

NIV 506  
~~(130929)~~  
01207

## BEVALLEN ONDER LEIDING VAN EEN VERLOSKUNDIGE:

### THUIS OF POLIKLINISCH?

voorbereidend onderzoek

#### Onderzoekers:

J. Chatab  
G.A.H.Berghs

#### Promotoren J. Chatab:

J. van Doorne-Huiskes  
M.J.N.C. Keirse

#### Projectbegeleider:

T.J.J.M.T. Kersten

#### Initiatiefnemers:

J.M.M. Bruijfel-Hooijsma  
J.A.M. van de Heiden  
H.J. Kamphuis

 **NIVEL**  
bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
postbus 1568 3500 bn utrecht telefoon 030 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bevallen onder leiding van een verloskundige: thuis of poliklinisch?:  
voorbereidend onderzoek / J. Chatab et al. - Utrecht: Nederlands Instituut  
voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

ISBN 90-6905-130-3 geb.

SISO 615.7 UDC 618.4

Trefw.: bevallingen, verloskunde, plaats van bevallen, verloskundig resultaat,  
sociale netwerken

## VOORWOORD

Voor u ligt het rapport ten behoeve van het project 'Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch?' (eerste fase). Het project is gesubsidieerd door het Praeventiefonds (nr. 28-1644). Daarvoor zijn we het Praeventiefonds zeer erkentelijk. Samen met een voorgenomen vervolgonderzoek vormt dit voorbereidend onderzoek de basis voor een proefschrift.

Deze studie is mogelijk geweest dankzij de medewerking van de afdeling Gelderland van Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, (voorzitter mevrouw S. van Leeuwen-Broersma), en de individuele Gelderse verloskundigen en (aanstaande) moeders. We danken hen voor hun bereidwilligheid en ook voor hun positieve respons tijdens de dataverzameling. Sommige verloskundigen zijn ook behulpzaam geweest bij het maken van afspraken voor proefinterviews met zwangere vrouwen en ze zijn bovendien extra belast geweest door deelname aan het proefonderzoek. We hopen dan ook dat deze studie een positieve bijdrage zal leveren aan de Nederlandse verloskunde.

Mevrouw M.G. de Boer, inspecteur in algemene dienst voor de verloskunde, en NIVEL-medewerker Dr. P.P. Groenewegen danken wij voor hun commentaar.

Bij het NIVEL is Mevrouw A.M. Mulder, student-assistent, vooral betrokken geweest bij het veldwerk: contacten met en registratie van verloskundigen en de zwangeren/kraamvrouwen. De heer M. Winckers is verantwoordelijk voor het data-entry programma. Mevrouw C. van Aalst en mevrouw K. ter Waarbeek hebben vooral het invoeren van onderzoeksgegevens en de verwerking van de post op zich genomen. De opmaak van het rapport is verzorgd door mevrouw M. van der Meulen.

Utrecht  
september 1990



# INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b> .....	7
1.1. Overzicht van het rapport .....	7
1.2. Het te bestuderen verschijnsel .....	8
1.3. Vraagstellingen voor het hoofdonderzoek .....	10
1.4. Instrumentele vragen .....	11
1.5. Het onderzoeksveld en de beroepsgroep der verloskundigen .	12
<b>2. UITWERKING VAN DE EERSTE VRAAGSTELLING</b> .....	19
2.1. Operationalisatie en meten van verloskundig resultaat .....	19
2.1.1. Verloskundig resultaat in medisch-verloskundige zin .....	20
2.1.2. Perinatale sterfte als aanvulling op het verloskundig resultaat .	24
2.1.3. Verloskundig resultaat in ervaren gezondheidstoestand .....	24
2.1.4. Lichamelijk welbevinden van de kraamvrouw .....	25
2.1.5. Psychische gesteldheid van de kraamvrouw .....	25
2.2. Opsporen van zelfselectie .....	27
2.2.1. Obstetrische achtergrond in ruime zin .....	28
2.2.2. Andere persoonsgebonden achtergrond .....	28
2.2.3. Sociale omgeving .....	30
<b>3. UITWERKING VAN DE TWEEDE VRAAGSTELLING</b> ...	31
3.1. Theoretische overwegingen .....	31
3.1.1. Algemene uitspraken .....	32
3.1.2. Voorspellingen op basis van restricties .....	34
<b>4. OPZET EN METHODEN</b> .....	39
4.1. Onderzoekdesign, herhaalde meting, aggregatieniveau .....	39
4.1.1. Onderzoekseenheden: de respondenten .....	40
4.1.2. Enquête als onderzoeksstrategie .....	41
4.1.3. Het gebruik van baringsverslagen: LVR-gegevens .....	42
4.2. Analyse-plan .....	43
4.2.1. Analyse van de afhankelijke variabele .....	43
4.2.2. Relaties tussen de gekozen lokatie en het verloskundig resultaat	44
4.3. Omvang van de steekproef .....	46
4.3.1. In het licht van de te verwachten effect-grootte .....	46
4.3.2. In het licht van gelijkmatige vulling van het design .....	50

<b>5. VOORBEREIDING DEFINITIEVE DATA-VERZAMELING</b>	<b>53</b>
5.1. Ontwikkelen van meetinstrumenten	53
5.1.1. Ontwikkeling vragenlijsten voor vrouwen en hun partners	53
5.1.2. Ontwikkeling vragenlijsten voor verloskundigen	54
5.1.3. Logistieke problemen bij data-verzameling	54
5.2. Proefonderzoek	57
5.2.1. Respons proefonderzoek	57
5.2.2. Verloop van het proefonderzoek	59
5.2.3. Definitief maken vragenlijsten	61
5.3. Eerste fase definitieve data-verzameling	61
5.3.1. Deelnemers en procedure	61
5.3.2. Respons in de eerste fase data-verzameling	62
<b>6. SLOTBESCHOUWING</b>	<b>65</b>
<b>LITERATUUR</b>	<b>69</b>

## **BIJLAGEN**

1. Obstetrische, algemeen medische en sociale achtergrond van de zwangere
2. Obstetrische scores tot aan de bevalling
3. Obstetrische scores vanaf de bevalling
4. Vragenlijst voor zwangeren (vóór de bevalling)
5. Vragenlijst voor de kraamvrouw (nà de bevalling)
6. Vragenlijst voor partners (vóór de bevalling)
7. Vragenlijst voor partners (nà de bevalling)
8. Casusgebonden vragenlijst voor de verloskundige (vóór de bevalling)
9. Casusgebonden vragenlijst voor de verloskundige (nà de bevalling)
10. Eenmalige vragenlijst voor de verloskundige
11. LVR-formulier
12. De procedure van het onderzoek bevallen onder leiding van een verloskundige
13. Introductiebrief
14. Enkele cijfers uit het proefonderzoek

# 1. INLEIDING

## 1.1. Overzicht van het rapport

Het project 'Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch?' bestaat uit twee fasen. De eerste fase wordt met dit rapport afgesloten. In deze eerste fase, die diende ter voorbereiding van de tweede fase, werden de onderzoeksvraagstellingen uitgewerkt en werden meetinstrumenten ontwikkeld. Tevens is al een deel van de onderzoeksgegevens verzameld. De analyse en de definitieve verwerking van de onderzoeksgegevens zullen in de tweede fase worden verricht.

De opbouw van het rapport is als volgt:

In hoofdstuk 1 worden de onderzoeksvragen ingeleid en geformuleerd. De vragen hebben betrekking op: A. Het verschil in verloskundig resultaat tussen thuis en poliklinisch bevallen en B. het tot stand komen van de keuze van de zwangere voor thuis of poliklinisch bevallen. Ook wordt aandacht besteed aan het te onderzoeken probleemveld en de beroepsgroep der verloskundigen.

Hoofdstuk 2 behandelt de instrumentele vragen die het operationaliseren en meten van het begrip verloskundig resultaat en het opsporen van mechanismen van zelfselectie betreffen.

