intra-Uteriene Inseminatie (IUI), In Vitro Fertilisatie (IVF), Intra-Cytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI) en donorinseminatie.

Uit de analyse van de transcripten komt een paradoxale zorgbehoefte naar voren. De vrouwen en hun partners geven enerzijds aan normaal zwanger te willen zijn, maar hebben anderzijds ook behoefte aan begrip voor hun voortraject, meer aandacht voor psychosociale begeleiding en willen meer zorg (controles en echo's ter bevestiging van de zwangerschap). Hieronder volgen citaten die de resultaten illustreren en waarin praktische tips gegeven worden door de geïnterviewden.

Paradoxaal: Niet normaal/wel normaal

- *"Ik ben nu normaal zwanger.... ik wilde eigenlijk wel heel graag uit het ziekenhuis. Ik wilde gewoon naar het normale, gewoon door een verloskundige begeleid worden."*
- *'..je associeert het [ziekenhuis] met drama en veel spanning en verdriet. Naar de verloskundige is als een soort verse start zonder al die ballast en dan mag je alleen maar gewoon zwanger zijn'".*
- *"Voor mij was het niet een normale zwangerschap... kijk, weet je, iedere vrouw die zwanger wordt op een natuurlijke manier gaat er waarschijnlijk van uit dat ze nog minimaal nog een kind krijgt of, denkt in ieder geval niet na, dit is mijn enige keer."*

Begrip voor impact van voortraject

- *“ICSI, nou daar hebben we het dus nooit over gehad. Daar heeft ze nooit echt naar gevraagd van goh, is er iets gebeurd, of hoe is het gegaan en misschien komt het wel voort uit dat ze niet zo goed weet hoe dat allemaal gaat.”*
- *“[in kraambed]...echt ...zes, zeven verschillende mensen [die] het anticonceptiepraatje komen houden.....ik weet het nu wel een keer!”*

Psychosociale begeleiding

- *“...het hele voortraject heel spannend... en dat ik daar toch gewoon heel even over wou praten. Dat het dan toch gewoon heel spannend blijft de zwangerschap. En dat je je gewoon even begrepen voelt. Gewoon begrip tonen ja dat vind ik eigenlijk wel het belangrijkste.”*
- *“..Er moet ons geleerd worden om te vertrouwen...zorg als verloskundige dat je in ieder geval iets van laagdrempeligheid uitstraalt.”*

Zorgbehoefte

- *“..Nou, ik snap ook niet hoe mensen in hemelsnaam zes weken kunnen wachten, terwijl je niks voelt, ja, behalve dat overgeven dan. Niet bewegen of een hartje hoort of wat dan ook. Dan had ik toch wel weer even die bevestiging nodig en dat kon allemaal gewoon.”*
- *“..fijn, ..ik mocht bij mijn verloskundige ook wat vaker komen als ik dat wilde, of dat vroeg ze: nou wanneer wil je weer komen.... En dan wou ik ook niet de deur bij haar plat lopenwel fijn, ja dat je dan even weer werd nagekeken”.*

Praktische tips voor verloskundigen gegeven volgens geïnterviewden

- Besteed expliciet aandacht aan het voortraject door te vragen naar de medische voorgeschiedenis, naar de gevoelens van de partner en te werken aan gevoel van vertrouwen;
- Geef het gevoel dat cliënten nu een ‘gewone’ zwangerschap hebben;
- Vraag naar de zorgbehoefte;
- Bied de gelegenheid om vaker op consult te komen;
- Wees beschikbaar: geef de cliënt ruimte om laagdrempelig te bellen;
- Wees zelf actief: kom een aantal keer terug op de gevoelens rondom het voortraject en het komend ouderschap;
- Neem tijd voor deze doelgroep.

DISCUSSIE

In onze studie geven subfertiele vrouwen aan vaker naar de verloskundige te willen gaan om het hartje te horen; de tijd tussen de afspraken in het begin van de zwangerschap, zoals aanbevolen door de KNOV [5], kan ontoereikend zijn voor deze groep [6]. Een kwalitatieve Nederlandse studie [7] laat zien dat alle zwangeren graag proactieve, psychosociale ondersteuning van hun eerstelijns verloskundige willen. Onze studie voegt daar toe dat subfertiele cliënten ook graag meer controles en echo's ter bevestiging van de zwangerschap zouden willen hebben, dat kan echter ook de wens zijn van vrouwen die ‘normaal’ zwanger zijn geworden.

Eenzijds kan de overgang naar het moederschap een belangrijke levensgebeurtenis zijn voor alle nieuwe moeders [8]. Anderzijds blijkt uit onderzoek dat een zwangerschap na een subfertiele periode psychologisch en medisch niet altijd een normale zwangerschap is. Vrouwen die door middel van IVF zwanger werden, waren angstiger dan degenen die ‘normaal’ zwanger werden [6,9-11]. Studies laten

complicaties zien, zoals verhoogd risico van vroegtijdige geboorte en laag geboortegewicht [12-17], waardoor de zorgen van onze geïnterviewden niet irrealistisch lijken.

Om meer aandacht en beter zorg te bieden, zouden verloskundigen over meer kennis moeten beschikken [6,10,18]; echter, het onderwerp kwam amper aan bod tijdens de opleiding. Verder vindt er nauwelijks intercollegiale overdracht plaats; de fertilitiearts geeft doorgaans geen (schriftelijke) overdracht aan de verloskundige.

