

Master Verloskunde

Thuisbevallingen begeleiden met twee vroedvrouwen zonder kraamzorg: perspectieven & verwachtingen van eerstelijns vroedvrouwen: een focusgroeponderzoek

Student: Samie Zijlstra

Studentnummer: 2306263

Opdrachtgever: Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam-Amstelland (EVAA)

Begeleiders: dr. Caroline Geerts, docent MSc Verloskunde,

Prof. dr. Corine Verhoeven, intern begeleider

Datum: 1 juli 2025

Aantal woorden: 6422 woorden inclusief 10% APA verwijzingen.

Eigen criterium: *De student levert met haar onderzoek een bijdrage aan het verkleinen van een kennislacune binnen de (Amsterdamse) geboortezorg.*

Inleiding: Een geplande thuisbevalling vergroot de kans op een positieve bevalervaring. Dit draagt bij aan een betere mentale gezondheid. Het percentage thuisbevallingen in Nederland daalde van 28% in 2005-2008 naar 13,7% in 2021. Deze dalende trend kan de keuze voor een thuisbevalling onder druk zetten. Toenemende medicalisering en capaciteitsproblemen in de geboortezorg kunnen hierbij een rol spelen. Daarnaast zijn er zorgen over de duurzame inzetbaarheid van vroedvrouwen. Binnen vijftien jaar na afstuderen is 40% gestopt. Collegiale ondersteuning tijdens een thuisbevalling zou kunnen bijdragen aan het behoud van de keuzevrijheid voor een thuisbevalling én aan de duurzame inzetbaarheid van vroedvrouwen. Het doel van dit onderzoek is het exploreren van opvattingen en verwachtingen van eerstelijnsvroedvrouwen over het werken met twee vroedvrouwen (in plaats van kraamzorg) bij thuis- en extramurale bevallingen.

Methode: Kwalitatief explorerend onderzoek middels een focusgroep met elf eerstelijns vroedvrouwen uit Amsterdam. De focusgroep is opgenomen, verbatim getranscribeerd en inductief thematisch geanalyseerd met behulp van MAXQDA. Het Job Demands–Resources model werd gebruikt als theoretisch kader.

Resultaten: Vier thema's werden geconcludeerd, **positieve attitude, positieve verwachting, barrières** en **passende organisatie**. Bij het interpreteren van de resultaten werd het JD-R model gebruikt om belastende factoren (*demands*) en ondersteunde factoren (*resources*) te identificeren. Alle participanten waren positief over de inzet van twee vroedvrouwen. Ze verwachtten betere kwaliteit van zorg, minder verwijzingen, groter gevoel van veiligheid, lagere werkdruk, van elkaar leren en minder afhankelijkheid van capaciteitsproblemen van ziekenhuis en kraamzorg. Er was behoefte aan een passende organisatie van de tweede vroedvrouw met een duidelijke rolverdeling tussen eerste en tweede vroedvrouw. Extra werkbelasting werd als barrière gezien voor de haalbaarheid.

Discussie: Verloskundigen staan positief tegenover de inzet van twee vroedvrouwen bij een thuisbaring. Het zou kunnen bijdragen aan hun duurzame inzetbaarheid. Tegelijkertijd vragen organisatorische haalbaarheid en capaciteit aandacht. Er blijkt spanning tussen de *demands* van de inzet van een tweede vroedvrouw zoals een mogelijk hogere werkbelasting en de *resources* zoals minder stress en afhankelijkheid. De resultaten van deze kwalitatieve studie leiden tot de aanbeveling om een pilotstudie te doen naar uitkomsten van de inzet van een tweede vroedvrouw waarin de ervaringen van vroedvrouwen en barenden en de mogelijkheden van een passende organisatie meegenomen worden.

1. Inleiding

‘Een geplande thuisbevalling vergroot de kans op een bevalling die zowel ‘bevredigend als veilig’ is. Dit is belangrijk, aangezien positieve bevalervaringen - gekenmerkt door gevoelens van veiligheid, steun, respect en gehoord worden - samenhangen met een betere mentale gezondheid in de kraamtijd. In 2010 verklaarde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat de keuze voor een thuisbevalling een mensenrecht is’ (International Confederation of Midwives, 2017).¹

Barenden met een ongecompliceerde zwangerschap hebben bij een geplande thuisbevalling² dezelfde of betere uitkomsten dan barenden die niet kiezen voor een thuisbevalling (Gillen et al., 2023). De thuisbevalling is geassocieerd met een lagere kans op onnodige interventies. Vrouwen die thuis zijn bevallen kijken daar tevreden op terug, ze ervaren meer autonomie, respect en privacy (Van der Pijl, 2021). Voor een veilige thuisbevalling dient het geboortezorgsysteem ingericht te zijn op de thuisbevalling, zowel logistiek als met multidisciplinaire afspraken en voldoende capaciteit van alle ketenpartners (Comeau et al., 2018; De Jonge et al., 2009). Het Nederlandse geboortezorgmodel faciliteert de keuze voor een thuisbevalling (Warmelink, 2017).

Maar het Nederlandse geboortezorgsysteem staat onder druk. De capaciteitsproblemen in de eerstelijns, tweedelijns en kraamzorg zorgen voor een verminderde toegankelijkheid van zorg (CPZ, 2023, Droogendijk & Federatie van VSV's, 2024). Dit heeft weerslag op het werk van vroedvrouwen, de keuzevrijheid en ervaringen van cliënten, en daarmee de kwaliteit van zorg. (KNOV, 2024). De toename van striktere protocollen, toenemende angstcultuur onder zorgprofessionals en (aanstaande) ouders resulteren in medicalisering in de geboortezorg en draagt bij aan hoger verwijsgedrag van vroedvrouwen³ in de eerstelijns (Goodarzi et al., 2020; Miller et al., 2016; Weltens et al., 2018). Euro-Peristat en World Health Organisation hebben zorgen geuit over de effecten van toenemende obstetrische interventies (Olsen en Clausen, 2023).

Parallel hieraan daalt het percentage thuisbevallingen in Nederland. Tussen 2005-2008 was dit percentage 28%, inmiddels is dit gedaald tot 13,7 % (Perined, 2022). Uit onderzoek blijkt dat hoe meer thuisbevallingen een vroedvrouw heeft bijgewoond in haar stage of werk, hoe positiever haar attitude is tegenover een thuisbevalling, en het promoten en faciliteren van een zo fysiologisch mogelijke baring (Vedam et al., 2009; Zinsser et al., 2016). De afname van thuisbevallingen draagt zo, als een vicieuze cirkel bij aan het dalend aantal thuisbevallingen. Dit kan op de lange termijn de keuzevrijheid om thuis te bevallen beperken.

Gevoelens van onzekerheid en angst bij vroedvrouwen spelen daarin ook een rol (Daemers et al., 2017; Kool et al., 2019; Offerhaus et al., 2015; Wiegers et al., 1998). Angst van vroedvrouwen heeft invloed op hun werk, hoe ze omgaan met risico's en acute situaties. Deze angst zorgt ervoor dat

¹ De geplande thuisbevalling wordt gezien vanuit het perspectief van hoge- en middelhoge-inkomenslanden waar thuis bevallen geen noodzaak maar een keuze is binnen een veilig systeem met ondersteuning van een getrainde vroedvrouw en medische back-up als een overdracht nodig is (Olsen en Clausen, 2023).

² Waar thuisbevalling staat wordt daarbij telkens ook extramuraal bevalcentrum bedoeld.

³ In dit verslag is gekozen om voornamelijk 'vroedvrouw' te gebruiken in plaats van verloskundige. De etymologische betekenis van het woord vroedvrouw; 'wijze-vrouw' (instituut voor Nederlandse taal, 1982) voelt meer passend bij het wenselijke paradigma 'midwife led continuity of care'. Dit in tegenstelling tot het meer vanuit het medisch model beredeneerde 'verloskundige' (sinds 1978 de officiële benaming, Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 1979).

ze defensief beleid maken, zich strikt aan protocollen houden en daarmee sneller verwijzen of meer en laagdrempeliger interventies toepassen. Een thuisbevalling begeleiden blijkt voor veel vroedvrouwen spannender dan een poliklinische baring, mede door de afwezigheid van collega's en de afstand tot een ziekenhuis (Van den Heuvel et al., 2023).

Naast de medicalisering van de geboortezorg vraagt ook de duurzame inzet van vroedvrouwen aandacht. Het aantal vroedvrouwen dat stopt met werken is momenteel groter dan het aantal net afgestudeerde vroedvrouwen. Vijftien jaar na het afstuderen is 40% van de vroedvrouwen gestopt (Flinterman, 2022). In het onderzoek van Feijen-De Jong et al. (2022) blijkt dat een op de drie eerstelijns vroedvrouwen overweegt te stoppen en Kool et al. (2023a) signaleerden dat een op de vijf vroedvrouwen emotioneel uitgeput is. Een verhoogde kans op stress en overspannenheid heeft mogelijk een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg voor zwangeren (Suleiman-Martos et al., 2020).

Er is dus reden voor het exploreren van mogelijkheden om de verloskunde zorg toekomstbestendig te houden, thuisbevallingen te stimuleren en vroedvrouwen te ondersteunen. Een oplossing zou collegiale ondersteuning kunnen zijn: de inzet van een tweede vroedvrouw als partusassistentie bij thuisbevallingen in plaats van kraamzorg-partusassistentie. Laagdrempelig collegiaal overleg zou de verwijscijfers kunnen beïnvloeden. Bij acute situaties met twee professionals zijn en te kunnen reflecteren op het gevoerde beleid draagt mogelijk bij aan kwaliteitsverbetering. Het gevoel van verantwoordelijkheid te kunnen delen bij besluiten kan leiden tot afname van stress en mogelijke toename van werkplezier van vroedvrouwen en zou daarmee kunnen bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid van vroedvrouwen. De inzet van een tweede vroedvrouw kan ook nadelen hebben, zoals de noodzaak aan meer vroedvrouwen in een tijd van capaciteitsproblematiek, mogelijk onderlinge onenigheid over de rolverdeling en discussies over beleid.

Literatuur over het werken met twee vroedvrouwen bij thuisbevallingen is beperkt, zo blijkt uit een systematische literatuursearch. In hoog-inkomenslanden die thuisbevallingen ondersteunen (zoals Canada, Engeland, Australië, Nieuw-Zeeland) wordt in tegenstelling tot in ons land standaard gewerkt met twee vroedvrouwen bij thuisbevallingen. Mede daarom is het doel van dit onderzoek om de inzet van een tweede vroedvrouw te exploreren. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Hoe kijken eerstelijns vroedvrouwen naar het werken met twee vroedvrouwen bij een thuisbaring (of in een extramuraal bevalcentrum) in Nederland, in plaats van één vroedvrouw met kraamzorg-partusassistentie en wat zijn daarbij hun verwachtingen?*

Deelvragen:

- *Hoe kijken vroedvrouwen naar het werken met twee vroedvrouwen en de haalbaarheid hiervan?*
- *Wat verwachten verloskundigen dat het werken met twee verloskundigen oplevert, voor henzelf en voor de client?*
- *Welke verwachtingen hebben eerstelijnsverloskundigen over werkgerelateerde en persoonlijke belasting of ondersteuning (in het J-DR-model: demands en resources) bij het standaard inzetten van een tweede vroedvrouw tijdens de baring?*

- *Welke verwachtingen hebben vroedvrouwen ten aanzien van hun duurzame inzetbaarheid?*
- *Hoe zien vroedvrouwen de onderlinge samenwerking bij thuisbevallingen met twee vroedvrouwen en welke randvoorwaarden hebben zij daarbij nodig?*
- *Wanneer beschouwen vroedvrouwen de inzet van een tweede vroedvrouw succesvol?*

2. Methode

Methode

Vanwege het explorerende aspect van de onderzoeksvraag werd gekozen voor een fysieke focusgroep met zes tot twaalf eerstelijns vroedvrouwen. Een focusgroep is een semigestructureerd groepsgesprek aan de hand van een topiclijst met bijbehorende vragen. Deze methode faciliteert deelnemers om individuele opvattingen en verwachtingen te kunnen delen, daarnaast ontstaat door de interactie tussen deelnemers een rijke dataverzameling (Matthijssen, 2024). De checklist voor geconsolideerde criteria voor het rapporteren van kwalitatief onderzoek (COREQ) werd gebruikt om de methodologische kwaliteit van het onderzoek te waarborgen en om richting te geven aan de rapportage (Tong et al., 2007). Deze checklist hanteert drie domeinen: (1) onderzoeksteam en reflexiviteit, (2) onderzoeksopzet en (3) analyse en bevindingen.

