



Kennisnotitie

Betrekken van het cliëntperspectief bij de evaluatie van integrale bekostiging van de geboortezorg

Samenvatting

In Nederland zijn de afgelopen jaren maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren, onder andere door te experimenteren met integrale bekostiging. Dit moet samenwerking tussen zorgverleners bevorderen en zo de zorg voor zwangeren verbeteren. Het RIVM onderzoekt sinds 2015 de effecten hiervan op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg.

In dit onderzoek is specifiek gekeken naar het cliëntperspectief, wat in eerdere evaluaties vaak ontbrak. Het doel van dit onderzoek was om thema's te identificeren die voor cliënten belangrijk zijn en om die reden onderdeel zouden moeten zijn van evaluaties van bekostigingshervorming in de geboortezorg, zodat onderbouwde beleidskeuzes mogelijk zijn.

Uit interviews met vrouwen die recent bevallen waren, kwamen vooral thema's naar voren die te maken hebben met de persoonlijke zorgervaring. Deze cliënten hechten veel waarde aan patiëntgerichtheid, communicatie, keuzevrijheid, informatievoorziening, continuïteit en samenwerking tussen zorgverleners.

Vervolgonderzoek is nodig om de gevonden thema's te toetsen onder een grotere, meer diverse groep deelnemers, vooral onder personen in kwetsbare situaties. Dit kan inzicht geven in of er een hiërarchie in cliëntvoorkeuren bestaat en of sommige cliënten juist meer belang hechten aan systeemniveau-thema's zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De overheid en zorgverzekeraars blijven verantwoordelijk om deze systeemaspecten te bewaken. Het cliëntperspectief is dus vooral een relevante aanvulling op de bestaande thema's in evaluaties van bekostigingshervorming in de geboortezorg.

Kernwoorden: integrale bekostiging, geboortezorg, monitoring, evaluatie, cliënten

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 088 689 89 89

Auteurs:

ZTM Scheefhals,
AJ Brouwer-Prusak,
MPH Koster

Centrum:

VZM

Contact:

Zoë Scheefhals,
zoe.scheefhals@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2025-0123

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2025-0123

Datum:

9 februari 2026

Aanleiding

In de afgelopen jaren zijn er veel maatregelen genomen om de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland te verbeteren. De aanleiding hiervoor was een hoog perinataal sterftecijfer in vergelijking met andere Europese landen (1, 2). Om de samenwerking tussen zorgprofessionals in de geboortezorg te stimuleren, en daarmee de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) het vanaf 2017 mogelijk gemaakt om te experimenteren met integrale bekostiging van de geboortezorg (3-5) (zie Tekstbox 1).

Tekstbox 1: Integrale bekostiging van de geboortezorg

In regio's die ervoor kiezen om over te stappen op integrale bekostiging, vervangt dit de traditionele monodisciplinaire bekostiging. Bij monodisciplinaire bekostiging ontvangt iedere zorgaanbieder afzonderlijk een vergoeding voor de door hen geleverde zorg. In het integrale model wordt de zorg voor een cliënt vanuit verloskunde, gynaecologie en kraamzorg samengevoegd. De zorgverzekeraar betaalt een totaalbedrag, opgebouwd uit meerdere deelprestaties, aan een samenwerkingsverband van verschillende zorgaanbieders. Om integrale bekostigingscontracten te sluiten, verenigen geboortezorgaanbieders zich namelijk in een juridische entiteit: de integrale geboortezorgorganisatie (IGO). De geboortezorgaanbieders zijn eigenaar van de IGO.

IGO's sluiten contracten met zorgverzekeraars voor de zorg gedurende de zwangerschap, tijdens de bevalling en in de kraamperiode. Deze contracten bevatten onder meer afspraken over minimale kwaliteitseisen, het tarief (verdeeld in negen deelprestaties), de vergoeding van overheadkosten en de verantwoordingsinformatie voor de verzekeraar. Binnen de IGO wordt vervolgens afgesproken wie welke zorg levert en hoe het integrale tarief verdeeld wordt, afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten van elke zorgaanbieder. De IGO zelf levert geen zorg, dit wordt alleen gedaan door de aangesloten zorgaanbieders.

Doordat integrale bekostiging een andere werkwijze teweegbrengt, kan dit de samenwerking tussen disciplines versterken en financiële drempels voor samenwerking wegnemen, wat mogelijk bijdraagt aan betere kwaliteit en gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind. Bovendien kan dubbele en niet-passende zorg hierdoor verminderd worden, wat weer een positief effect op de zorguitgaven kan hebben.

In 2017 zijn zes regio's vrijwillig overgestapt op integrale bekostiging. In 2019 kwamen hier nog twee regio's bij en in 2021 nog één. Inmiddels is één regio weer gestopt met integrale bekostiging. In 2022 is besloten, na zes jaar experimenteren, om het integrale bekostigingsmodel per 1 januari 2023 regulier in te voeren, naast het bestaande monodisciplinaire model. Regio's behouden daarbij de vrijheid om zelf te kiezen welk model zij hanteren.