Een sterk punt van ons onderzoek zijn de maatregelen om de validiteit te bevorderen [4, 19]. Zo zijn er bij dit onderzoek meerdere disciplines (medisch, psychologisch) betrokken (triangulatie) en hebben bijvoorbeeld de geïnterviewden op verschillende momenten een member check kunnen doen. De onderzoeksresultaten zijn voorgelegd aan verloskundigen en ervaringsdeskundigen (peer review) op het nationaal congres 'Kennispoort Verloskunde' en internationaal congressen 'Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology' en 'Human Reproduction'. Een aandachtspunt is dat er tijdens de interviews nieuwe onderwerpen naar voren kwamen over de kraamperiode, zoals borstvoeding en informatie over anticonceptie. Aangezien verzadiging hierin niet werd bereikt, is verder onderzoek naar deze kraamperiode nodig.

CONCLUSIE

Onze studie laat de paradoxale behoefte van cliënten zien die 'eindelijk' zwanger zijn geworden. Vrouwen die na een fertiliteitstraject zwanger worden, willen graag het gevoel hebben dat ze nu een 'gewone' zwangerschap hebben. Maar tegelijkertijd, is er wel een behoefte aan meer zorg en aandacht. Dat kan een lastige balans zijn voor eerstelijns verloskundigen: het helpen normaliseren, maar toch extra aandacht geven voor het voortraject en de zorgbehoeften die bij deze groep leven. (Toekomstige) verloskundigen kunnen zich meer bewust worden dat zwanger worden niet altijd vanzelf gaat en een actievere rol aan nemen in het begeleiden en 'empoweren' van vrouwen en hun partners in de transitie van subfertiliteit naar ouderschap.

Dankzegging

De auteurs bedanken de geïnterviewden en de patiëntenvereniging Freya. Verder willen we de studenten van de VAG bedanken: groep A (Lilian Alberts, Daniëlle Bouma, Simone Brandt en Joske Huitema) voor het interviewen van de twee koppels en groep B (Amanda van der Wal, Irma van der Meer, Annette Zijlstra en Indira Rojer) en C (Rianke van der Maas, Milou Pijper en Francis Strating) voor hun eerdere bijdrage aan dit onderzoek. We willen INholland bedanken voor het toekennen van de onderzoeksprijs aan dit onderzoek.

Literatuurverwijzingen

1. Warmelink JC, Adema W, Pranger A, de Cock TP. Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood – a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015 Nov 23:1-9
2. Kremer J, Wiersma TJ., Breejen den E. Knijnenburg J, Nelen WLD, et al. Landelijke netwerkrichtlijn Subfertiliteit. NVOG, 2010
3. Perinatal Registry (PRN foundation). Perinatal Care in the Netherland 2010. Utrecht: The Perinatal Registry; 2013
4. Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers, 2008.
5. de Boer J, Zeeman K. Prenatale verloskundige begeleiding. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 2008.

6. Younger, M., Hollins-Martin, C., Choucri, L., 2015. Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery*. 31(2), 265-70
7. Seefat - van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens, I. Women want proactive psycho-social support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery* 2010;27:127-122.
8. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 2010;26(3):357-66.
9. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM. Women's emotional adjustment to IVF: a systemic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update* 2007;13:27-36.
10. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Matthiesen AS, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:152-61.
11. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2004;81:1254-64.
12. Allen VM, Wilson RD, Cheung A. Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28:220-50.
13. Davies MJ, Moore VM, Willson KJ, Van Essen P, Priest K, Scott H, Haan EA, Chan A. Reproductive technologies and the risk of birth defects. *N Engl J Med*. 2012 May 10;366(19):1803-13.
14. Land JA, Evers JLH. Risks and complications in assisted reproduction techniques: Report of an ESHRE consensus meeting. *Hum Reprod* 2003;18:455-457.
15. Hansen M, Bower C, Milne E, de KN, Kurinczuk JJ. Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects--a systematic review. *Hum Reprod* 2005;20:328-38.
16. McDonald SD., Han Z., et al., Preterm birth and low birth weight among in-vitro-fertilization singletons: a systematic review and meta-analyses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;146:138-48
17. Seggers J, de Walle HE, Bergman JE, Groen H, Hadders-Algra M, Bos ME, Hoek A, Haadsma ML. Congenital anomalies in offspring of subfertile couples: a registry-based study in the northern Netherlands. *Fertil Steril*. 2015 Apr;103(4):1001-1010.e3.
18. Papaharitou S, Nakopoulou E, Moraitou M. Assisted reproduction and midwives: student and certified midwives educational needs on reproductive biology. *Sexual and reproductive healthcare* 2010;1:163-168.
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19:349-357

ⁱ Dit onderzoeksverslag wordt binnenkort gepubliceerd in het Tijdschrift voor Verloskundigen en is een verkorte Nederlandse weergave van het artikel van Warmelink JC, Adema W, Pranger A, de Cock TP. Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood – a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015 Nov 23:1-9 [1].

ⁱⁱ Mw. drs. Catja Warmelink is seniordocent bij de Verloskunde Academie Groningen (VAG) en promovendus bij de Vakgroep Midwifery Science, AVAG en **EMGO**, VUmc; mw. Wietske Adema (BSc, RM) en mw. Annelies Pranger (BSc, RM) zijn verloskundigen en werken in de eerste lijn; dhr. dr. Paul de Cock werkte als senioronderzoeker bij de Vakgroep Midwifery Science, AVAG en **EMGO**, VUmc en als docent bij de VAG. Correspondentie: catja.warmelink@inholland.nl