1: Onderzoeksteam en reflexiviteit

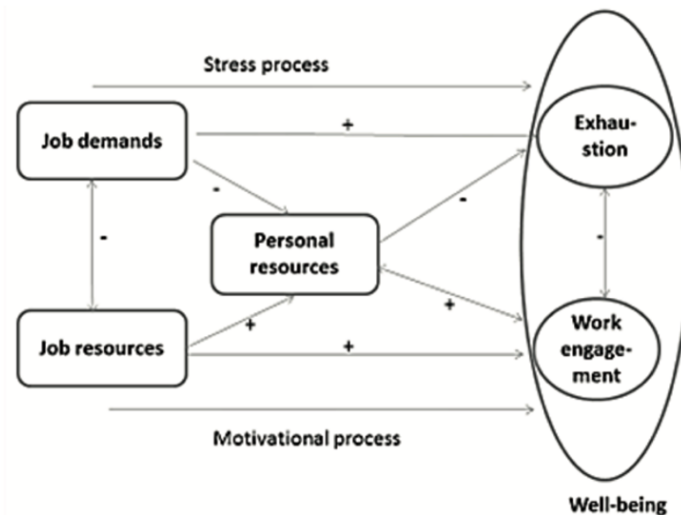
De onderzoeker die dit onderzoek uitvoerde is zelf vroedvrouw (SZ, BSc, vrouw) en masterstudent van de Master of Science Verloskunde. De observator tijdens de focusgroep was medeonderzoeker, vroedvrouw en ook masterstudent (CvG, BSc, vrouw). De onderzoeker was ten tijde van de focusgroep niet-praktiserend als vroedvrouw, de observator wel. De ervaring van de onderzoeker en observator met uitvoering van kwalitatief onderzoek was beperkt. De deelnemers aan de focusgroep kwamen uit de regio Amsterdam, het voormalig werkgebied van de onderzoeker. Bekende deelnemers in een onderzoek kan bijdragen aan een vertrouwelijk en open gesprek maar kan ook het risico op sociaal wenselijke antwoorden vergroten. De moderator had als taak om samen met de observator ervoor te zorgen dat elke deelnemer aan bod kwam in het gesprek en dat er zo min mogelijk sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven, bijvoorbeeld door het stellen van verdiepende vragen. De participanten wisten van de positieve attitude van de onderzoeker over het onderwerp en werden aan het begin van de focusgroep expliciet gevraagd kritische input te geven.

2: Onderzoeksopzet

Theoretisch kader

In dit onderzoek werd gekozen voor een thematische analyse (Verhoeven, 2023) als kwalitatieve analysemethode. Dit is passend bij het exploratieve karakter van de onderzoeksvraag. Zo konden thema's in de opvattingen en verwachting en de mogelijke meerwaarde en haalbaarheid bij de inzet van een tweede vroedvrouw verkend worden. De onderzoeksvraag werd inductief benaderd. Vanuit eerder onderzoek naar duurzame inzetbaarheid van vroedvrouwen en om richting te kunnen geven aan de topiclijst en de analyse is gebruik gemaakt van het Job-Demands-Resources model (JD-R) van Bakker en Demerouti (2007). Het JD-R model geeft een theoretisch kader om werkgerelateerde belasting (*demands*) en ondersteuning (*resources*) te identificeren en is daarmee relevant voor factoren die van invloed zijn op duurzame inzetbaarheid van vroedvrouwen. Ook is gekozen om determinanten uit het MIDI-instrument (Fleuren et al., 2014) te gebruiken. MIDI is ontwikkeld om in kaart te brengen welke determinanten belangrijk zijn bij een succesvolle implementatie van een innovatie. Vervolgens kunnen op basis van de uitkomsten meer gerichte implementatiestrategieën

worden ontwikkeld. De onderzoeker heeft voor de vraagarticulatie en het ontwikkelen van een topiclijst voorafgaand deze focusgroepstudie een aantal vroedvrouwen (andere dan de focusgroep-participanten) tijdens informele gesprekken gevraagd waar ze aan dachten bij een tweede vroedvrouw. Sommige vroedvrouwen deelden hun visie direct, anderen stuurden een voicemail of bericht. Vanuit een 'thematische analyse blik' werden in de fragmenten codes verkend (bijlage 1) en kon dit als vraagarticulatie gebruikt worden voor het ontwikkelen van de focusgroep topiclijst. De uiteindelijke topiclijst is ter akkoord voorgelegd aan een medeonderzoeker en de scriptiebegeleider.



Figuur 1. Het *Job demands-resources model (J-DR model)*, Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007)

Deelnemersselectie

De deelnemende vroedvrouwen komen uit de regio Amsterdam en onderschrijven de visie van de Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam-Amstelland (EVAA)⁴. Zij werden via de EVAA-mailinglijst benaderd met informatie over en oproep tot deelname aan een focusgroep (bijlage 2). De focusgroep was bewust een homogene groep: alle deelnemers waren eerstelijnsvroedvrouwen (Raats, 2019). De focusgroep was een convenience sample op basis van beschikbaarheid van de deelnemers. Vanwege de beperkte tijd is hiervoor gekozen. Inclusiecriteria waren eerstelijnsvroedvrouwen die de visie van de EVAA onderschrijven. Exclusiecriteria waren klinisch werkende vroedvrouwen, vroedvrouwen buiten de EVAA-regio, vroedvrouwen die meer dan twee jaar niet meer praktiseerden en studenten verloskunde.

Bij aanmelding van deelname bij de onderzoeker kregen de deelnemers het formulier 'demografische kenmerken' (bijlage 3) en de 'informed consentbrief' (bijlage 4) per mail toegestuurd. Zij gaven toestemming voor deelname aan de focusgroep en voor de audio-opname. De deelnemers waren op de hoogte van hun recht elk moment de deelname aan dit onderzoek stop te zetten, zonder opgave van reden.

⁴ EVAA is opdrachtgever voor deze masterthesis, zij onderschrijven het belang van dit onderzoek.

Dataverzameling

Tijdens de focusgroep gebruikte de moderator het vooraf opgestelde script voor de focusgroep om alle afspraken en verwachtingen af te stemmen (bijlage 5). De moderator benaderde de groep met een open en reflexieve houding (Verhoeven, 2023). De moderator stelde vragen aan de hand van de vooraf opgestelde topiclijst (bijlage 6) en stimuleerde interactie. Door de moderator en observator werden verdiepende vragen gesteld om rijkere data te krijgen en te kunnen verifiëren wat de deelnemers zeiden. In verband met de haalbaarheid binnen het kader van een masterthesis is gekozen voor één focusgroep. Deze focusgroep duurde tweeëneenhalf uur. Er was geen streven om datasaturatie te bereiken met een enkele focusgroep. De focusgroep vond plaats in een vroedvrouwenpraktijk. Hiervoor is gekozen op basis van geschiktheid van de locatie, bereikbaarheid voor alle deelnemers en budget. Naast de deelnemers waren de moderator en observator aanwezig. De focusgroep werd opgenomen (audio), verbatim getranscribeerd en de observator heeft aantekeningen gemaakt. Het transcript werd gepseudonimiseerd en aan de deelnemers gestuurd voor een 'member check'. Als zij niet reageerden binnen tien werkdagen gingen deelnemers impliciet akkoord met het transcript.

3: Analyse en bevindingen

Data-analyse

De thematische analyse (Verhoeven, 2023) is geschikt voor de onderzoeksvraag omdat daarmee op gestructureerde wijze gezocht kan worden naar nieuwe inzichten en thema's vanuit de ruwe data. Na transcriptie van de geluidsopname werd gestart met het doorlopen van de zes stappen van thematische analyse. De eerste stap: het *verkennen* van de data door het grondig doorlezen en deze eigen te maken. De tweede stap: het zo dicht mogelijk bij de tekst blijven bij het (open) *coderen* van het transcript in MAXQDA 11. Na het coderen door de onderzoeker heeft een medeonderzoeker als tweede codeur een pagina transcript gecodeerd. De onderzoeker heeft met de medeonderzoeker en de scriptiebegeleider codes besproken en vergeleken. Dit leverde een rijker palet aan codes op. Vervolgens heeft de onderzoeker de codes *gethematiseerd* (stap drie). Er werd gekeken of de thema's binnen de context van het onderzoek pasten en of er niet te brede of overlappende thema's waren. De codes en het gehele transcript werden opnieuw gelezen met de thema's in gedachten. In deze fase heeft de onderzoeker wederom het vier-ogen principe toegepast met de observator en scriptiebegeleider. Bij het bespreken van de thema's werd de nadruk gelegd op het ontwikkelen van een completer perspectief op de data en het voeden van reflexiviteit van de onderzoekers (Braun & Clarke, 2021, O'Connor & Joffe, 2020). De geconcludeerde thema's werden in de *reviseren en verfijnen* stap kritisch beschouwd. Vormden de (voorlopige) thema's een goede afspiegeling van het materiaal? De uiteindelijke thema's en subthema's heeft de onderzoeker in de volgende stap *vastgesteld en gestructureerd*: de reflecterende fase van de thematische analyse. In de laatste stap heeft de onderzoeker de eerste vijf stappen van de thematische analyse *gepresenteerd*. Hierin werd aangegeven welke verbanden gezien worden, hoe de data mogelijk antwoord geven op de onderzoeksvraag, en kon duiding worden gegeven aan de resultaten. Het doorlopen van de stappen van de thematische analyse was een iteratief proces (Verhoeven, 2023). De onderzoeker was zich bewust van haar eigen perspectief, als vroedvrouw, en heeft tijdens de analyse fase op mogelijke

interpretatiebias gereflecteerd onder andere via peer debriefing en review. Bij de presentatie van de resultaten zijn illustratieve citaten gebruikt. Er werd een logboek (audit-trail) bijgehouden om de transparantie, betrouwbaarheid en reflexiteit te bevorderen (Van Zwieten en Willems, 2004).

Ethische aspecten

Het focusgroep onderzoek in deze masterthesis viel niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Er was sprake van geïnformeerde en vrijwillige deelname van zorgverleners aan een focusgroep. Voor publicatiedoeleinden had een niet-WMO verklaring kunnen worden aangevraagd bij een Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC), in verband met tijdspanne van het masterthesisonderzoek is deze niet aangevraagd. Deelnemers werden vooraf geïnformeerd over het doel van het onderzoek met een informatiebrief. De informed consentbrief hebben de deelnemers vooraf digitaal of op de dag van de focusgroep ondertekend. Het transcript wordt maximaal 10 jaar beveiligd opgeslagen bij Verloskundige wetenschap, Amsterdam UMC). De opname is vernietigd.

2. Resultaten

Uit de rijke data van de focusgroep zijn door middel van thematische analyse vier hoofdthema's vastgesteld: **positieve attitude, positieve verwachtingen, barrières en passende organisatie**. Bij het interpreteren van de resultaten is het JD-R model gebruikt om *demands* en *resources* te identificeren. De resultaten zijn weergegeven aan de hand van de thema's en subthema's en zijn geïllustreerd met citaten.