In hoofdstuk 3 wordt een sociaal-wetenschappelijk theoretisch kader gegeven voor het bestuderen van de keuze van de zwangeren ten aanzien van de plaats van bevallen.

In hoofdstuk 4 wordt een verantwoording gegeven van de opzet en de methoden van het onderzoek. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de volgende vragen: wat is het onderzoeksdesign, wat is het analyseplan, hoe worden onderzoeksgegevens verzameld, wie zijn de onderzoekseenheden, hoe groot zal de definitieve steekproef zijn.

In hoofdstuk 5 worden praktische zaken beschreven zoals het ontwikkelen van de meetinstrumenten, de procedure van data-verzameling, het verloop van het proefonderzoek, de respons en de stand van data-verzameling aan het eind van de eerste fase.

Hoofdstuk 6 bevat een slotbeschouwing. Daarin wordt een samenvatting van het voorbereidend onderzoek gegeven en wordt ingegaan op de haalbaarheid van de tweede fase.

## 1.2. Het te bestuderen verschijnsel

Binnen de Nederlandse verloskundige organisatie maken verloskundigen op basis van de Verloskundige Indicatielijst onderscheid tussen normale zwangerschappen en zwangerschappen met een verhoogd verloskundig risico (Verloskundige Indicatielijst, 1987). Onder verloskundig risico wordt verstaan het risico op complicaties voor moeder en/of kind tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed (Verloskundige Indicatielijst, 1987, 14).

Bij elke zwangerschapscontrole wordt beoordeeld of er sprake is van medische indicatie. Is dat het geval dan wordt de zwangere verwezen naar een obstetricus en vindt de bevalling klinisch plaats. Er wordt gesproken van een primaire verwijzing wanneer een vrouw aan het begin van de zwangerschap wordt verwezen. De verwijzing kan ook in de loop van de zwangerschap geschieden of vlak voor of tijdens de bevalling. Men spreekt dan van secundaire medische indicatie. De normale zwangerschappen, d.w.z. zonder medische indicatie, worden in de regel begeleid door een eerstelijns hulpverlener (verloskundige of huisarts) en kunnen thuis of poliklinisch plaatsvinden.

Deze studie naar de *plaats van bevallen* in relatie tot het *verloskundig* resultaat, wordt om pragmatische redenen beperkt tot één groep hulpverleners nl. de verloskundigen. Het aandeel van de verloskundigen in de begeleiding van normale zwangerschappen is veel groter dan dat van de huisartsen. Uit de jaarcijfers van de eerste lijn van de Landelijke Verloskunde Registratie, waaraan circa 70% van de gevestigde verloskundigen deelneemt, is gebleken dat 67% van de bevallingen onder leiding van een verloskundige thuis gebeurt, de rest poliklinisch (31.8%) of in een kraaminrichting (1.1%).

De Nederlandse verloskunde heeft, mede dank zij de georganiseerde prenatale en postnatale zorg, internationaal een goede naam. Niettemin wordt in ons land de kwaliteit van de verloskundige zorg steeds kritisch gezien. Nog altijd is het onderwerp van discussie of het unieke systeem van de verloskundige organisatie in Nederland navolging verdient (Kloosterman, 1980; Schellekens, 1987), of dat het systeem zo onveilig wordt gevonden dat het maar zo snel mogelijk moet verdwijnen (Smits, 1981; Honnebier, 1987).

Bij de discussie over het verloskundig resultaat wordt meestal ook de plaats van bevallen betrokken. Volgens Vasen (1982) kunnen bij elke bevalling plotseling problemen ontstaan waarbij snel ingrijpen door een obstetricus is geboden. De ziekenhuisbevalling, onder leiding van een verloskundige, verdient daarom de voorkeur boven de bevalling thuis. Anderen (Eskes e.a., 1981; Lievaart e.a., 1982) vinden dat bij elke baring het kind met alle beschikbare hulpmiddelen bewaakt dient te worden, hetgeen alleen in het ziekenhuis mogelijk is. Van Alten (1978) vindt echter dat het door een goede begeleiding tijdens de zwangerschap wel mogelijk is om vast te stellen of een zwangere



beter thuis dan wel poliklinisch kan bevallen.

Tot nu toe is naar de invloed van de plaats van bevallen op het verloskundig resultaat slechts beperkt onderzoek verricht. De meeste studies (Schuil, 1979; Damstra-Wijmenga, 1982; Eskes, 1989) zijn uitgevoerd in één plaats (Wormerveer) of in één gemeente (Enschede, Groningen). Daarnaast werd, inherent aan deze opzet, een klein aantal en veelal selecte groep hulpverleners onderzocht (Thomassen e.a., 1979; Springer e.a., 1987).

Het verloskundig resultaat wordt in de literatuur doorgaans uitgedrukt in het verloop van de bevalling en het kraambed, de perinatale mortaliteit en de perinatale morbiditeit. De meest gebruikelijke variabelen zijn: duur van de ontsluitingsperiode, duur van de uitdrijving, het optreden van complicaties, tekenen van foetale nood, verwijzingen, kunstverlossingen, inleiding van de baring, medicatie, episiotomie, gewicht en lengte van de pasgeborene, Apgarscore, ziekenhuisopname van het kind, mortaliteit, aangeboren afwijkingen, geboorte trauma, de zuurgraad van het navelstrengbloed en het optreden van complicaties in het kraambed. Rengelink van Lee (1988) noemt de mortaliteit, het geboortegewicht, de Apgarscore, kunstverlossingen en opname/verwijzing als de vijf meest gebruikte resultaatcriteria. Het afbakenen van de bijdrage van de professionele hulpverlener aan het verloop van de bevalling is problematisch. Zo zal de duur van de uitdrijving soms in meerdere, soms in mindere mate bepaald worden door de hulpverlener. Discrepancies in gevonden percentages verwijzingen tijdens de baring door Smits (1981): 15%, de Haan (1983): 24%, van Alten (1978): 6%, Berkhof e.a. (1982): 10% moeten ook in dat licht gezien worden.

De perinatale mortaliteit is door Hoogendoorn (1986) op aanschouwelijke wijze gebruikt als resultaat van de Nederlandse Verloskundige Zorg, doch niet zonder kritiek (Treffers e.a., 1986; Treffers, 1987; Mackenbach, 1989; Kloosterman, 1978).

Van de Apgarscore is bekend (Sykes, 1982) dat deze te lijden heeft onder een storende inter-waarnemer variatie; het gebruik van de pH van het navelstrengbloed door Eskes e.a. (1981) en Lievaart en de Jong (1982) deed een stroom van kritiek opwaaien (Treffers, 1983; Schutte, 1984).

De Jong (1975) en Stolte e.a. (1979) introduceren het gebruik van het neurologisch onderzoek van de pasgeborene volgens Precht (1977) als uitdrukking van het verloskundig resultaat. Deze gestandaardiseerde morbiditeitsmaat bleek gerelateerd te zijn aan de verloskundige voorgeschiedenis (Touwen e.a., 1980), had een zekere predictieve waarde voor de verdere ontwikkeling van het kind (Njiokiktjen e.a., 1980) en kon onafhankelijk van de persoon die de bevalling begeleidde worden uitgevoerd. Binnen een geselecteerde groep normale zwangerschappen (Berghs e.a., 1988) bleken echter belangrijke variabelen als de duur van de uitdrijving, kunstverlossingen, geboortegewicht en

Apgarscore niet voldoende aan de Neurologische score volgens Prechtl (1977) gerelateerd om het gebruik van deze methode in een eerstelijnspopulatie zinvol te doen zijn. Dit sloot aan bij de bevindingen van Nelson en Ellenberg (1985, 1986) die in hun omvangrijke materiaal perinatale factoren nauwelijks konden relateren aan het ontstaan van neurologische ontwikkelingsstoornissen op de kinderleeftijd.

Blijkbaar is er geen exclusieve variabele voorhanden die in een eerstelijns-populatie beschouwd kan worden als representatief voor het verloskundig resultaat.