Het RIVM evalueert al sinds 2015 (de aanloop naar) het experiment met integrale bekostiging van de geboortezorg. De [RIVM-monitor 'Passende bekostiging van de geboortezorg'](#) heeft als doel om inzicht te geven in: 1) de opzet van, en ervaringen met, de organisatie van de geboortezorg na invoering van de IGO's en integrale bekostiging, en 2) de effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geboortezorg. Tot nu toe zijn binnen de monitor diverse methoden (kwalitatief, kwantitatief, Q-methodologie) toegepast om deze vragen te beantwoorden (6-8). Daarnaast zijn perspectieven van verschillende stakeholders meegenomen, zoals

zorgaanbieders/-verleners, zorgverzekeraars, beleidsmakers, onderzoekers en andere experts. Hoewel er al veel aandacht is geweest voor de ervaringen van medische en bestuurlijke actoren ontbreekt het cliëntperspectief tot op heden in de evaluatie van integrale bekostiging van de geboortezorg. Ook in andere evaluaties van alternatieve bekostigingsmodellen in de zorg ontbreekt het cliëntperspectief vaak (9-13). Het betrekken van het cliëntperspectief bij evaluaties van bekostigingshervormingen is niet eenvoudig. Veel cliënten merken in het dagelijks leven weinig van een bekostigingshervorming en kennen de termen, veranderingen en gevolgen vaak niet. Toch is juist het verbeteren van hun gezondheid en ervaring een belangrijke reden voor de hervorming. Daarom is het belangrijk om manieren te vinden om cliënten, en onderwerpen die voor cliënten belangrijk zijn, toch te betrekken in evaluaties van bekostigingshervormingen, zodat het cliëntperspectief kan meewegen bij beleidskeuzes.

In dit onderzoek voeren we een eerste verkenning uit van thema's die voor cliënten van de geboortezorg belangrijk zijn en om die reden onderdeel moeten zijn van evaluaties van bekostigingshervorming in de geboortezorg. Op die manier kunnen we niet alleen beoordelen wat de impact van het nieuwe bekostigingsmodel is op de al bestaande thema's in huidige evaluaties zoals gezondheidsuitkomsten, zorggebruik en zorguitgaven, maar ook inzicht krijgen in de impact op de thema's die voor cliënten belangrijk zijn. Op die manier kan het cliëntperspectief ook meewegen in beleidskeuzes over bekostigingshervorming in de geboortezorg.

Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd via interviews in één van de acht regio's waar integrale bekostiging is ingevoerd. Binnen deze regio maakten zeven eerstelijns verloskundigenpraktijken, één ziekenhuis en zeven kraamzorgorganisaties deel uit van de geselecteerde IGO. Vijf van de zeven verloskundigenpraktijken hebben meegedaan aan de werving van deelnemers voor dit onderzoek.

De doelgroep voor dit onderzoek bestond uit vrouwen die 1) bevallen waren tussen één en zes maanden voor de start van het onderzoek, en 2) geboortezorg hadden ontvangen van één of meerdere zorgaanbieders die onderdeel zijn van de geselecteerde IGO. Vrouwen werden via hun zorgverleners benaderd voor deelname aan het onderzoek via sociale media, mondeling tijdens consulten en door het uitdelen van flyers bij nacontroles. Bij de werving werd gestreefd naar een diverse samenstelling van deelnemers op basis van leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus, aanwezigheid van een partner, samenstelling van het huishouden, land van herkomst, zwangerschapsduur bij bevalling, en het ontvangen van reguliere versus complexe zorg. Daarnaast was het streven om deelnemers te werven bij alle aangesloten zorgaanbieders binnen de betreffende IGO. Vrouwen die interesse hadden om deel te nemen, konden contact opnemen met het onderzoeksteam voor aanvullende informatie en om zich eventueel aan te melden en een interview in te plannen. De werving werd beëindigd toen er geen nieuwe thema's meer naar voren kwamen in de interviews.

Om richting te geven aan de interviews, werd een leidraad gebruikt met vragen en onderwerpen die vooraf waren opgesteld aan de hand van een voor dit onderzoek ontwikkeld theoretisch kader (zie bijlage 1). Relevante wetenschappelijke literatuur en eerder onderzoek vormden hiervoor de basis. De hoofdonderwerpen uit het theoretisch kader stonden centraal in de leidraad, namelijk: gezondheid, kwaliteit van zorg, zorggebruik, ervaring en kosten voor de cliënt.

De interviews vonden plaats op locatie of online. Deelnemers gaven vooraf toestemming voor deelname en opname van het interview. Elk interview begon met een korte uitleg over het onderzoek en de bredere context ervan. De verzamelde gegevens werden geanonimiseerd voordat ze werden opgeslagen. De interviews werden vervolgens woordelijk uitgetypt en daarna met MAXQDA 24 thematisch gecodeerd aan de hand van het theoretisch kader (bijlage 1).