Tabel 1. Demografische kenmerken participanten focusgroep (n=11)

Variabele	Categorie	Aantal
Geslacht	Vrouw	11
Leeftijd	20-30 jaar	2
	30-40 jaar	4
	40-50 jaar	2
	50-70 jaar	3
Werkvorm	Praktijkhouder	5
	Waarneemster	5
	Niet praktiserend (sinds recent)	1
Werkervaring	Minder dan 5 jaar	2
	5–10 jaar	2
	10–20 jaar	3
	>20 jaar	4
Aantal vroedvrouwen per praktijk	1-3	-
	3–5	5
	>5 vroedvrouwen	4
	Caseload (ook duo's)	2

Tabel 2. Codeboom hoofd- en subthema's (totaal 424 open codes)

Positieve attitude	Positieve verwachtingen	Barrières	Passende organisatie
Enthousiast over tweede vroedvrouw	Afname verwijzingen eerstelijns naar tweede lijn	Cultuur van 'het alleen moeten kunnen'.	Achterwachtstelsel versus 'bevalpoule'
Huidige problemen geboortezorg en wens verandering	Invloed op traumatische ervaringen vroedvrouw & cliënt	Collega niet belasten	Rolverdeling & verantwoordelijkheid 1e & 2e vroedvrouw
Fijn gevoel met twee vroedvrouwen bij complicaties	Afname werkdruk eerste vroedvrouw	Capaciteitsproblemen eerstelijns	Financiën: kraamzorgtarief Wachtgeld?
Minder stress	Leren van elkaar na het afstuderen	Draagvlak collega's	Randvoorwaarden samenwerking vroedvrouwen
Minder afhankelijkheid van kraamzorg	Reflecteren op beleid	Onenigheid tussen 1e en 2e vroedvrouw → '2 kapiteins op 1 schip'	Rol van student verloskunde?
Verantwoordelijkheid kunnen delen	Hogere kwaliteit van zorg	Luxe om met twee vroedvrouwen te zijn versus standaard 2 vroedvrouwen?	Voorkomen hiërarchie tussen meer en minder ervaren vroedvrouw
	Mogelijk meer thuisbevallingen	2e vroedvrouw niet comfortabel met zorgvraag buiten richtlijn	Overgang 2e vroedvrouw en reguliere kraamzorg
	Groter gevoel van veiligheid		

Positieve attitude

Alle participanten in de focusgroep hadden een positieve attitude ten aanzien van een tweede vroedvrouw bij de thuisbevalling. Sommige participanten hadden al eerder nagedacht over implementatie ervan in hun eigen praktijk. Alle participanten hadden ervaring met het werken met twee vroedvrouwen in bepaalde situaties, zoals bij zorgvragen buiten de richtlijn, tijdens de overdracht of bij bevallingen begeleiden van bekenden. Deze ervaringen met werken met twee vroedvrouwen waren bij alle participanten goede ervaringen. Participanten zagen ook bezwaren, die vooral organisatorisch van aard waren. Ze waren desondanks enthousiast over het principe van met twee vroedvrouwen thuisbevallingen begeleiden.

'Wij hebben wel bevallingen gedaan met twee verloskundigen. En dat was altijd heel erg leuk.' VK 2

'Als ik puur kijk naar voor mezelf als verloskundige lijkt het me fantastisch.' VK 7

'Dus heel pragmatisch loop ik ertegenaan dat wij meerdere partus hebben gedaan en dan ook gecompliceerde, zonder kraamzorg. Daarvanuit ook al intern aan het nadenken was in de praktijk van, goh, kunnen we dat vormgeven met wel een tweede vroedvrouw? 'Hij zit op heel veel vlakken, dit zou een fantastische oplossing zijn.' VK 9

Een participant vroeg zich af of het echt nodig is om de tweede vroedvrouw te standaardiseren:

'Maar alleen ons gevoel. Wat als het misgaat? Wat zou het dan fijn zijn. Terwijl ik het eigenlijk ook alleen kan. Want dat doen we al 30 jaar. Vind ik spannend voor standaardiseren.' VK 8

Huidige problemen in de geboortezorg

De participanten ervaren complexe problemen in de geboortezorg. Ze spraken over hoge werkdruk, toenemende administratieve lasten en medicalisering. Daarnaast hadden ze moeite met het fysiek tijdig bereiken van cliënten door verkeersproblemen. De participanten ervaarden de afhankelijkheid van capaciteit en kwaliteit van meestal onbekende kraamzorgpartusassistentie als belastend. De capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen had ook weerslag op hun dagelijkse praktijk. Zo konden zij regelmatig niet met hun cliënten terecht bij het regionale ziekenhuis voor een poliklinische bevalling, en ook niet voor (milde) medische indicaties. De participanten gaven aan dat dit tot veel stress bij de cliënten en henzelf en in sommige gevallen zelfs tot sub-standard care heeft geleid.

En het verplaatsen is natuurlijk ook heel anders dan tien jaar geleden. Binnen de regio alleen al. Met tien goede ziekenhuizen in de buurt. Deze week hebben wij al twee keer meer dan tien ziekenhuizen weer gebeld. In één week. Dus de norm van thuis met een helper is gewoon niet meer van deze tijd. Je moet gewoon met z'n tweeën zijn. VK 1

Je komt opeens toch thuis te zitten bij diegene met die BD. En je kan niet meer weg. VK 9

'Ik reken niet op de kraamverzorgster... want ik weet niet zeker of ze op tijd is... zoals in het begin met werken wel. En ik weet de kwaliteit van haar inzet niet. Dus ik doe het of alleen... en als ik denk dat het alleen niet kan... dan ben ik niet thuis met iemand. Dus in die zin heb ik er geen last van. Maar ik ben natuurlijk ook in situaties geweest dat het wel heel fijn was geweest als het dan wel een goed geschoolde kraamzorgster was geweest.' VK 5

Positieve verwachtingen

Het werken met twee vroedvrouwen kan volgens de participanten veel positieve uitkomsten opleveren. Door de incidentele ervaring met werken met twee vroedvrouwen hadden sommige vroedvrouwen deze uitkomsten al ervaren. Er werd gesproken over betere kwaliteit van zorg, minder verwijzingen naar de tweede lijn en mogelijk meer thuisbevallingen. Ze verwachtten dat de inzet van een tweede vroedvrouw kan bijdragen aan het behoud van de thuisbevalling. Ze achtten het reëel dat de keuze voor de thuisbevalling de komende jaren zou kunnen verdwijnen als het aantal verder blijft dalen en vroedvrouwen steeds minder ervaring hebben met het begeleiden ervan.

De aanwezigheid van een tweede vroedvrouw werd geassocieerd met een gevoel van veiligheid. Er werd kwaliteitsverbetering verwacht, nadrukkelijk in het geval van complicaties van moeder en/of kind. Daarnaast zagen meerdere participanten de meerwaarde van het samenwerken met een collega op het gebied van leren van elkaar en meer ervaring opdoen met thuisbevallingen begeleiden. Op persoonlijk vlak verwachtten de participanten meer onderlinge steun en blijvend leren na het afstuderen. Ook verminderde werkdruk en het tijdelijk kunnen overdragen van de verantwoordelijkheid aan de tweede vroedvrouw werd als ondersteunend gezien en ervaren. Het merendeel van de participanten dachten dat een tweede vroedvrouw mogelijk van positieve invloed is op de duurzame inzet van vroedvrouwen. Twee participanten verwachtten dat de aanwezigheid van de tweede vroedvrouw bij complicaties het risico op trauma bij zorgverleners zou kunnen reduceren. Alle participanten geven aan benieuwd te zijn naar een (pilot)studie over de inzet van een tweede vroedvrouw. Zo kunnen de uitkomsten (mogelijke *resources*) en barrières (mogelijke *demands*) verder onderzocht worden. De vroedvrouwen verwachten dan pas echt te kunnen ervaren wat de impact van de innovatie is.

'En misschien dat het juist zorgt dat er langer thuisgebleven wordt dan als je alleen bent, omdat je gewoon denkt, en niet dat je dan onveilig moet gaan werken, maar dat je denkt, joh, als het toch, we zijn wel met z'n tweeën, dus ja, dat je minder denkt hmmm we moeten toch verplaatsen.' VK 11

'Zou de druk op jou tijdens je dienst minder groot zijn. Als jij daar niet alleen staat. En ik denk dat ik hard op ja kan zeggen. En als ik die diensten minder zwaar vind, blijf ik dan langer werken? Ga ik dan weer terug in de eerste lijn? Dat is iets wat ik meteen heel erg voel. Gooi mij maar in die partuspoel. Dat doe ik wel.' VK 10

'En is er heel veel veranderd. Zit je ook met dat capaciteitsprobleem in de ziekenhuizen? Zit je met een teruglopend aantal thuispartus? Zit je met afnemende inzetbaarheid van de kraamzorg? Ik denk dat hele palet maakt dit plan fantastisch. Bij blijven leren je hele leven.... terwijl in de tijd dat ik het leerde ik heb geloof ik 90 partus gedaan voordat ik afstudeerde dus ik had al heel veel kilometers gemaakt als je daarna het alleen gaat doen dan kan je nooit meer gluren bij iemand en hoe leuk is gluren?!' VK 9

'En ik denk ook dat het misschien wel toekomstbestendiger is... dan dat je afhankelijk bent van de kraamzorg. Want dat gaat natuurlijk steeds minder worden. Maar goed, ik heb ook wel een vraagteken van ja, hoe. Maar het is natuurlijk dan ook wel meer belastend voor onszelf.' VK 6

'Ik heb een aantal pittige casussen thuis gehad in mijn carrière, waarvan ik echt denk als we daar met z'n tweeën hadden gestaan, had ik misschien er ook minder een trauma aan overgehouden. Eén en was het ook misschien anders afgelopen.' VK 10

Ten aanzien van het effect op de barenden van standaard twee vroedvrouwen waren de vroedvrouwen niet eenduidig en gaven zij vooral aan dat je goed moet communiceren met de cliënt dat de eerste vroedvrouw het beleid af zal stemmen met de cliënt. De tweede vroedvrouw is ondersteunend aanwezig.

'Ik denk dat het gewoon heel belangrijk is hoe je het introduceert. Ik snap wel dat mensen (cliënten, SZ) dat misschien heel spannend vinden. Dat is de realiteit dat je die reactie hierop gaat krijgen. Maar ik denk wel dat als je het goed presenteert zoals wij dat allemaal voelen, dat dat ook een groter aanspreekt. Dat het grip geeft en ook een gevoel van veiligheid vergroot. En dat het belangrijk is hoe de verhoudingen liggen. Ik kan me wel voorstellen dat als je twee vroedvrouwen hebt die met z'n twee al een keer wel knikken, als het toch wel heel lastig is om het dan te ventileren wat je er dan zelf als barende van vindt.' VK 5

Barrières

Participanten verwachtten zowel werkgerelateerde als persoonlijke *demands* bij de inzet van een tweede vroedvrouw bij een thuisbaring. Als werkgerelateerde *demands* werden genoemd: de heersende cultuur van je collega's niet willen belasten en de norm dat je het als vroedvrouw alleen zou moeten kunnen. De beperkte beschikbaarheid van vroedvrouwen en mogelijk onvoldoende draagvlak onder (andere) vroedvrouwen leidden tot zorgen over haalbaarheid. Ook het mogelijk niet rondkrijgen van de 'bevalpoule' werd als barrière genoemd. Sommige participanten gaven aan dat ze verwachten dat niet alle vroedvrouwen kraamzorgtaken willen doen.

Persoonlijke belasting werd met name verwacht op het gebied van meer beschikbaarheid van vroedvrouwen om de aanwezigheid van de tweede vroedvrouw te kunnen borgen. Twee van de participanten vonden het belemmerend als de tweede vroedvrouw niet open zou staan voor zorgvragen buiten de richtlijn. Participanten vroegen zich af of het een mogelijke aantasting van de professionele autonomie van de eerste vroedvrouw zou kunnen geven met daaruit volgende dat een tweede vroedvrouw met een andere visie op het beleid als mogelijk belemmerend werd gezien. Met een adequate rolverdeling tussen eerste en tweede vroedvrouw verwachtten de participanten geen probleem. Een participant vroeg zich af of de problemen in de geboortezorg opgelost moeten worden door eerstelijns vroedvrouwen. Andere participanten beaamden dat, maar zagen ook kansen in minder afhankelijkheid van de kraamzorg en mogelijke kwaliteitsverbetering in de eerstelijns.