### 1.3. Vraagstellingen voor het hoofdonderzoek

De eerste vraag van het hoofdonderzoek betreft een vergelijking tussen de plaats van bevallen (thuis vs. poliklinisch) en het verkregen verloskundig resultaat. De studie is beperkt tot de *normale zwangerschappen* (vergelijk Thomassen e.a., 1979; Berghs e.a., 1988). Er wordt uitgegaan van de bevallingen onder leiding van *verloskundigen*. Om een voldoende aantal thuis- en poliklinische bevallingen te onderzoeken zal een betrekkelijk groot geografisch gebied in de studie worden betrokken. In de *provincie Gelderland* hebben verloskundigen sinds een aantal jaren geijverd voor een dergelijke studie. Daarom wordt de studie daar uitgevoerd.

De eerste onderzoeksvraagstelling luidt:

#### 1. **Verschilt het verloskundig resultaat van thuisbevallingen van dat van poliklinische bevallingen, gespecificeerd naar obstetrische, algemeen medische en sociale kenmerken van de zwangeren?**

Een algemeen en absoluut antwoord op de eerste vraag namelijk 'thuis is beter dan poliklinisch of andersom' kan uit het onderzoek niet worden verwacht. Ook al, omdat wat de beste plaats voor de zwangere om te bevallen is, niet altijd samen hoeft te gaan met de beste plaats voor het kind. Wel verwachten we uit het onderzoek een meer genuanceerd antwoord op een gespecificeerde vraagstelling zoals 'welk deel van de low risk bevallingen thuis en welk deel poliklinisch de beste verloskundige resultaten oplevert'.

Daarmee is impliciet uitgegaan van de differentiatie van obstetrische risico's in ruime zin van de categorie vrouwen met normale zwangerschappen. Beleidsmatig is het voor hulpverleners van belang om low risk zwangerschappen eventueel nader te differentiëren .

Het is van belang om bij de bestudering van de relatie tussen de plaats van bevallen en het verkregen verloskundig resultaat ook rekening te houden met

de eventuele invloed van *zelfselectie* (Cook e.a., 1979, 53). Dat wil zeggen dat het eventuele verschil in resultaat niet alleen te maken heeft met de plaats van bevallen op zich, maar dat ook andere variabelen een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld de pariteit, de sociale achtergrond (leeftijd en opleiding) en intoxicaties (nicotine en alcohol).

De resultaten van het onderzoek kunnen bij implementatie een preventieve werking hebben. Zij kunnen de basis vormen voor gerichte adviezen waar welke categorie zwangeren het beste kan bevallen, waarom sommige zwangeren voor thuis- en anderen voor poliklinisch bevallen kiezen. Dit voert tot de tweede onderzoeksvraagstelling, welke luidt:

**2. Hoe is het te verklaren dat sommige vrouwen, uitgaande van een normale zwangerschap, kiezen voor een thuisbevalling en anderen voor een poliklinische bevalling?**

De tweede vraagstelling wordt verder uitgewerkt met behulp van bestaande sociaal-wetenschappelijke theorieën met betrekking tot het keuzegedrag van individuen in hun sociale omgeving.

#### **1.4. Instrumentele vragen**

De geformuleerde onderzoeksvraagstellingen komen pas aan de orde in het hoofdonderzoek (tweede fase). Ter voorbereiding hiervan wordt in de volgende hoofdstukken antwoord gegeven op de instrumentele vragen.

Ten aanzien van de *eerste* vraagstelling worden twee instrumentele vragen gesteld (te behandelen in hoofdstuk 2):

1.1. Hoe wordt het verloskundig resultaat het beste geoperationaliseerd en gemeten?

1.2. Hoe kan het probleem van zelfselectie het beste worden benaderd?

Ten aanzien van de *tweede* vraagstelling komt de volgende instrumentele vraag aan de orde (te behandelen in hoofdstuk 3):

2.1. Wat is een geschikt theoretisch model om het keuzegedrag van zwangeren te verklaren?

Ten overvloede zij vermeld dat in deze rapportage het antwoord wordt gegeven op instrumentele vragen, dus niet op de onderzoeksvraagstellingen. Alvorens over te gaan tot een gedetailleerde beantwoording van de in-

strumentele vragen wordt eerst aandacht besteed aan het te onderzoeken probleemveld en de betrokken beroepsgroep: de verloskundigen.

## **1.5. Het onderzoeksveld en de beroepsgroep der verloskundigen**

### *De taak van de verloskundigen*

De *verloskundige* zorg is een onderdeel van de perinatale zorg die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met het kraambed volgend op de bevalling (Hessing-Wagner, 1985). Het doel van de perinatale zorg is: handhaving van gezondheid van moeder en kind en het zoveel mogelijk voorkomen, tijdig onderkennen en behandelen van complicaties voor moeder en/of kind (Verloskundige Indicatielijst, 1987).

Ten aanzien van de perinatale zorg wordt onderscheiden de prenatale periode, de bevalling en de postnatale periode.

De prenatale begeleiding richt zich met longitudinale controles op factoren die een normaal verloop van de zwangerschap kunnen bedreigen. Daarnaast wordt veel nadruk gelegd op preventie: voorlichting over o.a. roken tijdens de zwangerschap, drugs- en medicijngebruik en voeding. Ook wordt zwangerschapsgymnastiek of -cursussen door het kruiswerk georganiseerd.

De meeste bevallingen onder leiding van verloskundigen vinden thuis plaats. Ongeveer een derde deel van de bevallingen wordt poliklinisch gedaan (Jaarcijfers LVR 1988; NK, 1989, Jaarrapportage kraamzorg kruiswerk 1987).

De postnatale zorg bestaat voornamelijk uit kraamverzorging door opgeleide kraamverzorgenden. In de regel wordt het kraambed thuis doorgebracht. Sinds 1980 kan, zelfs bij een ziekenhuisbevalling op medische indicatie, het kraambed alleen in het ziekenhuis worden doorgebracht indien daarvoor een aparte medische indicatie bestaat (Zie ook Hessing-Wagner, 1985). Tijdens het kraambed wordt de kraamvrouw meermalen thuis bezocht door de verloskundigen. De postnatale zorg wordt afgesloten met een onderzoek door de betrokken hulpverlener circa 6 weken na de bevalling.

### *De plaats van bevallen: de rol van de ziekenfondsen*

De regelingen van de verschillende *ziekenfondsen* zijn nogal divers. In het algemeen gesproken lijken er weinig financiële barrières voor thuis of poliklinisch bevallen.

De honorering voor de particulier verzekerden is als volgt. De perinatale zorg wordt gesplitst in: één bedrag voor de zwangerschapsbegeleiding, één voor het leiden van de bevalling en één voor het kraambed. Voor de verloskundigen is het financieel ongunstig om de zwangere vlak voor de bevalling of soms na het begin van de bevalling te verwijzen naar een obstetricus. Ze raken namelijk de vergoeding voor het leiden van de bevalling grotendeels kwijt.

Het bevallen thuis is sinds de tweede wereldoorlog tot de jaren zeventig sterk afgenomen. Sinds 1979 schommelt het aantal thuisbevallingen rond de 35% (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1989). Een verdere daling van het aantal thuisbevallingen, althans voorlopig, lijkt te zijn stopgezet. Of het ziekenfonds daar invloed op heeft gehad is moeilijk te zeggen.

Voor de verloskundigen zijn de ontwikkelingen in ieder geval gunstig te noemen. De stijging van hun aandeel in de landelijke bevallingen houdt een stijgende lijn in van zowel thuis- als ziekenhuisbevallingen (zie figuur 1). Het percentage thuisbevallingen onder leiding van een verloskundige (ten opzichte van het totaal aantal thuisbevallingen) is in de periode tussen 1965 en 1987 met ruim de helft gestegen. De stijging is minder sterk voor de ziekenhuisbevallingen (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, diverse jaren).