Resultaten

Kenmerken van deelnemers en deelnemende organisaties

Negentien personen hebben meegedaan aan dit onderzoek: achttien vrouwen die geboortezorg ontvingen en één mannelijke partner die samen met zijn partner aan een van de interviews deelnam. Deze deelnemers hadden geboortezorg ontvangen van één van de vijf verloskundigenpraktijken van de zeven die onderdeel zijn van de IGO, en van één van de vier kraamzorgorganisaties van de zeven binnen de IGO. Veertien deelnemers ontvingen tijdens de zwangerschap en/of bevalling zorg vanuit het ziekenhuis.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 31 jaar (zie Tabel 1). Alle deelnemers waren in Nederland geboren, hadden een partner en waren zwanger van één kind (dat wil zeggen geen tweelingen of meerlingen). Eén deelnemer had geen betaalde baan. De meeste deelnemers hadden een hbo opleiding afgerond. De helft van de deelnemers had eerder geboortezorg ontvangen; voor de andere helft was dit de eerste ervaring met geboortezorg. Tweederde van de deelnemers beviel in het ziekenhuis.

Tabel 1. Kenmerken van deelnemers

Achtergrondkenmerken		Gemiddelde (min-max) Aantal (%)	Geboortezorgkenmerken		Gemiddelde (min-max) Aantal (%)
Leeftijd (in jaren)		31 (24-42)	Eerdere ervaring met geboortezorg		
Geslacht				Ja	9 (47.4)
	Man	1 (5.3)		Nee	10 (52.6)
	Vrouw	18 (94.7)	Geboortezorg ontvangen in het ziekenhuis		
	Non-binair of anders	-		Ja	14 (73.6)
Geboren in Nederland				Nee	5 (26.4)
	Ja	19 (100)	Type bevalling		
	Nee	-		Vaginale bevalling thuis	6 (31.6)
Hoogst afgeronde opleiding				Vaginale bevalling in het ziekenhuis	9 (47.4)
	Middelbare school	1 (5.3)		Keizersnede	4 (21.1)
	Mbo	7 (36.8)	Eenling- of meerlingzwangerschap		
	Hbo	8 (42.1)		Eenling	19 (100)
	Wo	3 (15.8)		Tweeling of meerling	-
Betaald werk			Zwangerschapsduur bij bevalling (in weken)		39 (34-41)
	Ja	18 (94.7)	Aantal weken sinds bevalling (ten tijde van het interview)		11.6 (5-24)
	Nee	1 (5.3)			
Partner					
	Ja	19 (100)			
	Nee	-			
Gezinssamenstelling					
	3	11 (57.9)			
	4	8 (42.1)			

Resultaten uit de interviews

Hieronder presenteren we de thema's die uit de interviews naar voren kwamen. We beginnen met de thema's die het meest besproken werden door cliënten en eindigen met de thema's die minder prominent waren. Veel van deze thema's houden verband met elkaar en kunnen niet volledig los van elkaar beschouwd worden.

Patiëntgerichte zorg en goede communicatie worden als belangrijk ervaren

Alle deelnemers gaven aan dat patiëntgerichtheid (één van) de belangrijkste elementen is van een goede ervaring met de geboortezorg. Het benaderen van cliënten als een individu en ervoor zorgen dat zij zich gehoord en gesteund voelen, bleek doorslaggevend te zijn voor een positieve ervaring. Zo werd het doornemen van een persoonlijk geboorteplan en aandacht hebben voor persoonlijke voorkeuren genoemd als voorbeelden van dingen die hebben bijgedragen aan een positieve ervaring met de geboortezorg.

"Maar ik merkte wel heel erg dat ze mijn geboorteplan hadden gelezen. Dus van die bepaalde dingetjes, bijvoorbeeld tijdens het persen, want dat heeft anderhalf uur geduurd en op een gegeven moment was het ook wel dat ze dachten: nu moest het wel echt gebeuren, maar dan bleven ze heel rustig. En dat had ik ook op het geboorteplan gezet, van: praat niet hard, blijf rustig praten. En ze checkten heel veel, ook bij [Naam partner], van: wat denk jij? Dus dat was heel fijn. Ze namen me heel serieus. [...] En als ik dan kijk naar vriendinnen die dan nare ervaringen hebben, of geen prettige ervaringen, dan kwam dat eigenlijk altijd omdat ze zich niet gehoord voelden. [...] En misschien heb je het niet eens zozeer nodig om je uit te spreken, maar als je het gevoel hebt dat je het kan, dan voel je je al veel veiliger." Respondent 2

Een groot deel van de deelnemers gaf daarnaast aan dat communicatie en informatievoorziening tussen zorgverleners en vrouwen (en hun partners), gedurende alle fasen van de zwangerschap en bevalling, cruciale onderdelen waren van patiëntgerichtheid en de algehele ervaring. Weten wat er gebeurt, wat er moet gebeuren en waarom, werd als waardevol ervaren.

"Altijd, ook met hechten en zo, dat ze je echt aankijken en zeggen, van: 'ik ga nu dit doen, dit voelt zo, ik ga nu dat doen, en dat voelt zo, dit kan prikken'. [...] echt per handeling dat oogcontact vooral, dat is zo fijn, van: 'kijk me aan, we gaan nu dit doen'." Respondent 18

Daarentegen werd het niet geïnformeerd worden over wat er gebeurt, bijvoorbeeld tijdens en na de bevalling, door één van de deelnemers als zeer vervelend ervaren.