'Nou en daarin denk ik ook dat, want ik hoor ook wel zeggen van ja, is het echt nodig? Want ik kan het toch ook alleen? Maar ik denk ook dat je dus juist op het moment dat jij je zo voelt, ook kan zien, oké, maar dan doe ik het misschien niet eens zozeer voor mezelf, maar ben ik af en toe met een jongere verloskundige die van mij wat leert. En leer je ook, denk ik, als verloskundige die al heel lang meedraait, weer nieuwe dingen van die vroedvrouwen die net van de opleiding afkomen. En hoor ik soms bijna van, gunnen we dit onszelf? Laten we ons dit alsjeblieft gunnen. En laten we denken, laten we het alsjeblieft proberen. Want ik denk dat het voor iedereen heel fijn is...' VK 11

'Kijk, als je dingen als werkplezier en ontspanning en minder traumaervaring gaat meten, vast en zeker. Als je belastbaarheid, oproepbaarheid en druk om die poel gevuld te hebben in de achterhoek, dan weet ik het niet. Ja, lijkt me heerlijk. Ik heb genoten van mijn partus samen.' VK 8

'Maar ik denk als we het hebben over vertrouwen en respect, het helpt natuurlijk heel erg. Ik denk ook dat dit langer zo zou zijn, ken je ook meer mensen. Dat je voelt dat het ook veilig is als eerste, als primary midwife, zeg maar, op dat moment. Dat daar een basis vertrouwen en respect bij hoort. Dat dat gewoon zo is, want ja, ook in je overdrachtsetting ga jij soms je beleid moeten verantwoorden.' VK 7

'En wat ik ergens intern lastig vind is dat het probleem in de geboortezorg ligt bij niet betrouwbare kraamzorg. Of die komt, hoe bekwaam ze is...pletekort waardoor je in de eerste lijn minder zeker staat. En dat we dat gaan oplossen als eerstelijns verloskundige. Terwijl bij ons het probleem niet ligt. Er ligt al heel veel druk op de verloskundige. Volgens mij is er al een tekort. Dus waar ga je dan die mensen...' VK 7

Passende organisatie

Alle participanten ervoeren een spanningsveld tussen enerzijds een positief gevoel over twee vroedvrouwen en anderzijds hoe dit haalbaar te organiseren. In de focusgroep werden twee verschillende vormen van organisatie genoemd: het inzetten van een tweede vroedvrouw via een al bestaand achterwachtsysteem (de dienstdoende van een collegapraktijk of via achterwacht binnen eigen praktijk) en het oprichten van een zogenoemde 'bevalpoule' (een partusassistentie poule voor vroedvrouwen op inschrijving).

Het onderwerp rolverdeling tussen de eerste en de tweede vroedvrouw was ook belangrijk. Voor alle participanten was het heel duidelijk dat de eerste vroedvrouw de verantwoordelijke vroedvrouw zou zijn. De tweede vroedvrouw heeft de rol van de partusassistentie en zou in een acute situatie eventueel de verantwoordelijkheid van moeder of kind op zich kunnen nemen, dit zou in afstemming tussen de vroedvrouwen plaatsvinden. Ook noemden de participanten het goed borgen van de financiële compensatie van de inzet van een tweede vroedvrouw belangrijk.

Achterwachtsysteem versus 'bevalpoule'

Bijna alle participanten gaven aan meer vertrouwen te hebben in de haalbaarheid en de meerwaarde van een bevalpoule versus gebruikmaken van het achterwachtsysteem. Er werden wel uitdagingen verwacht bij het sluitend krijgen van het rooster voor de 'bevalpoule'. Participanten hadden vertrouwen in het draagvlak onder collega's voor deze stadsbrede 'bevalpoule'.

Er was geen consensus binnen de focusgroep over het toetreden van vierdejaars studenten verloskunde tot de 'bevalpoule'. Enerzijds vonden de participanten het ontzettend leerzaam, belangrijk en helpend als studenten zouden meedoen (ook voor de haalbaarheid van de 'bevalpoule'), aan de andere kant was het idee juist dat de tweede vroedvrouw ook echt de verantwoordelijkheid op zich kan nemen en dat is bij een student zonder BIG-registratie niet het geval. Aan het eind van de focusgroep gaven vier vroedvrouwen aan zich al direct te willen aanmelden voor een nog op te richten 'bevalpoule'.

'Ik zou het hier het eigenlijk echt voor me zien als een eigen poule en dat je je daarop inschrijft. Dat je denkt, ik heb deze week al tweeënhalf dienst en een spreekuur. Maar op dat nachtje, de volgende dag heb ik niks. Dus dat nachtje zou prima nog extra eventueel wat uren kunnen werken. En dat je gewoon een soort agendasysteem hebt waarop iedereen zich inschrijft. En dat het denk ik gewoon stads-breed is.' VK 11

'Ik denk dat de partuspoule logisch is in belasting inderdaad. Want als je dan een tweede erbij hebt, ie ook nog weg gebeld kan worden, of die druk is met visite, dan is het ook een beetje de vraag: wat is de toegevoegde waarde?' VK 8

Rolverdeling en verantwoordelijkheid eerste en tweede vroedvrouw

Aan het begin van de focusgroep beschreven de vroedvrouwen het risico op 'twee kapiteins op een schip' bij een onduidelijke rolverdeling onderling, al had geen van hen dat zelf ooit ervaren in samenwerking met een collega. In de focusgroep kwamen de participanten al snel tot afspraken rondom de rolverdeling tussen de eerste en tweede vroedvrouw. De eerste vroedvrouw zagen zij als de beleidsverantwoordelijke, de tweede vroedvrouw als de partusassistentie. Volgens de participanten

kan vanzelfsprekend het beleid tussen de vroedvrouwen onderling besproken en afgewogen worden. Dit is onafhankelijk van de werkervaring van beide vroedvrouwen (senior/junior principe). Volgens de participanten zullen beide vroedvrouwen formeel verantwoordelijkheid dragen in het geval van een calamiteit. Er werd behoefte gevoeld de juridisch juiste informatie hierover uit te zoeken.

'Er is er één verantwoordelijk voor. En het tweede is om jou te ondersteunen. (...) Tenzij er acute spoed is wat heel zeldzaam is, dan is het fijn dat je allebei kan reanimeren. En dat de ene de fluxus kan doen en de andere het kind.' VK 7

'Over die eerste en tweede verloskundige, dat ik op een gegeven moment ook een keer hoorde van ja, het zou dan interessant zijn als de jongere de baring doet, maar ik denk eigenlijk dat het wel heel belangrijk is dat je gewoon de eerste verloskundige is degene die dienst heeft. En de partusassistentie is de ondersteuning en dat je daar in principe niet van afwijkt, omdat het dan denk ik gek wordt. En dan als de eerste verloskundige denkt, shit, ik ben al zoveel uur aan het werk, of ik weet het even niet, kan die altijd aftikken en zeggen van joh, kun jij even iets doen? Maar dat dat niet andersom gaat zijn. Want dan wordt het denk ik lastig' VK 11

Financiële aspect van een tweede vroedvrouw bij de baring

De participanten stelden gezamenlijk vast dat het financieel aantrekkelijk kan zijn om het kraamzorg partusassistentie tarief te kunnen declareren als tweede vroedvrouw. Er was geen consensus over of en hoe wachtgeld te financieren. Er werd genoemd dat het wenselijk is dat de eerstelijns vroedvrouwen de partusassistentie zelf direct zouden kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Een vroedvrouw vertelde dat zij soms als tweede vroedvrouw bij het Bevalcentrum Zuid (extramuraal) werkt en daarvoor een tarief van 52 euro per uur kan declareren. Dit is lager dan het kraamzorgtarief vanwege overheadkosten.

'En ik weet wat ZZP kraamverzorgenden verdienen. En ik vind het echt geen enkel probleem om voor 70 euro per uur een bed te verschonen. Prima, dat is meer dan spreekuurtarief bij de meeste praktijken.' VK 11

3 Discussie

Interpretatie van de resultaten

Uit het onderzoek zijn veel inzichten gekomen, de belangrijkste daarvan komen samen in de vier hoofdthema's: **positieve attitude**, **positieve verwachtingen**, **barrières** en **passende organisatie**. Tien van de elf participanten hadden een **positieve attitude** ten aanzien van het standaard inzetten van de tweede vroedvrouw. Als randvoorwaarde voor het standaardiseren van een tweede vroedvrouw hadden participanten een **passende organisatie** nodig om **barrières** zoveel mogelijk weg te nemen. Alle participanten hadden **positieve verwachtingen** bij deze innovatie voor zowel werkgerelateerde als persoonlijk *resources*. Vanuit het perspectief van het JD-R model zorgt de inzet van een tweede vroedvrouw mogelijk voor een toename aan werkgerelateerde *demands*. Tegelijk zou het werkgerelateerde én persoonlijke *resources* kunnen bieden bij thuisbevallingen: weinig stress en meer werkplezier door de mogelijkheid te kunnen overleggen en het gevoel van verantwoordelijkheid te kunnen delen. Het is nog onduidelijk wat de balans hiertussen is; dit zou gedeeltelijk ook van persoonlijke kenmerken kunnen afhangen. Uit het onderzoek van Kool et al. (2019) onder pasafgestudeerde vroedvrouwen bleek dat collegiale steun een belangrijke *resource* was. Tegelijk waren collega's voor sommige vroedvrouwen uit dat onderzoek ook juist een *demand*, bijvoorbeeld als de collega ook hun werkgever was. Bij behoefte aan hulp voelden ze barrières deze te vragen uit angst om als incompetent te worden gezien. Sociale verhoudingen, persoonlijke kenmerken en omstandigheden lijken invloed te hebben op of iets meer als een *demand* of als *resource* werd ervaren.

De participanten verwachtten dat een tweede vroedvrouw een passende kwaliteitsverbetering zal zijn met mogelijk positieve gevolgen voor de duurzame inzetbaarheid van eerstelijns vroedvrouwen en de keuzevrijheid en ervaring van barenden. Participanten voelden dat er momentum is voor deze innovatie door alle uitdagingen in de veranderende geboortezorg. De thuisbevalling is vanzelfsprekend geen doel op zich, maar de mogelijkheid om voor een veilige thuisbevalling te kunnen kiezen geïntegreerd in het geboortezorgsysteem, draagt bij aan het hebben van keuzevrijheid en reproductieve rechten (ICM, 2017).

In de focusgroep kwam naar voren dat de diepgewortelde cultuur van 'het alleen moeten kunnen' en collega's niet willen belasten een barrière is. De participanten verwachtten dat het standaardiseren van de tweede vroedvrouw zal helpen om die cultuur te veranderen.

Barrières in innovatieprocessen: tussen positieve attitude en haalbaarheid

De inzet van een tweede vroedvrouw kan in het beginsel contra-intuïtief lijken bij capaciteitsproblemen in de eerstelijns. Als er onvoldoende vroedvrouwen zijn om de roosters met één vroedvrouw rond te krijgen lijkt het problematisch om het begeleiden van thuisbevallingen met twee vroedvrouwen te realiseren. Een aantal participanten werkt minder als vroedvrouw vanwege de werkdruk in een dienst. Bij extra werken voor de 'bevalpoule' verwachtten zij een minder belastende werkdruk. De bevalpoule zou volgens de participanten om verschillende redenen de aangewezen organisatievorm zijn. De onderzoeker sprak eerder met andere vroedvrouwen in het werkveld, deze gaven juist aan liever het achterwachtsysteem te gebruiken voor de inzet van een tweede vroedvrouw. Verder onderzoek naar

de passende organisatie is wenselijk.

De participanten van de focusgroep beschreven een spanningsveld tussen de wens voor de inzet van een tweede vroedvrouw en de onzekerheid of dit praktisch haalbaar is. Deze onzekerheid en spanning zijn kenmerkend voor innovatieprocessen. Een systematisch review van Haring et al. (2022) laat zien dat innovatieprocessen in de gezondheidszorg vaak belemmerd worden door conflicten tussen idealen, bestaande werkculturen, overtuigingen en de organisatorische en regelgevende context. De auteurs wijzen op het belang van het juist actief onderzoeken van zulke spanningen, omdat dit waardevolle inzichten kan opleveren. Door spanningen te erkennen en te adresseren, kan innovatie op een meer realistische én duurzame manier worden opgezet en geïmplementeerd. Deze benadering sluit aan bij een andere, 'niet-lineaire' manier van kijken en het erkennen dat geboortezorg als 'complex adaptive system' functioneert. Nieuwenhuijze et al. (2015) ontwikkelden een taxonomie om de belangrijkste componenten te identificeren van de complexiteitstheorie binnen de geboortezorg. De onderzoekers benadrukken dat niet alleen de afzonderlijke componenten een complex systeem kenmerken maar juist de dynamiek ertussen. Deze dynamiek komt terug bij elke stakeholder, zoals in dit geval een maat, waarnemer, verloskundestudent en kraamzorg. De stakeholders die betrokken zijn bij de innovatie én de dynamiek tussen deze stakeholders binnen het gehele systeem resulteert in 'patronen van interactie'. Het is belangrijk om deze dynamieken mee te nemen in het proces voor een succesvolle implementatie.