#### *De plaats van bevallen: CBS-gegevens*

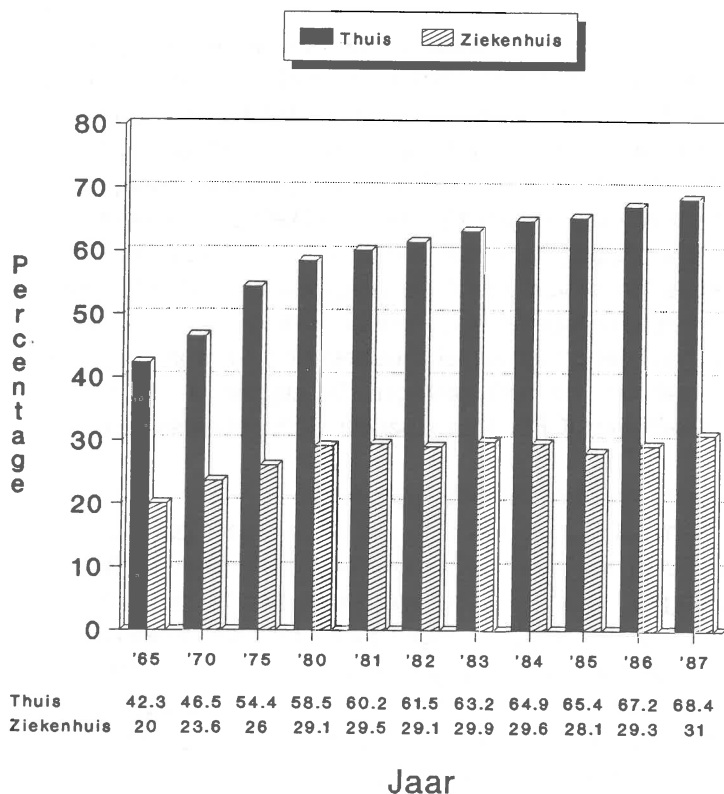
Het Centraal Bureau voor de Statistiek maakt geen onderscheid tussen poliklinische of klinische bevalling: beide vallen onder de categorie 'ziekenhuisbevallingen'. Daarom is het niet exact aan te geven hoeveel bevallingen onder leiding van verloskundigen thuis dan wel poliklinisch plaatsvinden. Evenmin wordt door het CBS geregistreerd of een huisarts of een obstetricus de bevalling heeft geleid: beide vallen onder de categorie 'geneeskundigen'. Het is dan ook niet precies aan te geven wat het aandeel van huisartsen en dat van obstetrici in de verloskundige zorg is.

Uit de jaarrapportage Kraamzorg van de Nationale Kruisvereniging (1989) blijkt dat in 1987 46.6% van de bevallingen door verloskundigen werd geleid. Het percentage van het CBS (1989) is iets lager (43.8%). Het marktaandeel van de kraamzorg is in 1987 73.0% van het totaal aantal geborenen. Daarin is ook inbegrepen de goed verlopen klinische bevallingen, dat zijn dus vrouwen die na een bevalling onder leiding van een obstetricus het kraambed thuis kunnen doorbrengen.

#### *De plaats van bevallen: geografische spreiding*

Er is een duidelijk statistisch verband tussen enerzijds de mate van verstedelijking en anderzijds de plaats van bevallen. Dat verband houdt in dat naarmate een plaats meer inwoners telt, het percentage thuisbevallingen afneemt.

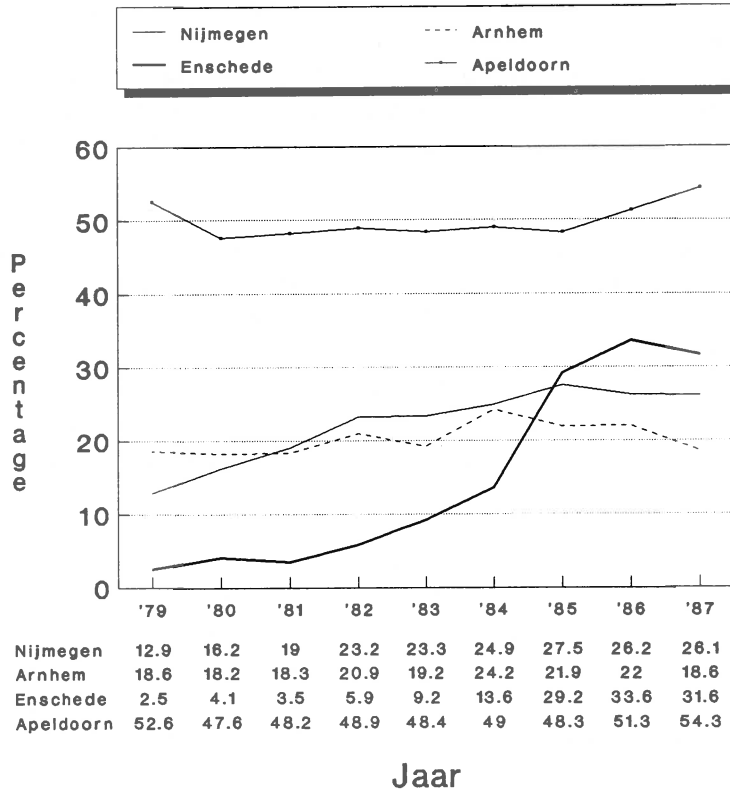
Figuur 1  
**Thuis- en ziekenhuis-  
 bevallingen o.l.v. verloskundigen**



Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek  
 CBS, diverse jaren

In 1987 vond in plaatsen tot 5000 inwoners 44% van de bevallingen thuis plaats, in de grote steden (100.000 en meer inwoners) was dat ruim 20% (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1989, no. 4, 14). Maar achter die gemiddelde percentages gaat een grote spreiding schuil (zie figuur 2). De situatie in Enschede valt het meest op. In 1979 was het percentage thuisbevallingen slechts 2.5%. Dit had te maken met een tekort aan verloskundigen, waardoor het regionaal ziekenfonds Twente verloskundigen toe

Figuur 2  
 Percentage thuisbevallingen  
 in grote steden



Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek  
 CBS, diverse jaren

stemming gaf om normale bevallingen (tot 1 januari 1985 tegen gehele ver-  
 goeding) poliklinisch te begeleiden.

*De positie van verloskundigen: de rol van de ziekenfondsen*

Het *ziekenfondsbesluit*, dat sinds 1 oktober 1941 van kracht is, houdt o.a. in dat het *primaat* van de verloskundige zorg voor verplicht verzekerden aan de verloskundige wordt toegekend. Door dat besluit is de positie van verlos-

kundigen zeker ten opzichte van de huisartsen vrij sterk. Dat heeft vooral ongunstige gevolgen voor de huisartsen. Immers, ziekenfondspatiënten krijgen een bevalling bij een huisarts niet vergoed, als er een verloskundige in de buurt gevestigd is.

Mede als gevolg van deze ontwikkelingen is het aandeel van verloskundigen in het totaal aantal bevallingen in Nederland gestegen: van 35.7% in 1965 tot 43.8% in 1987 (zie figuur 3).

Dit is zeker opvallend gezien de daling van het aantal geboorten in de laatste decennia. Per duizend inwoners daalde het aantal geboorten van 21.1 in 1960 tot 18.5 in 1970 en verder tot 12.7 in 1987. (CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, diverse jaren). Het totaal aantal geborenen is in absolute zin gedaald van ruim 248.000 in 1965 tot ruim 187.000 in 1987.

#### *De praktizerende verloskundigen: achtergrondkenmerken*

Het aantal praktizerende verloskundigen in Nederland is van 781 in 1970 gestegen tot 1007 in 1988 (voor uitgebreide informatie zie Hingstman e.a., 1988). In 1988 is 3.2% (32) van de verloskundigen van het mannelijk geslacht.

Het aantal gevestigde verloskundigen (in eigen praktijk) is sinds 1984 (65.4%) gestegen tot 70.6% in 1988. Het aantal solopraktijken is in de afgelopen decennia fors gedaald (van 91.1% in 1970 naar 43.7% in 1988), de duopraktijk daarentegen is flink gestegen (van 7% in 1970 naar 35.8% in 1988).