"Ook de communicatie tijdens de keizersnede, dat was super hectisch. Het is ook niet voor niks een spoedkeizersnede, dus ik kan daar tot op zekere hoogte wel begrip voor opbrengen. Alleen, hij [de baby] had opstartproblemen dus hij begon niet met ademen en dat duurde echt een paar minuten. Hij wordt bij mij weggehaald. Hij wordt in de verte neergelegd, maar wel binnen mijn zicht en niemand houdt mij op de hoogte en dat vond ik echt... Tegen de mensen die om me heen stonden zei ik: 'hoe gaat het met m'n kind' en niemand wist iets en dat... Maar ja, ik weet niet [...], waar zit hem dat in, maar dat heb ik wel als heel vervelend ervaren." Respondent 7

Deelnemers gaven aan dat de mate van patiëntgerichtheid en de kwaliteit van de communicatie en informatievoorziening voor een deel ook bepalend waren voor hun ervaren keuzevrijheid. Zij gaven voorbeelden van verschillende (zowel positieve als negatieve) ervaringen met betrekking tot hun keuzevrijheid. Vooral tijdens urgente situaties benadrukten deelnemers het belang van goed overleg en, waar mogelijk, de vrijheid om eigen keuzes te maken. Ook wanneer de keuzemogelijkheden beperkt waren, werd het belangrijk gevonden dat de situatie werd uitgelegd en waarom iemand geen andere keuze kon maken.

"Nee, het is wel overlegd, zelfs in de meeste acute situaties. Dat geldt voor beide zwangerschappen. Bij de eerste zwangerschap is er natuurlijk veel meer met acute situaties gebeurd, met knippen en vacuüm. Zelfs toen zijn de dingen uitgelegd."
Respondent 5

"Die ruggenprik werd zonder wat te zeggen in mijn rug geklapt. Ik was daardoor niet goed gesedeerd en toen werd er ineens gezegd, vanuit het niks: 'we gaan je onder narcose brengen' en die spuit werd in een ruk in mijn arm leeg gedrukt en ik ging in paniek onder narcose en ik kwam er in paniek uit." Respondent 4

Ook voor de kraamperiode gaven deelnemers aan het belangrijk te vinden dat zij de vrijheid hadden om hun eigen keuzes te maken zonder te worden beoordeeld of gepusht door zorgverleners. Deelnemers deelden zowel positieve als negatieve ervaringen hiermee, bijvoorbeeld rondom hun beslissing om al dan niet borstvoeding te geven.

"En daarin voelde ik me heel erg in mijn waarde, van: het is jouw beslissing, het is jouw keuze en niemand mag daar een oordeel over vellen, want jij moet je er goed bij voelen. Dus daar ben ik ook wel heel blij mee dat ik me nooit gedwongen gevoeld heb om toch borstvoeding te gaan geven." Respondent 19

"Het voelde een beetje alsof ik een soort van slechte moeder zou zijn als ik dus inderdaad die borstvoeding niet gaf. [...] Zij sloeg daar eigenlijk een beetje in door en stond eigenlijk niet meer echt open voor mij, dat ze er zeg maar professioneel in staat van wat mijn keuzes zijn." Respondent 13

Integrale zorg en samenwerking tussen professionals dragen bij aan een positieve ervaring

Deelnemers gaven aan dat de manier waarop professionals in de geboortezorg met elkaar samenwerken, (indirect) van invloed is op de ervaring van cliënten. Deelnemers vonden dat het positief werkte wanneer professionals op een integrale en gelijkwaardige manier samenwerkten, zowel tussen verschillende disciplines als in verschillende zorginstellingen, waardoor de continuïteit van zorg voor de cliënt werd vergroot. Dit werd door één van de deelnemers omschreven in het volgende voorbeeld.

"En het mooiste moment was natuurlijk tijdens de bevalling. Daar werd met zo'n Doppler gemeten waar het hartslagje was, dat bleek eigenlijk wel relatief laag uit te vallen. Dus meteen werden ook de verpleegkundigen ingeschakeld, CTG werd aangesloten. En alles werd ook continu besproken met mij, van: dit gaan we nu doen. En op het moment dat die verpleegkundige bij de verloskundigen stonden werd er ook goed onderling overlegd. Het was ook niet dat de één de ander overrule-de. Het was gewoon: we werken nu

samen om het goed te laten verlopen, het verloopt nu goed en toen zijn ze [de verpleegkundigen] ook weer rustig vertrokken.” Respondent 19

Omgekeerd beschreven deelnemers dat een gebrek aan integratie en (gelijkwaardige) samenwerking de continuïteit van zorg voor cliënten belemmerde en daardoor hun ervaring negatief beïnvloedde, omdat het patiëntgerichtheid, communicatie en informatievoorziening in de weg stond.

“De gynaecoloog had graag iets meer willen weten van mijn achtergrond, voordat ze mij hadden ingepland om in te leiden. Want anders had ze er namelijk gelijk een geplande keizersnede van gemaakt. [...] Kijk, het dossier was bekend vanuit mijn verloskundige, met mijn achtergrond, maar ook vanuit het stukje fertiliteitstraject. [...] Dat is niet helemaal goed onderling gecommuniceerd, denk ik.” Respondent 3

Verder werd met name de continuïteit van informatie en werkwijze door deelnemers als belangrijk beschouwd. Continuïteit van zorgverlener werd door deelnemers als minder belangrijk gezien, zolang de werkwijze maar hetzelfde was.