Waardegedreven geboortezorg & Triple Value Healthcare

De innovatie tweede vroedvrouw bij een thuisbevalling past binnen het huidige paradigma van *waardegedreven geboortezorg*. Hierin wordt gebruikt gemaakt van de *Triple Value Healthcare* (Gray, 2016). Dit model gebruikt drie waarden, vertaald naar de geboortezorg:

Persoonlijke waarde: wat belangrijk is voor vrouwen, hun partners en families;

Technische waarde: het zo efficiënt mogelijk leveren van zorg;

Allocatieve waarde: een optimale verdeling van mensen en middelen over de verschillende vormen van de geboortezorg.

Bezien vanuit de inzet van de tweede vroedvrouw heeft de *persoonlijke waarde* voor de cliënt betrekking op het behoud van keuzevrijheid (bijvoorbeeld de keuze in plaats van de bevalling), het samen kunnen beslissen over beleid (ook tijdens een bevalling) en de eigen ervaringen. De *technische waarde* heeft betrekking op het efficiënt inzetten van mensen en middelen gericht op de best mogelijke uitkomsten. Bij de inzet van de tweede vroedvrouw lijkt hierin een spanning te ontstaan tussen de beoogde mogelijke werkdrukverlaging tijdens de thuisbevalling en de mogelijke werkdrukverhoging door een systeem van tweede vroedvrouw als partusassistentie. Indien een tweede vroedvrouw positieve uitkomsten als minder verwijzingen, minder stress, lagere kans op uitval en een hoger werkplezier dan alleen werkende verloskundigen zou opleveren, kan het als een waardeverbetering worden gezien. Het verdient aanbeveling hier verder onderzoek naar te doen. Ook de invloed van de tweede vroedvrouw op de *allocatieve waarde* dient nader onderzocht te worden.

Traumatische bevalervaringen voor barende en zorgverlener

Twee participanten gaven aan dat eerdere traumatische bevallingen waarschijnlijk minder impact op hen hadden gehad als zij deze samen met een collega hadden begeleid. Dit is in lijn met een recent scoping review van Nieuwenhuijze et al. (2024) waarin vroedvrouwen uit negentien landen aangaven dat gebrek aan ondersteuning in acute situaties, zoals lang op een ambulance of operatiekamerpersoneel moeten wachten, tot veel stress en angst had geleid. Sommigen gingen hierdoor defensiever werken: zij verwezen laagdrempeliger of eerder in het proces naar een arts of intervenueerden sneller. Sommige vroedvrouwen overwogen om te stoppen met hun werk, sommige deden dat ook. Collegiale steun bleek essentieel, bij een gebrek daaraan verergerde de traumatische ervaring. Twee vroedvrouwen kunnen op cruciale momenten met elkaar beleid afwegen en zo het gevoel hebben er niet alleen voor te staan. Zeker ook als door capaciteitsproblemen in de tweede lijn mogelijk vaker mid risk baringen thuis plaatsvinden. Of als er door capaciteitsproblemen bij de kraamzorg geen (adequate) partusassistentie is en een vroedvrouw de enige zorgverlener bij een baring is.

Voor de ervaring van de barende zou dit ook positief kunnen zijn. Hollander et al. (2017) toonden aan dat traumatische bevalervaringen mogelijk voorkomen hadden kunnen worden als zorgverleners beter communiceren, beter luisteren en meer emotionele of praktische steun bieden. Deze bevindingen benadrukken het belang van afgestemde zorg tijdens de baring. De inzet van twee vroedvrouwen kan hierin ondersteunen doordat taken gedeeld worden. Er ontstaat mogelijk meer ruimte en rust voor uitleg, emotionele steun en responsiviteit richting de barende vrouw, bij een normale bevalling én bij een gecompliceerde bevalling. Voor de duurzamere inzet van vroedvrouwen zou collegiale steun tijdens én na een traumatische baring mogelijk kunnen zorgen voor minder uitval na een traumatische ervaring.

Beperkte literatuur

Internationaal is er beperkt onderzoek gedaan naar de inzet van twee vroedvrouwen bij de thuisbevalling en baringen in een extramuraal bevalcentrum. Er lijkt daarmee een kennishiaat te zijn. Er is een onderzoek van Taylor et al. (2018), waarin onderzocht werd of het inzetten van één vroedvrouw samen met een 'Midwifery Support Worker' (MSW) een haalbaar alternatief was voor de in Engeland gebruikelijke twee vroedvrouwen. De dertien betrokken vroedvrouwen rapporteerden overwegend positieve ervaringen met de MSW's. Een belangrijke bevorderende factor bleek dat zij de MSW's kenden vanuit eerdere samenwerking in de kliniek. Deze MSW's werden voorafgaand aan de pilot twee jaar getraind. De auteurs signaleerden dat samenwerking met een MSW mogelijk tot een hogere werkdruk voor de vroedvrouw zou leiden, vooral vanwege de toegenomen verantwoordelijkheid. De uitkomsten zijn beperkt generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie. Vroedvrouw en partusassistentie in Nederland kennen elkaar nog zelden door regionale schaalvergroting van kraamzorgorganisaties. Ook is het Nederlandse scholingstraject voor kraamzorg korter dan twee jaar.

Een andere studie is de Zweedse gerandomiseerde studie 'Oneplus' (Edqvist et al., 2020). Hierin werd onderzocht of twee vroedvrouwen aanwezig tijdens de persfase van de geboorte in een ziekenhuis effect had op het optreden van ernstige perineumschade. Dit bleek inderdaad tot een

reductie van 30% derdegraads rupturen te leiden. In de studie is ook gekeken naar de ervaringen van barenden bij het werken met twee vroedvrouwen. Van de ruim 1000 barenden die de vragenlijst (Tern et al., 2023) hadden ingevuld rapporteerde ruim een derde dat ze zich veilig voelden met een tweede vroedvrouw. Bijna de helft van de vrouwen zouden bij een volgende baring weer een tweede vroedvrouw willen. Negatieve ervaringen, zoals stress door de aanwezigheid van de tweede vroedvrouw kwam heel beperkt voor. Vrouwen waren tevredener als de tweede vroedvrouw meer dan vijftien minuten aanwezig was.

Volgens recent onderzoek (Tern et al., 2024) kan het werken met twee vroedvrouwen bijdragen aan professioneel leren van vroedvrouwen, dit gold zowel voor de eerste als de tweede vroedvrouw. Factoren als werkervaring, duur van de samenwerking en de wederzijdse feedback beïnvloedden het leerproces. Eerste vroedvrouwen die minder dan twee jaar werkzaam waren scoorden hoger op professioneel leren dan de ervaren vroedvrouwen. Bij de tweede vroedvrouw was globaal hetzelfde effect op professioneel leren te zien. Het van elkaar leren werd door participanten van de focusgroep ook als mogelijke positieve uitkomst gezien. De bevindingen uit deze onderzoeken benadrukken het belang professioneel leren door de inzet van twee vroedvrouwen in de Nederlandse context verder te onderzoeken.

Sterkten en limitaties van het onderzoek

Een belangrijke sterkte van dit onderzoek was de vertrouwelijke interactie tussen de participanten tijdens de focusgroep. Veel participanten kenden elkaar en dit leidde tot een open en genuanceerd gesprek waarin iedereen haar mening liet horen. Bij focusgroeponderzoek is bekend dat aanmelden voor deelname kan leiden tot een oververtegenwoordiging van participanten met een positieve houding ten opzichte van het onderwerp, de zogenoemde *early adopters*. Volgens de Diffusion of Innovations-theorie van Rogers (2003) zijn deze participanten vaak positiever en staan ze meer open voor innovaties dan de algemene beroepsgroep. Dit kan betekenen dat de resultaten van dit onderzoek een optimistischer beeld geven dan leeft onder alle eerstelijns vroedvrouwen in Nederland. Tegelijkertijd zijn juist deze *early adopters* van belang bij de verspreiding van innovaties, omdat zij de *early majority* kunnen inspireren en aanzetten tot verandering. Voor toekomstig onderzoek is het waardevol ook vroedvrouwen te betrekken die kritischer tegenover de innovatie staan. De audio-opname van de focusgroep is verbatim getranscribeerd en via een membercheck goedgekeurd door de participanten. Er kwamen geen correcties of aanvullingen terug.

Dit onderzoek kent ook enkele limitaties. Er is maar één focusgroep uitgevoerd waardoor er geen sprake kan zijn van datasaturatie. In de focusgroep kwamen wel veel diverse inzichten naar voren, werd de gehele topiclijst besproken en er kwam bij afronding geen nieuwe informatie meer. Daarbij is er discussie over het nut van het bereiken van datasaturatie bij kwalitatief onderzoek met thematische analyse (Braun & Clarke, 2019). In deze focusgroep zijn, dankzij de aanwezigheid van zowel meer als minder ervaren vroedvrouwen die in verschillende werkvormen praktiseren, diverse perspectieven gedeeld. Binnen een andere focusgroep zouden vanzelfsprekend andere inzichten naar voren kunnen komen.

Een andere limitatie zou de positieve attitude van de onderzoeker kunnen zijn. De onderzoeker was zich bewust van haar positieve attitude en dit is aan het begin van de focusgroep benoemd, waarna de deelnemers expliciet werden uitgenodigd tot kritische reflectie. Een observator (CvG) was aanwezig om de kans op moderatorbias te verkleinen en waar nodig aanvullende of verdiepende vragen te stellen. De moderator en observator moedigden alle deelnemers actief aan om hun mening te geven, wat de kans op conformiteitsbias verkleinde. Er ontstonden discussies en deelnemers stelden vragen aan elkaar, wat kenmerkend is voor de kracht van de focusgroep als onderzoeksmethode. De onderzoeker was ook de eerste codeur. Tijdens de thematische analyse is met een inductieve benadering gestreefd naar een zo open mogelijke coderingsaanpak. Om interpretatiebias te beperken is gewerkt volgens het vier-ogenprincipe: een deel van de coderingen én de hoofdthema's zijn besproken met een medeonderzoeker en de scriptiebegeleider ter controle, hieruit bleek overeenstemming en dit droeg daarmee bij aan de betrouwbaarheid van het coderingsproces.

Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek is verkend hoe eerstelijns vroedvrouwen aankijken tegen het werken met twee vroedvrouwen bij een thuisbaring (en/of extramuraal bevalcentrum) in plaats van één vroedvrouw met kraamzorg-partusassistentie en welke verwachtingen ze daarbij hebben. Het J-DR model en het identificeren van de *demands* en *resources* bij deze innovatie is als theoretisch kader gebruikt in het onderzoek. De bevindingen zijn zowel praktisch als theoretisch in een nationaal- en internationaal kader geplaatst. De focusgroep heeft waardevolle inzichten over de mogelijk inzet van een tweede vroedvrouw opgeleverd. Op basis van de resultaten en de (beperkte) literatuur zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- Het verdient aanbeveling om een (pilot)studie naar de inzet van twee vroedvrouwen bij de thuisbevalling op te zetten. Hierin kunnen de ervaringen van de eerste en tweede vroedvrouwen onderzocht worden, evenals de ervaringen van de barenden. Idealiter worden cliënten en kraamzorg reeds bij de opzet hiervan als stakeholders betrokken. Uit de focusgroep kwamen duidelijke gewenste onderzoeksuitkomsten met betrekking tot de ondersteunende en belastende factoren naar voren zoals: *ervaren werkdruk door beide vroedvrouwen, percentage thuisbevallingen en verwijzingen, tevredenheid en gevoel van veiligheid van vroedvrouwen én cliënten, beleving samenwerking vroedvrouwen, reflectie en leermomenten, verwerking van calamiteiten, passende organisatievorm met passende financiën*.
- Het is uit oogpunt van eventuele implementatie van de innovatie van belang alle stakeholders bij dit vraagstuk te betrekken, met name ook de zorgverzekeraars.
- Het is van belang de juridische aspecten van de inzet van de tweede vroedvrouw te verkennen (hierin lijkt een rol voor de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen weggelegd).

- Praktische implicatie voor de praktijk: het mogelijk maken voor vroedvrouwen om het kraamzorgtarief direct te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Door eerdere ervaringen van participanten bleek de behoefte aan het zelf kunnen organiseren van een tweede vroedvrouw bij onvoldoende kraamzorgpartusassistentie of bij (milde) zorgvragen buiten de richtlijn.