De beroepsgroep der verloskundigen kent een vrij jonge leeftijdsopbouw. Het merendeel in 1988 is tussen de 25 en 40 jaar (59%). De groep verloskundigen die in eigen praktijk werkzaam is, kent een relatief wat oudere leeftijdssamenstelling dan de groep klinisch werkzame verloskundigen, assistenten en waarnemers. Ook de leeftijdsopbouw van de solowerkende verloskundigen blijkt wat ouder te zijn dan die in een duo- of groepspraktijk.

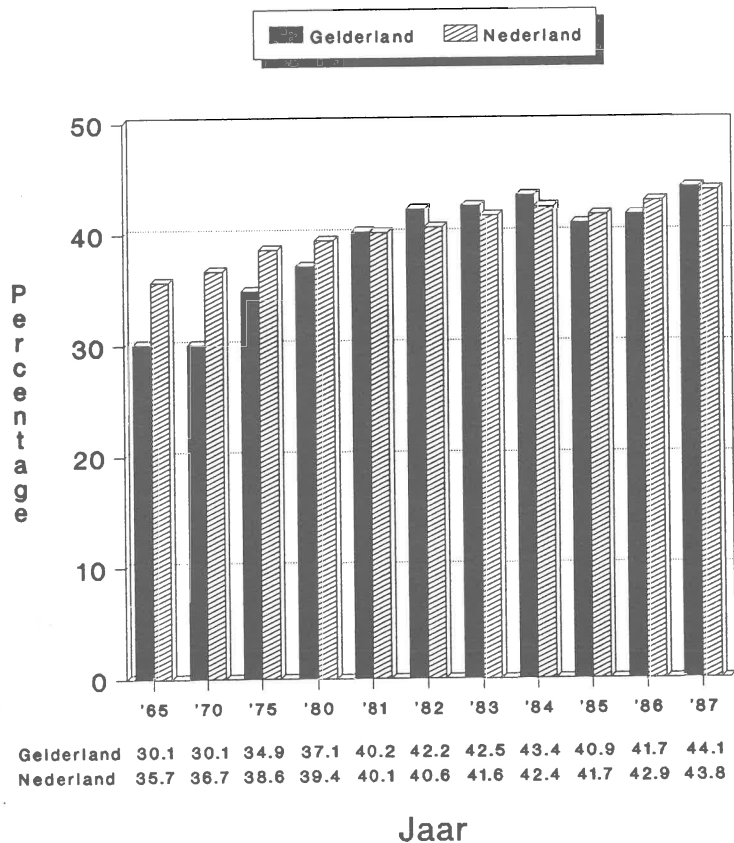
Kijken we naar *functie* en plaats van opleiding, dan blijkt in 1988 van de verloskundigen die in Heerlen zijn afgestudeerd een relatief groter deel klinisch werkzaam is (19.2%), dit in vergelijking tot opleidingsinstituten in Rotterdam (14.2%) en Amsterdam (14.6%).

De verloskundigendichtheid (aantal verloskundigen per 1000 inwoners) is in 1988 het laagst in de provincies Zeeland en Friesland en het hoogst in Limburg, Flevoland, Noord-Holland en Utrecht. In de plattelandsgebieden blijkt het voor een verloskundige moeilijk een rendabele praktijk te voeren. In deze dun bevolkte gebieden worden huisartsen vaker betrokken bij de eerstelijnsbevallingen.



Ruim 77% van de werkzame verloskundigen is in 1988 lid van de NOV (Nederlandse Organisatie van Verloskundigen). Leden worden vooral onder verloskundigen met een eigen praktijk (86.8%) gevonden.

Figuur 3  
Bevallingen o.l.v. verloskundigen



Bron: Maandbericht Gezondheidsstatistiek  
CBS, diverse jaren



## 2. UITWERKING VAN DE EERSTE VRAAGSTELLING

De eerste onderzoeksvraagstelling betreft een vergelijking tussen enerzijds het *verloskundig resultaat* en anderzijds de *plaats van bevallen* of bevalingslokatie (thuis of poliklinisch). Daarbij wordt uitgegaan van de normale zwangerschappen waarbij een verloskundige de leiding heeft bij de bevalling. De zwangeren worden verder gecategoriseerd naar een aantal obstetrische (in ieder geval de pariteit), algemeen medische en sociale kenmerken.

Ten behoeve van de eerste vraagstelling worden twee instrumentele vragen gesteld:

1. Hoe wordt het verloskundig resultaat het beste geoperationaliseerd en gemeten?
2. Hoe kan het probleem van zelfselectie het beste worden benaderd?

De volgende paragrafen zijn gewijd aan de beantwoording van deze instrumentele vragen.

### 2.1. Operationalisatie en meten van verloskundig resultaat

Over hoe het verloskundig resultaat, de *afhankelijke variabele*, geoperationaliseerd dient te worden, wordt verschillend gedacht. Volgens Schutte (1984) moet dat vooral blijken uit enerzijds de perinatale sterfte en anderzijds uit het gedrag van het kind de eerste uren na de geboorte. Maar over een zinvolle maat voor het gedrag van het kind bestaat nog geen overeenstemming.

Nog steeds wordt de perinatale sterfte als 'hard' materiaal beschouwd om iets over het verloskundig resultaat in Nederland te zeggen (Hoogendoorn, 1986; Doornbos e.a., 1987; Mackenbach, 1989). De perinatale sterfte is echter sterk gedaald, van ongeveer 44.7 per 1000 geborenen in 1920, 26.6 in 1960 tot 9.1 in 1988 (CBS, Statistiek in Tijdsreeksen, 1989). Door de flinke daling van het perinatale sterftcijfer, is deze variabele als maatstaf voor het verloskundig resultaat een te grove maat geworden. Het aantal te onderzoeken gevallen moet zodanig groot zijn om verantwoorde uitspraken te kunnen doen, dat men uitsluitend op secundaire analyse, met behulp van statistieken, aangewezen blijft.

Maar er is ook twijfel over deze 'harde' maat. Bij de betrouwbaarheid van de

geregistreerde perinatale sterfte in Nederland wordt een vraagteken geplaatst (Keirse, 1987). Aan internationale vergelijkingen kleven nog ernstige bezwaren. De sterftcijfers in verschillende landen zijn niet eenvoudig vergelijkbaar (zie Keirse, 1987).

In de wetenschappelijke studies worden zowel de afzonderlijke maten (ontsluitingsduur, ziekenhuisopname, perinatale sterfte, pH navelstrengbloed, Apgar-score verwijzing) als de meer omvattende morbiditeitsmaten (neurologische conditie van de pasgeborene, obstetrische optimaliteitsscore) gehanteerd (zie ook par. 1.2.).

Rengelink-van der Lee (1988) wijst op een voordeel van het gebruik van een veelomvattende morbiditeitsmaat als verloskundig resultaatkriterium boven een afzonderlijke maat. Het voordeel is dat een meer genuanceerd beeld van het verloskundig resultaat wordt verkregen.

In deze studie wordt ook de voorkeur gegeven aan de ruime betekenis van het verloskundig resultaat. Omdat in de onderhavige studie de vergelijking van thuis- en poliklinische bevallingen centraal staat, ligt het voor de hand het verloskundig resultaat **vanaf de bevalling** te definiëren.

Het verloskundig resultaat, de afhankelijke variabele van de eerste vraagstelling wordt in deze studie behalve in strikt medisch-verloskundige zin ook in termen van de ervaren gezondheidstoestand gedefinieerd.

Omdat de plaats van bevallen wellicht een ander verloskundig resultaat voor de moeder met zich mee brengt dan voor het kind, wordt verloskundig resultaat in *medisch-verloskundige* zin verder gesplitst in:

- het verloop van de bevalling,
- de toestand van de pasgeborene en
- de toestand van de moeder.