Positieve (gezondheids)uitkomsten staan niet gelijk aan een positieve ervaring

Verschillende deelnemers gaven aan dat, zelfs wanneer de gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind goed waren, de totale ervaring toch als negatief werd beleefd wanneer de beleving rondom de zorg niet prettig was en persoonlijke wensen onvoldoende in acht werden genomen.

“Je merkt echt dat het een nummertje is, dat het voor hen echt een procesje is wat ze doen en de communicatie is gewoon slecht. [...] En ik vind een bevalling best ingrijpend. En dan denk ik: voor hen is het misschien de duizendste baby die ze op de wereld zetten, maar ik word voor de eerste keer moeder en ik moet er maar mee dealen met alles wat eromheen gebeurt. [...] Kijk, die verpleging zelf is prima.” Respondent 4

Op dezelfde manier vertelden respondenten dat persoonlijke aandacht, zich gehoord voelen en een positieve beleving konden compenseren voor objectief negatieve uitkomsten of situaties, zoals ernstige zwangerschapsmisselijkheid.

“Ik heb negen maanden overgegeven en ik was daar wel neerslachtig van. Ik dacht, je kotst je eigen in de rondte, je komt nergens aan toe en een kindje van twee om je heen die ook nog aandacht wil. En dan merk je echt wel, dat vangnet van de verloskundige vooral, dat was super fijn. Ik kon er, ten eerste, altijd naartoe met afspraken om te janken, dan kon ik even mijn ei kwijt. [...] Ik heb geen woorden voor de hulp en de kalmte en het fijne gevoel dat je krijgt dat je zo gehoord wordt.” Respondent 18

Goede kwaliteit van zorg soms negatief beïnvloed door capaciteitsproblemen en personeelstekorten

Deelnemers gaven aan dat belangrijke randvoorwaarden van de geboortezorg in Nederland, zoals toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, over het algemeen op een hoog niveau liggen en als betrouwbaar worden ervaren. Over de meeste van deze onderwerpen werd door de deelnemers niet uitgebreid gesproken, omdat zij deze als toereikend beschouwden. De meeste deelnemers konden weinig tot geen negatieve punten noemen met betrekking tot de basiskwaliteit van de zorg.

Interviewer: "Wat waren mindere dingen? Dingen waarvan je zegt: dat had wel beter gekund."

Respondent: "Ik moet eerlijk zeggen, die zijn er bij mij niet geweest. Ik zou het niet weten. [...] De dingen waar ik behoefte aan heb gehad, dat was er. Dus in die beginperiode wat extra uitleg. En bij het begin van de bevalling, dat je altijd gewoon kan bellen. En dat heb ik ook wel gedaan, ook midden in de nacht. En daar reageerden ze gewoon goed op. Daarin was de communicatie ook duidelijk, dat is eigenlijk heel vloeiend gelopen." Respondent 8

Een probleem dat door meerdere deelnemers wel werd aangehaald, betrof de uitdagingen rondom ziekenhuiscapaciteit en personeelstekorten, die mogelijk de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg aantasten. Dit werd bijvoorbeeld geïllustreerd door twee deelnemers die vertelden dat zij na de bevalling naar huis werden gestuurd voordat zij zich daar klaar voor voelden, en de indruk hadden dat dit door het ziekenhuis werd gedaan om plaats te maken voor anderen.

"Voor mijn gevoel kon ik niet naar huis, maar ik werd gewoon naar huis gestuurd. Dus ik had ook een idee van: je kamer moet leeg." Respondent 4

"Het enige wat ik jammer vond is dat bij het ziekenhuis blijkt het nogal een regel te zijn dat je twee uur na de bevalling eigenlijk de kamer uit moet. Dat is best wel snel." Respondent 19

Ondanks dat de kwaliteit van zorg over het algemeen als goed werd beoordeeld, bleek uit de manier waarop deelnemers spraken over wat zij wel en niet waardeerden in de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg, dat iedere cliënt eigen voorkeuren heeft en dat deze sterk kunnen verschillen. Dit werd bijvoorbeeld duidelijk uit de uiteenlopende reflecties van twee deelnemers op het feit dat zorgprofessionals tijdens de bevalling op verschillende momenten om toestemming vroegen, en of dit bijdroeg aan hun gevoel van veiligheid en patiëntgerichtheid.

"Er werd continu goedkeuring gevraagd voor het aanraken, naar binnen treden vaginaal om te kijken hoe ver de ontsluiting was. Dat was wel heel prettig." Respondent 19

"Waar ik me echt heel erg aan kon irriteren – wat ook echt wel het enige is: elke keer die vraag: 'Mag ik je aanraken?' Dat ik echt denk: ja, anders was ik hier ook niet. Elke keer." Respondent 15

Geen problemen rondom autonomie van zorgverleners of medicalisering opgemerkt door deelnemers

Deelnemers waren het erover eens dat het onwenselijk zou zijn wanneer, door de invoer van integrale bekostiging, de autonomie van individuele zorgprofessionals wordt aangetast of wanneer de medicalisering toeneemt zonder medische noodzaak. Ze gaven echter aan dat zij in de praktijk geen aanwijzingen zagen dat de autonomie van professionals door anderen werd beperkt of dat er druk werd uitgeoefend om zwangere vrouwen naar het ziekenhuis te sturen. Een deelnemer die zich bewust was van deze gevreesde onbedoelde gevolgen van integrale bekostiging, en die zelfs aangaf te verwachten hier in de praktijk negatieve effecten van te zullen ervaren, vertelde tot haar eigen verbazing dat dit niet het geval was.