Zoals een van de vroedvrouwen aan het einde van de focusgroep zei: *'Ik denk dat we heel breed gekeken hebben, echt heel leuk. En ik denk niet dat het simpel zal zijn om dit plan voor elkaar te krijgen, maar ik denk wel dat het heel verstandig is om er veel moeite voor te doen.'* Met dit onderzoek is voor het eerst in Nederland (en zover bekend internationaal) een concrete stap gezet in het onderzoeken van de mogelijke inzet van twee vroedvrouwen bij de thuisbevalling (en extramuraal geboortecentrum) met als doel bij te dragen aan het behouden van de keuzevrijheid van barenden en een duurzamere inzet van vroedvrouwen.

Literatuurlijst

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands–resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Braun, V., & Clarke, V. (2019). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Comeau, A., Hutton, E. K., Simioni, J., Anvari, E., Bowen, M., Kruegar, S., & Darling, E. K. (2018). Home birth integration into the health-care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*, 45(3), 311–321. <https://doi.org/10.1111/birt.12339>

CPZ. (2023, December 15). *Geboortezorgpartijen gaan aan de slag met gezamenlijk plan van aanpak capaciteitsproblematiek*. <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/geboortezorgpartijen-gaan-aan-de-slag-met-gezamenlijk-plan-van-aanpak-capaciteitsproblematiek> geraadpleegd op 10 mei 2025

De Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A. C., Amelink-Verburg, M., Mol, B. W. J., Nijhuis, J. G., Gravenhorst, J. B., & Buitendijk, S. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), 1177–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x>

Daemers, D. O. A., Van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J., & De Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>

Droogendijk, M., & Federatie van VSV's. (2024). *Visiedocument acute geboortezorg* (versie 1.1). [visiedocument acute geboortezorg](#) geraadpleegd op 11 mei 2025

Edqvist, M., Dahlen, H. G., Häggsgård, C., Tern, H., Ängeby, K., Tegerstedt, G., Teleman, P., Ajne, G., & Rubertsson, C. (2020). One plus one equals two—Will that do? Trial protocol for a Swedish multicentre randomised controlled trial to reduce severe perineal trauma. *Trials*, 21, Article 842. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04837-7>

Feijen-de Jong, E., van der Voort-Pauw, N., Nieuwschepen-Ensing, E. G., & Kool, L. (2022). Intentions to leave and actual turnover of community midwives in the Netherlands: A mixed-methods study exploring the reasons why. *Women and Birth*, 35(6), e573 e582. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.004>

- Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W., van Dommelen, P., & van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 501–510. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu060>
- Flinterman, L., Vis, E., & Wit, R. (2022). *De arbeidsmarkt voor verloskundigen: Een capaciteitsraming voor de periode 2022-2032/2037*. NIVEL.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004246.pdf>
- Gillen, P., Bamidele, O., & Healy, M. (2023). Systematic review of women's experiences of planning home birth in consultation with maternity-care providers in middle- to high-income countries. *Midwifery*, 124, 103733. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103733>
- Goodarzi, B. (2023). *Putting risk in its place: The complexity of risk selection in maternal and newborn care* [Doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam], <https://doi.org/10.5463/thesis.86>
Chapter 1 & 2
- Gray, M., & Jani, A. (2016). Promoting Triple Value Healthcare in countries with universal healthcare. *HealthcarePapers*, 15(3), 42–48.
- Haring, M., Freigang, F., Amelung, V., & Gersch, M. (2022). What can healthcare systems learn from looking at tensions in innovation processes? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22, Article 105. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08626-7>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2,192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515–523.
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- International Confederation of Midwives. (2017). *Position statement: Home birth*. <https://internationalmidwives.org/resources/home-birth/> geraadpleegd op 12 maart 2025
- KNOV – Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (2024). *Capaciteitsproblematiek in de verloskunde*. [capaciteitsproblematiek in de verloskunde](#) geraadpleegd op 11 mei 2025
- Kool, L. (2023). *Untangling the elements of midwives' occupational well-being: A study among newly qualified and experienced midwives* [Master's thesis, University of Groningen]. University of Groningen. <https://research.rug.nl/nl/publications/untangling-the-elements-of-midwives-occupational-wellbeing-a-stud>
- Kool, L., Feijen-de Jong, E., Mastenbroek, N., Schellevis, F. G., & Jaarsma, D. (2023a). Midwives' occupational well-being and its determinants: A cross-sectional study among newly qualified and

experienced Dutch midwives. *Midwifery*, 125, Article 103776. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103776>

Kool, L., Feijen-de Jong, E., Schellevis, F. G., & Jaarsma, D. (2019). Perceived job demands and resources of newly qualified midwives working in primary care settings in the Netherlands. *Midwifery*, 69, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.012>

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Díaz, V., Geller, S. E., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I. O., Pileggi Castro, C., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Nieuwenhuijze, M., Downe, S., Gottfreðsdóttir, H., Rijnders, M., du Preez, A., & Rebelo, P. V. (2015). Taxonomy for complexity theory in the context of maternity care. *Midwifery*, 31(9), 834–843. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.009>

Nieuwenhuijze, M., Leahy-Warren, P., Healy, M., Aktaş, S., Aydin, R., Calleja-Agius, J., Goberna-Tricas, J., Hadjigeorgiou, E., Hartmann, K., Henriksen, L., Horsch, A., Lange, U., Murphy, M., Pierron, A., Schäfers, R., Pajalic, Z., Verhoeven, C., Berdun, D., & Hossain, S. (2024). The impact of severe perinatal events on maternity-care providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, Article 10595. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10595-y>

Offerhaus, P. (2015). *Patterns in primary midwife-led care in the Netherlands: Trends and variation in intrapartum referrals* [Doctoral dissertation, Radboud University]. Kennispoort Verloskunde. <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/144026> Chapter 1 (introduction) & Chapter 6

Offerhaus, P. M., Otten, W., Boxem-Tiemessen, J. C., De Jonge, A., Van Der Pal-De Bruin, K. M., Scheepers, P. L., & Lagro-Janssen, A. L. (2015). Variation in intrapartum referral rates in primary midwifery care in the Netherlands: A discrete choice experiment. *Midwifery*, 31(4), e69 e78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.01.005>

Olsen, O., & Clausen, J. A. (2023). Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(3), Article CD000352. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3>

O'Connor, C., & Joffe, H. (2020). Intercoder reliability in qualitative research: Debates and practical guidelines. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406919899220. <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>

Perined. (2022). *Kerncijfers 2021*. <https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/kerncijfers-2021> geraadpleegd 1 februari 2025

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.

Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., & De la Fuente-Solana, E. I. (2020). Prevalence and predictors of burnout in midwives: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 641. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020641>

Taylor, B., Henshall, C., Goodwin, L., & Kenyon, S. (2018). Task shifting: Midwifery support workers as the second health worker at a home birth in the UK—A qualitative study. *Midwifery*, 62, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.003>

Tern, H., Edqvist, M., Rubertsson, C., & Ekelin, M. (2024). Midwives' experiences of professional learning when practising collegial midwifery assistance during the active second stage of labour: Data from the OnePlus trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, Article 6499. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06499-8>

Tern, H., Rubertsson, C., Ekelin, M., Dahlen, H. G., Häggsgård, C., & Edqvist, M. (2023). Women's experiences of being assisted by two midwives during the active second stage of labour: Secondary outcomes from the OnePlus trial. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 39, 100926. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100926>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Van den Heuvel, J., Kool, L., & van Elteren, M. (2023). Midwives' work-related fear and anxiety and its impact on their wellbeing and performance: A qualitative study of perceived anxiety in community midwives. *European Journal of Midwifery*, 7, Article e172574. <https://doi.org/10.18332/ejm/172574>

Van der Pijl, M. S., Kasperink, M., Hollander, M., Verhoeven, C., Kingma, E., & de Jonge, A. (2021). Client–care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLOS ONE*, 16(2), e0246697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246697>

Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 47(13), 38–43. <https://doi.org/10.1007/BF03083653>

Vedam, S., Stoll, K., White, S., Aaker, J., & Schummers, L. (2009). Nurse-midwives' experiences with planned home birth: Impact on attitudes and practice. *Birth*, 36(4), 274–282. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x>

Verhoeven, N. (2023). *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom.

Warmelink, J. C. (2017). *The organisation of midwifery care in the Netherlands* [Doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam]. <https://research.rug.nl/nl/publications/the-organisation-of-midwifery-care-in-the-netherlands> Chapter 1 (introduction)

Weltens, M., De Nooijer, J., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Influencing factors in midwives' decision making during childbirth: A qualitative study in the Netherlands. *Women And Birth*, 32(2), e197 e203. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.009>

Wiegers, T. A., van der Zee, J., & Keirse, M. J. (1998). Maternity care in the Netherlands: The changing home birth rate. *Birth*, 25(3), 190–197. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.1998.00190.x?sid=nlm%3Apubmed>

Zinsser, L. A., Stoll, K., & Groß, M. M. (2016). Midwives' attitudes towards supporting normal labour and birth: A cross-sectional study in South Germany. *Midwifery*, 39, 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.006>

Bijlage 1. Thematische analyse van oriënterende fragmenten uit gesprekken met het werkveld voor vraagarticulatie van de focusgroep

De fragmenten die worden gebruikt in dit oriënterende onderzoek zijn door de betreffende vroedvrouw gecontroleerd en is er toestemming gegeven voor vermelding met voorletter en functie.

Capaciteit vroedvrouwen

Organisatie tweede vroedvrouw

Financiële compensatie

Autonomie vroedvrouw in samenwerking met andere vroedvrouw

Attitude voor participeren pilot tweede vroedvrouw (kan positief en negatief)

Verwachtingen bij inzet tweede vroedvrouw

Van elkaar leren / intervisie

Extra handen en ogen / hulp

M. (eerstelijns vroedvrouw en praktijkhouder):

Ik zou heel erg zijn voor een pilot. Capaciteit zie ik wel als een uitdaging. Vroedvrouwen hebben niet veel ruimte om extra diensten te doen, dan is dit regelen in een achterwachtsysteem logischer en haalbaarder. Ik ben benieuwd naar wat dit voor uitkomsten zou geven.

N. (eerstelijns vroedvrouw en praktijkhouder):

Een pilot voor de tweede vroedvrouw bij de thuisbaring lijkt mij heel interessant en leuk. Goed om van elkaars handelingen te leren en extra ogen en handen erbij te hebben van een professional die dezelfde kennis en kunde heeft. Aan de ene kant denk ik dus ja, aan de andere kant ben ik bezorgd over de praktische haalbaarheid. Bijvoorbeeld bij grotere en kleinere praktijken. Je zou kunnen denken aan een bevalpoule. Fijn als er een vergoeding tegenover staat. Wij doen het in mijn kleine praktijk vaker, dan ben ik de tweede vroedvrouw omdat cliënten graag willen dat ik erbij ben. Ik doe dan de partusassistentie zelf (helaas zonder betaling omdat het mijn eigen praktijk is). Als collega's ervaren wij dat als heel erg fijn, we hebben geen last van twee kapiteins op een schip. Laatst ook met een eerstelijns collega van een andere praktijk een baring begeleid op het bevalcentrum waar ik de tolk was. We vonden dat onderling heel fijn, jammer dat we dat niet vaker doen.

L. (eerstelijns vroedvrouw en praktijkhouder):

Ik ben voor een tweede vroedvrouw bij alle thuisbaringen. Wij doen dit in onze kleine praktijk standaard bij zorgvragen buiten de richtlijn. We rekenen dan 280 euro (=70 euro per uur) voor de tweede vroedvrouw (gebaseerd op ongeveer 4u aanwezigheid). De 280 euro vragen wij als extra bijdrage aan de cliënt. Bij ons is er naast de tweede vroedvrouw dan ook een kraamzorg aanwezig.

K. (eerstelijns vroedvrouw en praktijkhouder):

het lijkt me op zich een heel prettig systeem maar het idee van meer dienst, meer op wacht staan spreekt me dan weer niet zo aan.

A. (eerstelijns vroedvrouw en praktijkhouder)

Ik voorzie capaciteitsprobleem van de 1e lijn dus ik weet niet hoe dit logistiek zou moeten. Als je de dienstdoende van een andere praktijk vraagt dan is dat misschien het fijnst, die is toch al on call. Misschien groepjes maken van praktijken? Onze praktijk heeft weinig thuisbevallingen, we bellen elkaar regelmatig als er wel een is om samen de thuisbaring te begeleiden. Dit is dan natuurlijk niet volledig vergoed. We betalen dan vanuit de praktijk achterwachttaarif aan de tweede vroedvrouw.