De *ervaren gezondheidstoestand* is de toestand van de vrouw na afloop van het kraambed en daarin onderscheiden we:

- het lichamenlijk welbevinden volgend op de bevalling en
- de psychische gesteldheid als gevolg van de bevalling.

### **2.1.1. Verloskundig resultaat in medisch-verloskundige zin**

Bij het beantwoorden van de vraag welke items onder de categorieën 'verloop van de bevalling' en 'toestand van de pasgeborene' vallen, laten we ons inspireren door het obstetrische optimaliteitsconcept waaruit de obstetrische optimaliteitsscore is voortgevloeid (Touwen e.a.1980). Touwen geeft in 74 (aanvankelijk 42) items een beschrijving van de perinatale periode. De score wordt door Touwen e.a. (1989) gezien als een maat voor het schatten van de kans op het ontstaan van ernstige neurologische ontwikkelingsstoornissen.

De items zijn ingedeeld in 7 categorieën namelijk:

1. sociale achtergrond;
2. niet-obstetrische aandoeningen gedurende de zwangerschap;
3. obstetrische voorgeschiedenis;
4. obstetrische aspecten van de huidige zwangerschap;
5. diagnostische en therapeutische maatregelen;
6. partus;
7. toestand van het kind direct na de geboorte.

De toestand van de moeder vlak na de bevalling ontbreekt dus bij deze categorieën.

Omdat de verzameling items van de optimaliteitscore niet uitsluitend uit obstetrische, maar ook uit sociale en algemeen-medische kenmerken is opgebouwd, is de toepassing ervan in de low risk zwangerschappen zinvol. Doordat relatief weinig variatie bestaat in de meeste obstetrische kenmerken van de normale zwangerschappen, zal het relatieve gewicht van de niet-obstetrische kenmerken (sociale e.d.) in de groep normale zwangerschappen waarschijnlijk toenemen.

*De toepassing van het obstetrische optimaliteitsconcept in deze studie:*

1. Het gaat in de onderhavige studie om het verloskundig resultaat van thuis- respectievelijk poliklinische bevallingen. Het resultaat wordt daarom ook vanaf de bevalling gedefinieerd. De bedoeling is om de lijst met items van Touwen, na enige wijzigingen, in *twee delen* te verdelen namelijk:

- a. het eerste deel 'tot aan de bevalling' en
- b. het tweede deel 'vanaf de bevalling'.

Het tweede deel 'vanaf de bevalling' wordt in onze studie aangevuld met de toestand van de moeder na de bevalling.

Het deel '*tot aan de bevalling*' wordt als een onafhankelijke variabele gezien en verder opgevat als de obstetrische, algemeen medische en sociale achtergrond van de zwangeren (zie categorie 1 t/m 5). Deze groepen variabelen worden o.a. gebruikt om na te gaan of er sprake is van zelfselectie in verschillende opzichten bij de groep thuis- respectievelijk poliklinisch bevallende vrouwen (zie bijlage 1).

Het tweede deel '*vanaf de bevalling*', een afhankelijke variabele, omvat dus de categorie 6 en 7 (partus en toestand van de pasgeborene na de geboorte) en verder uitgebreid met de toestand van de moeder na de bevalling (zie onderstaand overzicht).

Hierna volgt het overzicht van de items van verloskundig resultaat in medisch-verloskundige zin:

### **De bevalling**

wijze van geboorte	<b>Optimale waarde</b> spontaan
ligging bij de geboorte	achterhoofd, kruin
ontsluitingsduur	≤10 uur
uitdrijvingsduur	≤60 minuten
aspect van het vruchtwater	helder
inleiding van de baring	geen
weeënstimulerende middelen (vóór de geboorte)	geen
duur gebroken vliezen	≤ 12 uur
sedatie/analgesie	geen
episiotomie	geen
toestand perineum	gaaf
hechtingen	geen
complicaties tijdens de baring:	geen
bloedverlies	
foetale nood	
onvoldoende vorderende ontsluiting	
onvoldoende vorderende uitdrijving	
bloedverlies >1000 ml	
vaginale kunstverlossing	
sectio caesarea	

### **Het kind**

zwangerschapsduur	<b>Optimale waarde</b> 38-42 weken
geboortegewicht	> p10, < p90
Apgarscore na 1 minuut	≥8
Apgarscore na 5 minuten	≥9
aangeboren afwijkingen	geen
ziekenhuis opname	geen

### **De moeder**

totaal ruptuur	<b>Optimale waarde</b> geen
retentio placentae	geen
mate bloedverlies bij bevalling	≤500 ml
optreden van mastitis	geen
optreden van endometritis	geen
optreden van cystitis	geen
optreden van thrombophlebitis	geen
medicatie kraambed	geen
overige stoornissen(psychose)	geen

2. Het gebruik van de (sub)totale score wordt slechts als één mogelijkheid gehanteerd (zie ook volgende punt). Er zijn dan twee sub-totale scores verkregen, namelijk één score tot aan de bevalling en één vanaf de bevalling. Hierbij zal worden getracht de scores van de items met behulp van het LISREL-programma te wegen naar het relatieve gewicht van de afzonderlijke items (Analysis of Linear Structural Relationship, zie Jöreskog e.a., 1978).

In de studie van Berghs e.a. (1988) is het mogelijk gebleken de verzameling items in twee delen te verdelen en toe te passen op de groep eerste-lijnsbevallingen (n=762).

De gemiddelde waarde van de obstetrische score tot aan de bevalling (47 items) is 42.7 met als spreiding 1.9 (zie bijlage 2).

De gemiddelde waarde van de obstetrische score vanaf de bevalling (17 items) is 15.3 met een spreiding van 1.3 (zie bijlage 3).

De verdeling van de obstetrische scores tot aan de bevalling is nagenoeg normaal te noemen. Maar de verdeling van de scores vanaf de bevalling is, evenals de neurologische scores (zie Touwen e.a., 1980) scheef te noemen in die zin dat de meeste variabelen hogere scores opleveren bij de meeste bevallingen. Dit probleem is echter op te lossen door loglineaire modellen in de analyse toe te passen, die geschikt zijn voor de steekproef uit een niet-normale verdeling.

3. De verzameling van items die 'het verloop van de bevalling', 'de toestand van het kind' en 'de toestand van de moeder' weergeven, worden verder *afzonderlijk* per categorie bestudeerd. Daarbij zullen ook 'odds ratios' en de betrouwbaarheidsintervallen worden gepresenteerd (zie Robinson, 1989; Sleep e.a., 1989). Gekeken wordt of er een duidelijk patroon te herkennen is, bijvoorbeeld: voor de ene categorie van verloskundig resultaat (toestand moeder) is thuis bevallen beter dan poliklinisch, voor de andere categorie (toestand kind) is een poliklinische bevalling beter dan een thuisbevalling.
4. Het onderscheid naar *pariteit* wordt in deze studie zeer zorgvuldig gemaakt, omdat de meeste items van de obstetrische voorgeschiedenis slechts van toepassing zijn op de groep multiparae. De obstetrische voorgeschiedenis zal dan ook in eerste instantie afzonderlijk bestudeerd worden binnen de groep multiparae. Verder wordt bepaald in hoeverre sommige items van de obstetrische voorgeschiedenis van toepassing zijn op de groep primiparae. Als zou blijken dat de groep primiparae niet of nauwelijks een obstetrische voorgeschiedenis heeft, dan wordt het onderscheid naar pariteit gedaan zonder gebruik te maken van de items van obstetrische voorgeschiedenis.