"En dan was er ook een petitie, en die heb ik ook ondertekend. Maar nu zou ik daar, denk ik, op terugkomen, want ik heb nu wel een positieve ervaring ermee. Maar ik kwam er pas later achter dat hier een IGO was, en je las nergens op Instagram of in het nieuws of wat dan ook, wat daar dan de positieve kant was, dat is belangrijk. De angst was eigenlijk dat de zelfstandige verloskundigenpraktijk zou verdwijnen. [...] Ik ben gewoon verbaasd geweest, want ik had dan dat heel verhaal over die petitie gelezen en ik ben er pas daarna achter gekomen, dat mijn zorgverleners ook in zo'n IGO zitten, en dat heeft eigenlijk wel mijn mening daarover een beetje veranderd. Dus ik ben daar eigenlijk nooit bang voor geweest, of het idee gehad van dat ze aan elkaar, nou ja, dat ze aan zwangeren trekken, bijvoorbeeld." Respondent 6

Wel wezen deelnemers erop dat zij slechts beperkte inzage hebben in wat er zich onder professionals en binnen organisaties afspeelt, afgezien van de momenten waarop zij zelf zorg ontvangen. Hun kennis en ervaring met betrekking tot professionele autonomie en medicalisering, en de effecten van integrale bekostiging hierop, is daarom beperkt.

Interviewer: "Had je ook het idee dat alle verloskundigen, dat die onafhankelijk zelf hun werk konden doen? Dus dat ze ook vrij waren om jou te adviseren in dingen, zonder dat iemand anders zich daarmee bemoeit?"

Respondent: "Naar mijn idee wel. Maar dat vind ik wel heel moeilijk om antwoord op te geven." Respondent 15

Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was om een eerste verkenning uit te voeren van thema's die voor cliënten van de geboortezorg belangrijk zijn en om die reden onderdeel moeten zijn van evaluaties van bekostigingshervorming in de geboortezorg. Uit de interviews met cliënten van de geboortezorg kwamen de volgende thema's naar voren: patiëntgerichtheid, communicatie, informatievoorziening, keuzevrijheid, integratie, samenwerking, continuïteit van zorg en de algehele ervaring met geboortezorg. Andere uitgevraagde thema's zoals kwaliteit van zorg, toegankelijkheid, autonomie van professionals en medicalisering kwamen wel aan bod, maar waren minder prominent in de gesprekken met de deelnemers.

Resultaten in perspectief

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de focus van cliënten vooral lijkt te liggen op hun persoonlijke ervaring met geboortezorg en op elementen van kwaliteit van zorg die meer gericht zijn op de beleving van de cliënt. Deelnemers hechten veel waarde aan patiëntgerichtheid, communicatie, keuzevrijheid, informatievoorziening, continuïteit en samenwerking tussen zorgverleners. Systeemniveau-thema's zoals kwaliteit van zorg, toegankelijkheid, autonomie van professionals en medicalisering kregen in de gesprekken minder aandacht. Het is echter mogelijk dat er een hiërarchie bestaat in wat cliënten belangrijk vinden: als de basisvoorwaarden voor kwaliteit zijn vervuld, verschuift de aandacht naar de beleving. Aangezien systeemvoorwaarden zoals kwaliteit en toegankelijkheid in Nederland over het algemeen goed zijn, is het denkbaar dat er hierdoor ruimte ontstaat bij cliënten om meer te focussen op de ervaring. Andere stakeholders in de geboortezorg prioriteren vaak juist deze systeemniveau-thema's bij evaluaties van bekostigingshervormingen en vinden het belangrijk om te kijken naar gezondheidsuitkomsten, zorggebruik en zorguitgaven als indicatie van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (6-8). Zorgverzekeraars en de overheid hebben bovendien ook een plicht om deze systeemniveau-thema's (kwaliteit, toegankelijkheid en

betaalbaarheid) te blijven monitoren, om te waarborgen dat deze niet negatief worden beïnvloed door bekostigingshervorming. Dit laat zien dat het meenemen van het cliëntperspectief in de beoordeling van bekostigingshervorming een waardevolle aanvulling is op de bestaande thema's in de huidige evaluaties en besluitvorming rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg.

Reflectie op methoden

Met dit onderzoek is een eerste stap gezet om een hiaat in de huidige evaluaties van bekostigingshervorming in de geboortezorg te vullen, door voor het eerst het cliëntperspectief te onderzoeken. Daarmee voegt dit onderzoek nieuwe dimensies toe aan de bestaande literatuur over evaluaties van bekostigingshervorming in de zorg, die zich vooral richt op kwantitatieve methoden, gewenste effecten (bijvoorbeeld gezondheidsverbetering of verandering in zorggebruik) en de perspectieven van andere belanghebbenden dan cliënten (10, 11, 13-15). Door te verkennen wat cliënten belangrijk vinden aan de geboortezorg, wordt het mogelijk om deze thema's mee te nemen in de evaluatie. Op die manier kunnen we niet alleen beoordelen wat de impact van het nieuwe bekostigingsmodel is op de al bestaande thema's in huidige evaluaties (zoals gezondheidsuitkomsten, zorggebruik en zorguitgaven), maar ook inzicht krijgen in de impact op de thema's die voor cliënten belangrijk zijn. Op die manier kan het cliëntperspectief ook meewegen in beleidskeuzes over bekostigingshervorming in de geboortezorg.