R. (eerstelijns vroedvrouw en onderzoeker, ook vanuit perspectief startende vroedvrouw)

Ik zou heel graag een tweede vroedvrouw bij de thuisbevalling willen, zeker toen ik net afgestudeerd was maar nu nog steeds. De stress van de diensten en het gevoel van de enorme verantwoordelijkheid had een tweede vroedvrouw bij de thuisbevalling een stuk draaglijker gemaakt en daarmee had het minder energie gekost en was het minder intens geweest. Inmiddels voel ik me helemaal comfortabel als ik alleen naar een thuispartus ga maar als er iets gebeurt zou het wel echt heel fijn en belangrijk zijn om met z'n tweeën te zijn. Mooi voorbeeld was toen ik laatst eigenlijk toevallig bij een thuisbevalling met collega F was. Er ontstond een schouderdystocie waarbij de schouder wel 6 minuten vast zat. We hebben geen moment echt paniek gehad omdat we daar samen waren. We hadden echt het gevoel samen reddend te zijn. Ook naderhand hebben we beide ook helemaal geen last van deze ervaring gehad terwijl ik zelf meestal wel langer nodig heb om zoiets heftigs te verwerken of het nog een tijd kan voelen. Dat was in dit geval helemaal niet zo.

F. (eerstelijns vroedvrouw, 2,5 jaar werkzaam)

Ik word heel enthousiast van het idee om een tweede verloskundige bij een thuisbaring te hebben. Toen ik afstudeerde voelde ik mij zeker en bekwaam genoeg om zelfstandig een partus te begeleiden, maar besepte ik mij heel goed dat ons vak niet zwart-wit is, maar in veel gevallen een grijs gebied. Tijdens het eerste jaar na mijn afstuderen heb ik mijn collega's vaak gebeld wanneer ik twijfelde over mijn beleid en als ik zo terugkijk heb ik ook een aantal keer onterecht ingestuurd door mijn gebrek aan ervaring.

Het lijkt mij zeer waardevol om samen met een collega een thuisbaring te kunnen begeleiden om samen de situatie te beoordelen, met elkaar te overleggen en zo samen de beste zorg te kunnen leveren. Daarnaast zou het mij rust geven om te weten dat er een collega aanwezig is om te helpen indien er een acute situatie zou plaatsvinden. Een kraamverzorgende is fijn als hulp, maar het niveau loopt erg uiteen tussen de verschillende kraamverzorgenden en ik heb gemerkt dat ik in sommige gevallen behoefte had aan meer hulp.

Als dit idee wordt geïmplementeerd, dan verwacht ik dat het aantal verwijzingen zal afnemen en er meer continuïteit van zorg kan worden geleverd. Ook geeft dit de mogelijkheid om met elkaar te reflecteren op de geleverde zorg (Hebben we het juiste gedaan? Wat als we iets anders hadden gedaan?). Ik merk dat ik als startende verloskundige veel behoefte heb om te reflecteren en het lijkt mij heel fijn om dit met een collega te kunnen doen die ook bij de bevalling aanwezig was.

Ik kan mij voorstellen dat dit idee ook uitdagingen met zich mee brengt. Ik vraag mij met name af of een tweede verloskundige kan worden bekostigd. Ook moeten er duidelijke afspraken worden gemaakt hoe de taken zijn verdeeld en wie verantwoordelijk is.

P. (eerstelijns vroedvrouw, praktijkhouder en 2,5 jaar werkzaam)

Het lijkt me fijn als je met twee vroedvrouwen een thuisbaring kan begeleiden. Ik ben als startende vroedvrouw wel een beetje bezorgd of je niet in een soort eindstage situatie terecht zou komen, daar moeten dan afspraken over gemaakt worden. Ook zou ik het idee van extra dienst niet zien zitten.

D. (vroedvrouw niet praktiserend)

Het begeleiden van baringen met twee vroedvrouwen had mogelijk impact gehad op het stoppen met werken als vroedvrouw. Ik voelde de verantwoordelijkheid als een grote druk. Het begeleiden met een tweede vroedvrouw voelt ook spannend als een vroedvrouw een hele andere visie heeft.

Bijlage 2. Informatiemail deelname focusgroep

Titel van het onderzoek:

'Tweede vroedvrouw bij de thuisbaring of baring in het Bevalcentrum Zuid in plaats van kraamzorg partusassistentie'

Onderzoeker

Samie Zijlstra (samiezijlstra@gmail.com), vroedvrouw & student Master of Science Verloskunde, Begeleiding masterthesis: **Prof. dr. Corine Verhoeven**, Verloskundige wetenschap, Amsterdam UMC, AVAG

Onderwerp mail: **oproep focusgroep deelnemers 'tweede vroedvrouw bij de thuisbaring & Bevalcentrum Zuid' (22 mei 2025)**

Beste verloskundige/vroedvrouw,

Je bent van harte uitgenodigd deel te nemen aan een eenmalige focusgroep (groepsgesprek) met 6-12 andere eerstelijns verloskundigen van de EVAA.

Dit kwalitatieve onderzoek vindt plaats in het kader van mijn afstudeeronderzoek voor de Master of Science Verloskunde in opdracht van de EVAA.

Titel van het onderzoek:

'Tweede vroedvrouw bij de thuisbaring of baring in het Bevalcentrum Zuid in plaats van kraamzorg partusassistentie'

Onderzoeker: Samie Zijlstra (samiezijlstra@gmail.com / 06-42247426), vroedvrouw & student Master of Science Verloskunde, Begeleiding masterthesis: **Prof.dr. Corine Verhoeven**, Verloskundige wetenschap, Amsterdam UMC, AVAG

Doel van het onderzoek

Het doel van de focusgroep is om te verkennen hoe eerstelijns verloskundigen kijken naar het werken met twee verloskundigen bij een baring thuis of in het Bevalcentrum Zuid, in plaats van één verloskundige met kraamzorg partusassistentie, en wat daarbij hun verwachtingen zijn. En om te verkennen wat er nodig is als er een pilotstudie hierover wordt opgezet.

Deelnemen

Het is ontzettend fijn als je wilt deelnemen aan deze focusgroep! Alle verschillende perspectieven op dit onderwerp zijn heel waardevol. Het is in verband met de groepsdynamiek en focus niet handig als je tijdens de focusgroep dienst hebt.

De focusgroep zal op **22 mei 2025** plaatsvinden (**reservedatum 13 mei 2025** zelfde tijd).

Locatie: **Vroedvrouwenpraktijk van der Hoopstraat, Van der Hoopstraat 40A, Amsterdam.**

Inloop: 09:30, **start focusgroep 10:00**. Het gesprek zal ongeveer **twee tot twee en een half uur** duren (**inclusief korte pauze met koffie/thee en zelfgebakken taart**).

Het gesprek zal worden opgenomen en anoniem worden getranscribeerd (uitgeschreven van audio naar tekst).

Je krijgt het transcript te zien voor akkoord voordat de onderzoeker het gaat gebruiken. Naast de onderzoeker die

als moderator het gesprek gaat leiden zal een medestudent van de master de rol van observator op zich nemen.

Vrijwilligheid en vertrouwelijkheid

- Deelname is geheel vrijwillig. Op elk moment kun je zonder opgave van reden besluiten te stoppen met je deelname of je deelname intrekken. Gegevens die verzameld zijn tot moment van stoppen zullen worden gebruikt in het onderzoek.
- Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en geanonimiseerd verwerkt. Er zullen een aantal persoonsgegevens worden verzameld (leeftijd, werkervaring etc), deze worden in het transcript verwerkt. Alleen de onderzoeker weet welke code bij welke verloskundige hoort (officieel heet dit pseudonimiseren).
- De transcripten zullen 7 jaar beveiligd worden opgeslagen bij Verloskundige wetenschap, Amsterdam UMC, AVAG en alleen gebruikt worden voor dit onderzoek. De opname zal na transcriberen vernietigd worden.

Aanmelden:

Per mail bij mij: samiezijlstra@gmail.com, graag met onderstaande informatie:

- ☐ ik kan op **22 mei 2025**
- ☐ ik kan op beide data
- ☐ reservedatum **13 mei 2025** is voor mij de enige optie om deel te nemen

Na aanmelding ontvang je het informed consentformulier en een aantal vragen over leeftijd/werkervaring etc.

Als er vragen zijn of twijfels over deelname hoor ik dat heel graag! Dat kan telefonisch, per app of per mail.

Hartelijke groet en dank alvast!

Samie Zijlstra



Bijlage 3. Vragenlijst demografische kenmerken

1. Wat is je leeftijd?
..... jaar
2. Wat is je geslacht?
 - ☐ Vrouw
 - ☐ Man
 - ☐ Anders, namelijk:
 - ☐ Wil ik liever niet zeggen
3. Wat is je functie binnen de praktijk?
 - ☐ Praktijkhouder
 - ☐ Waarneemster
 - ☐ Werkzaam in loondienst
 - ☐ Anders, namelijk:
4. Hoeveel jaar ben je werkzaam als verloskundige?
 - ☐ Minder dan 5 jaar
 - ☐ 5–10 jaar
 - ☐ 10–20 jaar
 - ☐ Meer dan 20 jaar
5. Hoeveel verloskundigen zijn er werkzaam in de praktijk waar je (het meeste) werkt (in totaal)?
 - ☐ 1-3
 - ☐ 3–5
 - ☐ > 5
 - ☐ Caseload (ook duo's)
6. Onderschrijf je de visie van de EVAA?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee



Toestemming deelname focusgroep

'Tweede vroegvrouw bij de thuisbaring of baring in het Bevalcentrum Zuid in plaats van kraamzorg partusassistentie'.

Met ondertekening van dit formulier geef je aan dat:

- je voldoende bent geïnformeerd over het doel en de werkwijze van het onderzoek
- je weet dat deelname vrijwillig is en dat je elk moment zonder opgave van redenen mag stoppen met je deelname
- je toestemming geeft voor geluidsopname van de focusgroep en het verzamelen en gebruiken van een aantal gegevens (gepseudonimiseerd in het onderzoek)
- je de [visie van EVAA](#) onderschrijft.
- je wilt meedoen aan dit onderzoek.

Handtekening deelnemer:

Ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____



Bijlage 5. Script focusgroep

Welkom:

Bedankt voor jullie komst!

Ik ben Samie Zijlstra, vroedvrouw en masterstudent en ik zal vandaag deze focusgroep modereren. Dit is Chandelle van Gelderen, zij is eerstelijns vroedvrouw & masterstudent en zal de observatie van de focusgroep op zich nemen. Zij kan ook het gesprek tussentijds bijsturen, vragen stellen en ze zal aan het eind de belangrijkste punten samenvatten. We zullen ongeveer 2 tot 2,5 uur met elkaar praten. Tussendoor is er een korte pauze. De focusgroep zal worden opgenomen om de tekst te kunnen transcriberen, jullie bijdragen worden geanonimiseerd.

Het doel van vandaag is jullie meningen, verwachtingen en eventuele eerdere ervaringen te horen over het werken met twee vroedvrouwen bij een thuisbevalling of bij een bevalling in een extramuraal bevalcentrum (dus het Bevalcentrum Zuid). Dit in het kader van een pilotstudie die ik wil opzetten om het werken met twee vroedvrouwen tijdens de baring te kunnen onderzoeken. Ik hoor graag jullie ideeën over kansen en belemmeringen en welke uitkomstmaten voor jullie van belang zouden zijn bij zo'n pilot.

Ik gebruik zelf het woord vroedvrouw, is dat ok voor jullie? Ik ben zelf enthousiast over het onderwerp maar ik wil juist ook graag horen waar jullie niet enthousiast over zijn of waar jullie belemmeringen zien. We willen heel graag ieders meningen horen en daarbij zijn er geen goede of foute antwoorden. Dus spreek je uit!

Als je iets wilt zeggen terwijl iemand anders aan het woord is kun je het even voor jezelf opschrijven (zie papier en pen).

Hebben jullie zover vragen?

Alles wat hier gedeeld wordt is en blijft vertrouwelijk. Jullie hebben allemaal het informed consent gelezen en getekend.

Kennismaking:

Zullen we een rondje maken waarin iedereen zich even kort kan voorstellen? Je naam, bij welke praktijk je werkt en hoelang je al werkt? En als je wilt kun je delen waarom je wilt participeren aan de focusgroep? Of wat je verwachtingen zijn? (hier aan het einde op terugkomen dus evt opschrijven wat mensen zeggen).