5. De *verzameling van items* voor deze studie is enigszins *gewijzigd*. De verzameling is uitgebreid met de nieuwe categorie 'toestand moeder'. Sommige items die door Touwen e.a. (1980) zijn gebruikt, worden in deze studie weggelaten (vergelijk Berghs e.a., 1988) zoals: het al dan niet verricht zijn van een cardiotocogram (CTG) en de eerste schreeuw van de pasgeborene. Het gebruik van CTG valt buiten de bevoegdheden van de verloskundigen, terwijl de Apgar score reeds een algemene toestand van het kind weergeeft. De Apgar score wordt zoals steeds meer in Nederland gebruikelijk wordt, na 1 en 5 minuten in plaats van na 1 en 3 minuten bepaald (zie Chatab, 1989). Items die uitsluitend bij ziekenhuisbevallingen, veelal onder leiding van een obstetricus, van toepassing zijn (pH Vena Umbilicalis) worden ook in principe niet gebruikt. Indien mogelijk kunnen deze gegevens in een later stadium, bij onderlinge vergelijking van de bevallingen die durante partu zijn verwezen, worden gebruikt. Door veranderende medische inzichten wordt de optimale waarde van episiotomie in deze studie gewijzigd van 'verricht' naar 'geen' (House e.a. 1986; Hofmeyr e.a., 1987; Sleep e.a., 1989). Gezien het belang van de variabelen 'toestand perineum' en 'al dan niet gehecht zijn' in de Nederlandse verloskunde worden deze items toegevoegd.

#### **2.1.2. Perinatale sterfte als aanvulling op het verloskundig resultaat**

Het ligt in de bedoeling om het geringe aantal doodgeboren kinderen 'kwantitatief' te onderzoeken in die zin dat door een forum van deskundigen per geval beoordeeld wordt in hoeverre de dood van een kind voorkomen had kunnen worden.

De baringverslagen zullen gestandaardiseerd worden weergegeven en onherkenbaar gemaakt voor de betrokken hulpverleners. Uitsluitend op basis van de gepresenteerde gegevens zullen de sterfgevallen door het nog samen te stellen forum van deskundigen, uit verschillende beroepsgroepen, worden besproken.

#### **2.1.3. Verloskundig resultaat in ervaren gezondheidstoestand**

Verloskundig resultaat als afhankelijke variabele wordt niet alleen in zuiver medisch-verloskundige zin gedefinieerd, maar ook in de zin van ervaren gezondheidstoestand (zie par. 2.1.): namelijk het lichamenlijk welbevinden volgend op de bevalling en de psychische gesteldheid na van de bevalling. Deze twee groepen variabelen kunnen met elkaar te maken hebben. Niet optimale psychische gesteldheid kan aanleiding zijn tot somatiseren van klachten. Maar het lichamenlijk onwelbevinden kan tevens psychisch belastend zijn voor de kraamvrouw. Hierna wordt beschreven hoe deze variabelen worden gemeten.



#### **2.1.4. Lichamelijk welbevinden van de kraamvrouw**

Omwille van de vergelijkbaarheid van het onderzoeksmateriaal wordt de klachtenlijst van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Foets e.a., 1990) gebruikt om de ervaren lichamelijke klachten van de zwangeren in Gelderland te meten. De lijst omvat een uitgebreid aantal min of meer concrete klachten zoals duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid e.d. die voorzien zijn van drie antwoordcategorieën: nee, een beetje, veel (zie bijlage 4). Deze klachtenlijst benadert qua structuur en samenstelling de lijst van de VOEG (Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand), bestaande uit 48 items (Visser, 1983; Joosten e.a., 1987).

Omdat het lichamelijk welbevinden ook als een onderdeel van verloskundig resultaat (de afhankelijke variabele) gezien wordt, dienen we tevens na te gaan hoe dit vóór de bevalling, dus tijdens de zwangerschap is geweest evenals vóór de zwangerschapsperiode, de laatste retrospectief gemeten. Daarmee kan worden vastgesteld of, en zo ja in hoeverre, vrouwen lichamelijke klachten anders ervaren (registreren) als gevolg van de bevalling. Deze gegevens worden derhalve op drie momenten gemeten namelijk vóór de zwangerschap (retrospectief), tijdens de zwangerschapsperiode en na de bevalling.

#### **2.1.5. Psychische gesteldheid van de kraamvrouw**

Het tweede aspect van ervaren gezondheidstoestand als indicatie van verloskundig resultaat is de psychische gesteldheid van de vrouw na afloop van het kraambed.

Schudel (1990) maakt een onderverdeling van psychische klachten na de bevalling in:

- a. 'maternity blues', ook wel huildagen of postpartum blues genoemd (zie Oakley, 1980; Kleiverda, 1988);
- b. postpartum depressie en
- c. puerperaal-, kraambed- of postpartum psychose.

Schattingen over het *vóórkomen* van psychische klachten komen met elkaar overeen. Volgens Schudel (1990; vgl. Cox, 1986) maakt 50-75% van alle kraamvrouwen een huilbuiperiode (*postpartum blues*) tussen de eerste en tiende dag postpartum door, volgens Oakley (1980) tussen 50 en 80%. Behalve huilbuien komen de volgende symptomen, meestal niet tegelijk, voor: slapeloosheid, gespannenheid, lichte verwardheid, prikkelbaarheid, slechte concentratie e.d. Het *vóórkomen* van *postpartum depressie* wordt in de literatuur geschat op 10% van alle kraamvrouwen en deze treedt op binnen zes weken na de bevalling. Dit ziektebeeld is ernstiger en wordt ook gekenmerkt door een langere duur dan de 'maternity blues'. Het gaat bovendien in tegenstelling tot 'maternity blues' vaak niet vanzelf over. De postpartum de-

pressie leidt vaak tot problemen bij o.a. de verzorging van de baby.

Een ernstige klacht vormt de *postpartum psychose*, het betreft een pluriform psychotisch toestandsbeeld dat optreedt binnen 15 dagen na de bevalling. De incidentie wordt geschat tussen 1 en 3 per 1000 bevallingen (Oakley, 1980; Schudel, 1990). De kraamvrouw wordt meestal in een psychotische toestand opgenomen. Het risico van herhaling wordt daarbij niet uitgesloten (Verloskundige Indicatielijst).

Sommigen houden rekening met onderschatting van het vóórkomen van psychische klachten (Kortman, 1983; Schudel, 1990), het betreft namelijk de geregistreerde gegevens van vrouwen die naar de huisarts zijn geweest.

Uit het onderzoek van Oakley is gebleken dat er een duidelijk verband bestaat tussen het optreden van postpartum depressie en het verloop van de bevalling, in die zin dat bij hogere geboortetechnologie (meer ingrepen) en bij ontevredenheid over de wijze waarop de bevalling is verlopen, vaker depressie wordt geconstateerd. Volgens Oakley kun je een bevalling als een 'life event' beschouwen, een bijzondere levensgebeurtenis waar mensen, dus niet specifiek vrouwen, met depressieve gevoelens op kunnen reageren. Oakley (1980, 98) heeft het onderzoek bij de overwegend lage risicogroep zwangerschappen van de groep primiparae verricht.

Anderen zoeken meer een verklaring voor het ontstaan van psychische klachten in de biochemische sfeer. Het verlies van oestrogenen wordt in verband gebracht met een vermindering van welbevinden (Panter e.a., 1976). In de medische kring vindt de verklaring 'plotselinge hormoonwisselingen' veel weerklank (Bakker, 1975; Dalton, 1980; Loendersloot e.a., 1982). De vrouwen worden vaak met hormonen behandeld.

In de publikaties over psychische klachten na de bevalling wordt tot nu toe weinig aandacht besteed aan het ontwikkelen van een meetinstrument. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat dit beeld pas sinds kort en dan nog in beperkte kring, erkend wordt. Velen wijzen op het veronachtzaamde ziekteverschijnsel (Goudsmit, 1981; Loendersloot e.a., 1982; Kortmann, 1983). Voor zover nu wel studies zijn verricht, gaat het meestal om het inventariseren van de symptomen van het ziektebeeld.

Oakley (1980) en Kleiverda (1988) hebben vrouwen na de bevalling geïnterviewd om na te gaan hoe ze zich psychisch voelden op een bepaald moment. Er werd deels met open vragen, deels met een half gestructureerde vragenlijst gewerkt. De door hen verzamelde gegevens zijn goed vergelijkbaar.