Tegelijkertijd kennen de bevindingen enkele beperkingen. Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd binnen slechts één IGO. Deze keuze past bij de diepgaande, verkennende opzet van dit eerste onderzoek, maar het is wel van belang om de resultaten te toetsen en te valideren in andere IGO's, en om ook cliënten uit regio's zonder integrale bekostiging te betrekken als vergelijkingsgroep. Ten tweede is er sprake van enige selectiebias: de praktijken die niet deelnamen bleken minder betrokken bij de activiteiten van de betreffende IGO dan de praktijken die wel deelnamen en deelnemers hebben geworven. Volgens beschikbare informatie liggen hun prestaties en kwaliteit echter in lijn met die van andere praktijken, waardoor hun gebrek aan betrokkenheid bij de werving geen aanwijzing vormt voor lagere zorgkwaliteit of slechtere cliëntervaringen. Ten derde, hoewel het onderzoek een brede groep deelnemers omvat (variërend in leeftijd, opleidingsniveau, gezinssamenstelling, ervaring met reguliere of complexe zorg en verschillende typen bevallingen) zijn minderheidsgroepen en groepen in een kwetsbare situatie slechts beperkt vertegenwoordigd (zoals personen geboren buiten Nederland, mensen zonder partner, mensen zonder betaald werk, of mensen met een meerlingzwangerschap). Het is daarom belangrijk om ons af te vragen of de sterke nadruk op persoonlijke zorgervaringen, zoals in dit onderzoek gevonden, ook naar voren zou komen bij personen in meer kwetsbare omstandigheden.

Vervolgonderzoek

Als vervolg op dit onderzoek is het belangrijk om de gevonden thema's breder te toetsen in een groter en meer divers sample. Door cliënten uit zowel IGO's als regio's zonder integrale bekostiging te bevragen, en daarbij ook cliënten in kwetsbare posities te betrekken, kan worden onderzocht of dezelfde thema's worden geprioriteerd, of dat er sprake is van een hiërarchie in voorkeuren, waarbij systeemniveau-thema's voor sommige groepen zwaarder wegen dan voor anderen. Wanneer duidelijk is welke thema's cliënten het belangrijkste vinden, is het van belang te onderzoeken hoe deze thema's structureel kunnen worden meegenomen in landelijke evaluaties. Dit met als doel dat het cliëntperspectief een waardevolle aanvulling vormt op de bestaande thema's en uitkomstmaten in de evaluatie van bekostigingshervorming in de geboortezorg. Bij het

uitwerken van nieuwe plannen voor evaluaties van bekostigingshervorming is het goed om het cliëntperspectief al vanaf de start te betrekken, naast de perspectieven van andere stakeholders. Dit kan bijvoorbeeld door cliënten of cliëntenvertegenwoordiging onderdeel te maken van een klankbordgroep.

Naast het cliëntperspectief ontbreken ook onbedoelde effecten van bekostigingshervorming in de huidige evaluaties van bekostigingshervormingen in de zorg. De focus ligt vaak op het evalueren van gewenste effecten zoals gezondheidsverbeteringen, veranderingen in zorggebruik of beperktere uitgavengroei. Terwijl het ook van belang is om te letten op onbedoelde en mogelijk ongewenste effecten. In de geboortezorg zijn er bijvoorbeeld onder sommige stakeholders zorgen dat integrale bekostiging mogelijk zal leiden tot een beperking van de autonomie van zorgverleners en keuzevrijheid van de cliënt, en tot toenemende medicalisering en uiteindelijk het verdwijnen van de thuisbevalling (3, 16-18). Voor het draagvlak onder stakeholders en cliënten is het daarom belangrijk om ook deze onderwerpen explicieter in de evaluatie te betrekken. Bovendien zijn de overheid en zorgverzekeraars ook verantwoordelijk om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te bewaken, en is het daarmee hun verantwoordelijkheid om ongewenste effecten van bekostigingshervorming in de gaten te houden. In dit onderzoek hebben we thema's zoals autonomie, keuzevrijheid en medicalisering om die reden ook meegenomen in de verkenning van belangrijke thema's vanuit cliëntperspectief. In vervolgonderzoek kan hier nog meer aandacht voor komen.

Tot slot verdient het perspectief van zorgverleners meer aandacht binnen evaluaties. Veranderingen in de zorg, zoals bekostigingshervormingen, beïnvloeden vaak de werkprocessen en kunnen daarmee ook van invloed zijn op het werkplezier en de motivatie van zorgverleners (19). Dit aspect wordt echter nog nauwelijks meegenomen in evaluaties en beleidskeuzes rondom bekostigingshervorming in de zorg, terwijl het van groot belang is om deze dimensie in toekomstig onderzoek en beleid nadrukkelijker te betrekken.