Afsluiten focusgroep:

Chandelle zal samenvatten welke punten we hebben besproken.

Terugkomen op wat mensen aan het begin hebben gezegd qua verwachtingen: zijn je meningen over kansen en belemmeringen veranderd? Hoe kijk je er nu tegenaan? Hoe kijk je terug op dit gesprek?

Is er nog iets wat we niet hebben besproken wat iemand nog graag kwijt wil?

Jullie kunnen bij vragen altijd contact met me opnemen. Jullie zullen het geanonimiseerde transcript ontvangen van mij om een zogenoemde 'membercheck' te doen. Je hoort dan welke code jij bent. Goed of je wilt checken of er in jouw tekst geen feitelijke onjuistheden zijn. Indien je na 10 werkdagen geen feedback hebt gegeven ga ik ervanuit dat je akkoord bent.

We ronden hiermee de focusgroep af.

Ontzettend bedankt voor jullie deelname.

Bijlage 6. Topiclijst voor focusgroep

Structuur met behulp van de geselecteerde relevante determinanten uit MIDI Meetinstrument voor determinanten van innovaties (Fleuren et al., 2014) & het JD-R model.

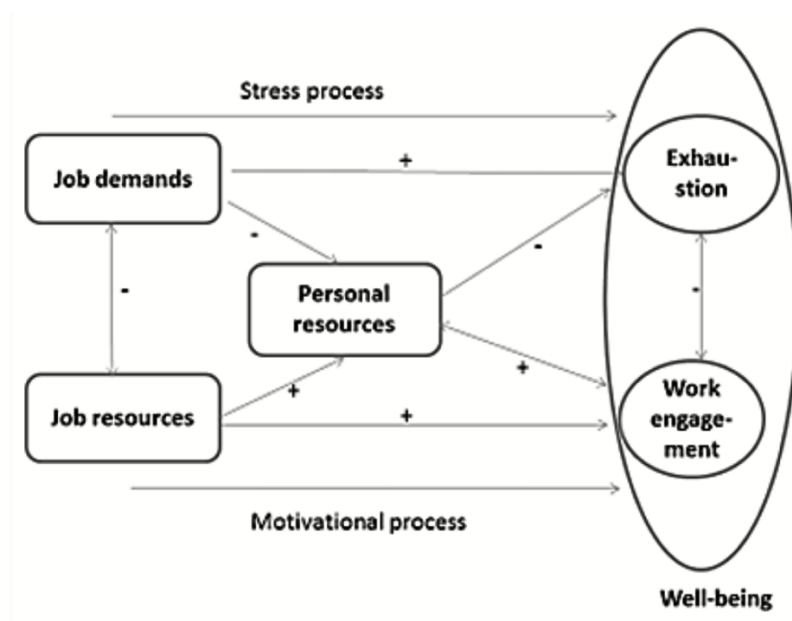


Fig. 1. The job demands-resources model (JD-R model), Bakker AB, Demerouti E (2007)

Openingsvraag: *Waar denk je aan bij een thuisbaring (of baring in bevalcentrum Zuid) begeleiden met twee vroedvrouwen (twee vrvr) in plaats van een vroedvrouw en een kraamzorg partusassistentie? Kun je twee dingen noemen? We doen een rondje langs alle deelnemers.*

(14 relevante) Determinanten MIDI (Fleuren et al 2014)	Topic	Subtopic	Vraag + Doorvragen(*)	Bron
Determinanten mbt innovatie:	D1: procedurele helderheid	-verwachtingen -werkwijze helder -rollen vroedvrouwen -autonomie vrvr -verantwoordelijkheid -organisatie (werkwijze) -bevorderende factoren -belemmerende factoren	-hoe voel jij je over het begeleiden van een thuisbaring met een kraamzorg partusassistentie? -hoe zou jij het begeleiden van een thuisbaring met twee vrvr vinden? -hoe zie jij het begeleiden van een thuisbaring met twee vrvr? -hoe zie jij de rolverdeling tussen de twee vrvr? -hoe zie het proces rondom besluitvorming durante partu met twee vrvr?	-veldgesprekken - JDR model -Kool et al (2019 & 2023)

	D6: zichtbaarheid uitkomsten D7: relevantie cliënt	-uitkomstenverwachting -geschikt voor de cliënt -risico voor de cliënt -meerwaarde voor cliënt	-hoe denk je over de verantwoordelijkheid bij het begeleiden van een thuisbaring met twee vrvr? -wat zie jij als belemmerende factoren voor het begeleiden van thuisbaringen met twee vrvr? -wat zie je als bevorderende factoren voor het begeleiden van thuisbaringen met twee vrvr? -zouden jij en je praktijk meedoen met zo'n pilot? -wat zou jij als uitkomstmaat / indicator uit de pilot willen weten? -welke uitkomstmaten zou jij willen meten bij werken met twee vrvr? -wanneer zou volgens jou de pilot geslaagd zijn? -wat zou voor jou het effect zijn op je werkdruk (demands/resources) bij inzet twee vrvr? -hoe zou de inzet van twee vroedvrouwen invloed kunnen hebben op een cliënt? -kun je positieve uitkomsten bedenken? -kun je negatieve uitkomsten bedenken?	
Determinanten mbt de gebruiker:	D8: persoonlijk voordeel / nadeel	-werkdruk (meer / minder) -effect op samenwerken -meerwaarde / voordelen -nadelen -leren van elkaar, intervisie -angst -acute situaties -verwijzingen -thuisbaringen -geboortecentrum baringen -demands versus resources	-hoe zie je de begeleiding van de baring met twee vrvr voor jou persoonlijk? Bijvoorbeeld wat het je eventueel brengt (resource) en wat het je eventueel kost (demands)? -hoe zou je je voelen als je alle thuisbaringen met twee vroedvrouwen zou begeleiden (en dus zelf ook een tweede vroedvrouw zou zijn)? -hoe zou het invloed hebben op het begeleiden van acute situaties? -welke persoonlijke eigenschappen maken werken met twee vroedvrouwen	-Kool et al 2019 & 2023 -Van Den Heuvel et al., 2023, -veldgesprekken

			makkelijker of moeilijker?	
	D9: uitkomstverwachting	-invloed op verwijzingen -meer reflectie / intervisie onderling? -wrijving tussen collega's met een andere visie?	-wat zou voor jou een goede uitkomst zijn van de pilot naar twee vrvr bij de thuisbaring? -wat zouden uitkomstmaten zijn waarvan je verwacht dat twee vrvr invloed op zou kunnen hebben? -hoe zou reflectie / evaluatie een rol spelen bij het werken met twee vrvr? -hoe zou het werken met twee vrvr invloed kunnen hebben op de samenwerking onderling? -hoe belangrijk zou jij het vinden dat het werken met twee vrvr mogelijk zou zijn? -hoe waarschijnlijk acht jij dat het werken met twee vrvr een positieve invloed heeft op eerstelijns vroedvrouwen? -hoe zou de cliënt denken over twee vrvr en waarom? -wat denk je dat de cliënt als ze de keuze heeft tussen twee vrvr en een vrvr en krz zou kiezen?	
	D11 & D12: tevredenheid en medewerking cliënt	-autonomie cliënt -macht twee professionals vs 1 & krz	-in hoeverre denk jij dat je collega praktijken deze innovatie zouden steunen? -hoe zie jij het samenwerken met de praktijken in de regio?	
	D13: sociale steun	-draagvlak eerstelijns -regiobreed EVAA -KNOV (landelijk) -samenwerking -collegialiteit -conflict -verschillende visie -imago -alleen of samen -ketenpartners	-wat denk je dat de mening is van andere ketenpartners over het werken met twee vrvr? - Zou het effect kunnen hebben op de samenwerking met andere ketenpartners? wat voor effect? Hoe kijk	

	D15: subjectieve norm		jij daar tegenaan?	
Determinanten mbt de organisatie/ omgeving	D21: capaciteit / bezettingsgraad D22: financiële middelen D23: tijd D27: beschikbaarheid van informatie over gebruik innovatie	-capaciteit vroedvrouwen -capaciteit kraamzorg -capaciteit tweedelijns zorg -betalen tweede vroedvrouw (krz tarief: €77,59 eenmalig & €66,19 per uur) -zorgverschuiving -werkdruk in de dienst -tijd besteden aan kraamzorgtaken (douchen/eten maken/opruimen) -randvoorwaarden -werkafspraken -pilot organisatie	-hoe zou jij de organisatie van twee vroedvrouwen voor je zien? -Zou het effect kunnen hebben op de capaciteit van vroedvrouwen? -en op de capaciteit van de kraamzorg? -en op de capaciteit van de tweedelijns? -hoe zou het voor je zijn om tweede vroedvrouw te zijn in je dienst? -hoe zie jij de financiering van twee vrvr? -hoe zou het voor jou zijn als je het partusassistentietarief zou krijgen? En weet je hoeveel dat is? -wat zou voor jou een passende financiering zijn? -hoe zie jij de tijdsinvestering die deze vorm van werken vraagt? -wat zie je als kansen hierin? En wat als belemmeringen? -hoe kijk je ertegenaan dat deze taken dan bij jou/jullie liggen? -wat zijn voor jou randvoorwaarden om mee te doen aan de twee vrvr pilot? -wat zou je als werkafspraken / richtlijnen nodig hebben om de pilot / het werken met twee vrvr succesvol te maken? -hoe denk jij het beste te kunnen evalueren over samenwerking met je collega direct na de bevalling? (korte invultool online? Op papier? Vrij of met bijvoorbeeld drie gestructureerde vragen?)	NZA, 2025
Determinanten m.b.t. de sociaal politieke omgeving	D29: wet- en regelgeving	-aansprakelijkheid -juridische afspraken onderling -tuchtrechtelijk bij	-hoe zie jij juridisch de verantwoordelijkheid bij calamiteiten? -hoe zie je een officiële taakverdeling tussen de twee vrvr? Met 1^e / 2^e vrvr	KNOV, wet BIG

		calamiteiten	standaardtaken? Of met onderlinge afstemming per baring? -wat heb jij nodig om je veilig te voelen in het werken met twee vrvr?	
--	--	--------------	--	--

- *doorvragen kan bijvoorbeeld met onderstaande zinnen:
- kun je daar iets meer over vertellen / kun je dit verder toelichten?
 - heb je daar een voorbeeld van?
 - hoe zie jij dat persoonlijk?
 - zou je daar nog iets meer over kunnen vertellen?
 - hoe denk je dat collega's daarover zouden denken?

Introduction: Planned home birth is associated with a higher likelihood of a positive birth experience, which contributes to improved postpartum mental well-being. The percentage of home births in the Netherlands fell from 28% in 2005-2008 to 13.7% in 2021. With the decrease, the choice for home birth might come under pressure. Increasing medicalisation and capacity issues may play a role. The occupational well-being of midwives is also concerning. 40% of midwives stop practising within fifteen years of graduating. Collegial support, where two midwives assist at homebirths, may be a potential solution and might enhance occupational well-being of midwives. The aim of this research is to explore views and expectations of community midwives regarding working with a second midwife at homebirths or freestanding birth centres (without a maternity assistant).

Methods: an exploratory qualitative study, a focus group with eleven community midwives from Amsterdam. The data were audio-recorded, transcribed verbatim and with an inductive approach thematically analysed using MAXQDA. The Job Demands-Resources (JD-R) model provided the theoretical framework.

Results: four themes were identified, **positive attitude, positive expectations, barriers** and **appropriate organisation**. In interpreting the results, the JD-R model was used to identify demanding factors (*demands*) and supportive factors (*resources*). All participants had a positive attitude towards working with a second midwife. Anticipated gains included improved quality of care, fewer referrals, a sense of safety, lower intrapartum workload, mutual learning and reduced dependency. Participants emphasised the need for appropriate organisation and a clear division of roles between midwives. The feasibility of having two midwives present at homebirths was regarded as a barrier.

Discussion: Midwives have a positive attitude towards working with two midwives. It may enhance occupational wellbeing of community midwives and contribute to freedom of choice in birthplace, yet organisational feasibility and capacity require careful attention. There appears to be a tension between the *demands* associated with implementing two midwives, such as potentially increased workload and the *resources* it may provide, such as reduced stress by not attending a birth alone, and less dependency on hospital and maternity care organisations. The results of this qualitative study lead to the recommendation to conduct a pilot study exploring the outcomes when working with two midwives, including experiences of community midwives and birthing people, as well as the possibilities for appropriate organisation.