Conclusie

Dit onderzoek onderstreept het belang van het structureel betrekken van het cliëntperspectief bij de evaluatie van bekostigingshervorming in de geboortezorg. Niet om direct te onderzoeken wat cliënten vinden van bekostigingshervormingen (dit is complex en meestal niet direct merkbaar voor cliënten), maar om te waarborgen dat de aspecten die cliënten belangrijk vinden niet negatief worden beïnvloed door veranderingen in de bekostiging. Waar bestaande evaluaties zich vaak richten op systeemniveau-thema's, blijkt uit dit onderzoek dat cliënten andere accenten leggen: zij hechten vooral waarde aan aspecten die samenhangen met hun persoonlijke zorgervaring. Dit laat zien dat het cliëntperspectief een essentiële aanvulling vormt op bestaande evaluatiekaders. Daarnaast is van belang om niet alleen te focussen op de beoogde effecten van bekostigingshervormingen in evaluaties, maar om breder te evalueren en ook te kijken naar mogelijke ongewenste effecten (zoals beperking van autonomie of keuzevrijheid, verlies van werkplezier, toegenomen medicalisering). Door bestaande evaluaties uit te breiden met thema's die cliënten belangrijk vinden worden evaluaties vollediger. Dit stelt beleidsmakers in staat om op basis van de resultaten van deze evaluaties goed onderbouwde beleidskeuzes te maken over bekostigingshervorming in de geboortezorg.

Referenties

1. Euro-Peristat. European perinatal health report. 2008.
2. Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte. Een goed begin. 2009.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voorhang integrale bekostiging geboortezorg. 2016.
4. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Advies bekostiging (integrale) zorg rondom zwangerschap en geboorte. 2012.
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Op weg naar integrale bekostiging van de geboortezorg. 2016.
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten. 2020.
7. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Systematische studie naar de verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg. 2022.
8. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Vijf jaar integrale bekostiging van de geboortezorg: effecten op zorggebruik, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven. 2024.
9. Kadakia KT, Song Z. Saving money or improving health? Reconsidering payment reform. *Milbank Q*. 2022.
10. Song Z, Ji Y, Safran DG, Chernew ME. Health care spending, utilization, and quality 8 years into global payment. *N Engl J Med*. 2019;381(3):252-63.
11. Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med*. 2014;371(18):1704-14.
12. Song Z, Safran DG, Landon BE, He Y, Ellis RP, Mechanic RE, et al. Health care spending and quality in year 1 of the alternative quality contract. *N Engl J Med*. 2011;365(10):909-18.
13. Rolnick JA, Liao JM, Emanuel EJ, Huang Q, Ma X, Shan EZ, et al. Spending and quality after three years of Medicare's bundled payments for medical conditions: quasi-experimental difference-in-differences study. *BMJ*. 2020;369:m1780.
14. de Vries EF, Scheefhals ZTM, de Bruin-Kooistra M, Baan CA, Struijs JN. A scoping review of alternative payment models in maternity care: insights in key design elements and effects on health and spending. *Int J Integr Care*. 2021;21(2).
15. Struijs JN, de Vries EF, Baan CA, van Gils PF, Rosenthal MB. Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been. *Commonwealth Fund*; 2020.
16. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Beslissing op bezwaar Stichting Proefprocessenfonds Clara Wichmann. 2017.
17. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg. 2020.
18. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). NZa zet cliënten en verloskundigen buitenspel [Internet]. 2022. Beschikbaar via: <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=69304320>
19. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *JAMA*. 2022;327(6):521-2.

Met dank aan

We willen de deelnemers aan het onderzoek en alle betrokkenen die hebben geholpen met het werven van deelnemers bedanken voor hun bijdrage. Daarnaast bedanken we Eline de Vries, Jeroen Struijs en Mattijs Numans voor de totstandkoming en begeleiding van dit onderzoek.

Deze kennisnotitie is gebaseerd op: Scheefhals ZTM, Brouwer-Prusak AJ, Numans ME, de Vries EF, Struijs JN. *Identifying key themes from the client perspective to include when evaluating payment reform in maternity care*. In preparation.

Bijlagen

Bijlage 1. Theoretisch kader voor interviewleidraad en coderingssysteem

Hoofddomein	Subdomein	Element
Cliënt perspectief	Gezondheid	Ervaren gezondheid van de moeder
		Gezondheid van het kind zoals ervaren door de ouders
		Objectieve gezondheidsuitkomsten moeder
		Objectieve gezondheidsuitkomsten kind
		Perinatale sterfte
		Risico identificatie en preventie
	Kwaliteit van zorg	Efficiëntie
		Veiligheid
		Effectiviteit
		Gelijkwaardigheid
		Patiëntgerichtheid
		Tijdigheid
		Toegankelijkheid
		Steun
		Informatievoorziening
		Integratie
	Zorggebruik	Dubbele zorg
		Onder- en overgebruik
		Medicalisering
		High vs. low-value care
		Preventie

Hoofddomein	Subdomein	Element
		Plaats van bevalling
		Wijze van bevalling
		Medische ingrepen
	Zorgervaring	Algemene zorgervaring
		Keuzevrijheid
		Patiënt-participatie
		Continuïteit van zorg
		Autonomie van zorgverleners
	Kosten	Directe kosten
		Indirecte kosten
		Vermijdbare kosten