Op een vraag van Kleiverda (1988, 71) 'Hoe vindt u, dat het met u zelf gaat?' zijn o.a. de volgende antwoorden geïnventariseerd:

'Ik ben soms nog wat chaotisch'.

'Wisselend. Ik ben nog niet in mijn normale evenwicht, ben vrij snel onzeker, vrij snel van slag af. Ik voel me erg afhankelijk, sta nog niet op eigen benen. ( ) Ik kom zelf te kort. Het is moeilijk om tijd voor mezelf te vinden. ( ) Het valt tegen. Ik kan er niet even uitstappen'.

'Lichamelijk uitstekend. Geestelijk gezien moet ik erg wennen aan de nieuwe situatie. ( ) Ik ben vaak angstig geweest. ( ) Iedereen gaat ervan uit dat ik alles weet'.

'Ik voel me te gejaagd. ( ) Ik ben een beetje prikkelbaar. Ik kan geen tijd vinden om rustig iets te doen. Ik ben vooral hyperactief, maar ook labiel en huilerig'.

Op basis van de beschreven literatuurstudie is een vragenlijst ontworpen om de psychische gesteldheid van de kraamvrouw te meten en wel vragen met gesloten antwoordcategorieën (zie bijlage 5).

Voorop staat dat de geboorte van een kind een blijde gebeurtenis is, maar dat deze gebeurtenis ook zijn schaduwkanten heeft omdat een fysieke en geestelijke inspanning van de kraamvrouw en haar partner vereist wordt. En deze schaduwkanten krijgen in deze studie aandacht.

## 2.2. Opsporen van zelfselectie

In paragraaf 2.1. is verloskundig resultaat als afhankelijke variabele beschreven. De *onafhankelijke* variabele daarbij is de gekozen plaats van bevallen oftewel de bevallingslokatie. In de onderzoeksopzet wordt rekening gehouden met eventuele mechanismen van zelfselectie.

Het *probleem van zelfselectie* zou omzeild kunnen worden, indien er een ad random toewijzing kan plaats vinden over de bevallingslokatie (Campbell e.a., 1987, 57). Aangezien dit op ethische en praktische bezwaren stuit, is gekozen voor een ander onderzoeksdesign waarbij getracht wordt om enerzijds de invloed van andere variabelen zo veel mogelijk te isoleren, anderzijds om deze invloed zo precies mogelijk vast te stellen.

Binnen de normale zwangerschappen, kunnen de obstetrische, sociale en andere persoonsgebonden eigenschappen in gunstige of minder gunstige condities worden verdeeld. In eerste instantie wordt gekeken hoe deze gunstige of minder gunstige condities verdeeld zijn over de groepen thuis- en poliklinisch bevallende vrouwen. In tweede instantie wordt bestudeerd of deze condities het effect van de plaats van bevallen op het verloskundig resultaat doorkruisen.

### **2.2.1. Obstetrische achtergrond in ruime zin**

De obstetrische achtergrond van de zwangeren wordt in deze studie zeer ruim gedefinieerd (vergelijk de groepen items van het obstetrische concept van Touwen e.a. 1980; Touwen e.a., 1989). Items zoals opleiding, beroep, burgerlijke staat, leeftijd en dergelijke worden onder de eerste categorie 'sociale achtergrond' geplaatst (zie bijlage 1).

De obstetrische achtergrond tot aan de bevalling bestaat uit (conform Touwen e.a., 1989) vijf groepen items:

1. sociale achtergrond;
2. niet-obstetrische aandoeningen vóór of tijdens de zwangerschap;
3. obstetrische voorgeschiedenis;
4. huidige zwangerschap;
5. diagnostiek en therapie.

Bovenvermelde indeling kan verder gereduceerd worden tot 3 groepen items, nl.: strikt *obstetrische* kenmerken (groep 3, 4 en 5), *algemeen medische* kenmerken (groep 2) en *sociale* kenmerken (groep 1).

Er wordt in deze studie zoveel mogelijk aangesloten op de samenstelling van items zoals die door Touwen e.a. (1980) werd aangehouden. De verschillen betreffen vooral de eerste groep items. Evenals Berghs e.a. (1988) wordt in deze studie niet de variabele 'beroep van de vader van de zwangere' opgenomen en in plaats van 'het volgen van oudercursus tijdens de zwangerschap' wordt 'deelname aan zwangerschapsgymnastiek' gebruikt. Verder is besloten om de lengte van de zwangere te laten vervallen. Deze variabele komt reeds tot uitdrukking in de berekening van quetelet index. Omdat door Touwen e.a. (1980) de variabelen 'beroep echtgenoot' en 'opleiding zwangere' zijn opgenomen in de oorspronkelijke lijst, zien we daarin een reden om ook 'beroep zwangere' en 'opleiding echtgenoot' als variabelen toe te voegen.

### **2.2.2. Andere persoonsgebonden achtergrond**

De eerste groep items van de obstetrische achtergrond in ruime zin betreft de sociale achtergrond. Er zijn onzes inziens andere items (angst, opvattingen over de huidige zwangerschap) die ook bij de sociale achtergrond horen, maar omwille van de vergelijkbaarheid worden ze onder een andere noemer gebracht, namelijk 'andere persoonsgebonden achtergrond'

Deze groep items omvat:

- gevoelens omtrent de bevalling,
- verwachtingen met betrekking tot de plaats van bevallen,
- inschatting eigen gezondheid tijdens en voorafgaand aan de zwangerschap,

- opvattingen over de zwangerschap zelf.

*Gevoelens* zoals de mate van bezorgdheid over eventuele complicaties tijdens de bevalling of de angst voor heftige pijn tijdens de ontsluitings- en uitdrijvingsperiode worden wel eens als reden genoemd voor de keuze van de plaats van bevallen. Rutter e.a. (1990) voeren de emoties of gemoedstoestand van de zwangere aan als psychosociale variabele die mede invloed heeft op het verloskundig resultaat. Deze gevoelens, in combinatie met bepaalde *verwachtingen* die zwangeren hebben omtrent de plaats van bevallen, worden ook in verband gebracht met de uiteindelijke bevallingslokatie. Zwangeren die bezorgd zijn over het verloop van de bevalling en die bovendien ook nog een hogere verwachting hebben jegens het ziekenhuis voor de veiligheid van moeder en kind, zouden een poliklinische bevalling verkiezen boven thuisbevalling. (Damstra- Wijmenga, 1982). De overheid benadrukt steeds dat een bevalling bij een normale zwangerschap een natuurlijke gebeurtenis is, die daarom eerder bij het gezin thuis hoort (Adviescommissie Verloskunde, 1987; regeringsstandpunt naar aanleiding van het advies van de commissie Kloosterman; Verloskundige Indicatielijst, 1987). In een onderzoek van Kleiverda (1990) worden overwegingen als 'gezelligheid, privacy en meer vrijheid in eigen omgeving' door zwangeren genoemd die een thuisbevalling hebben gekozen. Maar over de representativiteit van deze studie valt het een en ander te zeggen<sup>1</sup>.

Studies over *pijn* tijdens de bevalling, waarin het meetinstrument 'the McGill Pain Questionnaire' (MPG) veelvuldig wordt gebruikt zijn, niet bruikbaar voor dit onderzoek. In die studies is met behulp van dat instrument min of meer objectieve pijn tijdens de bevalling gemeten (Niven, 1984; Melzack e.a., 1981; Melzack e.a., 1984; Reading e.a., 1985). Onze bedoeling is echter om tijdens de zwangerschap de *mate van angst* van zwangeren te meten voor de (naderende) bevalling en voor de (gevreesde) pijn tijdens de bevalling. Daarnaast zal worden nagegaan hoe de verwachtingen van vrouwen zijn ten aanzien van de plaats van bevallen. Hebben ze hoge verwachtingen van een poliklinische bevalling of juist van een thuisbevalling? Een lijst met voorgestructureerde items, om de gevoelens en de verwachtingen omtrent de bevallingslokatie te meten vóór de baring, is ontworpen, getest en aangepast (zie bijlage 4). De overall-betrouwbaarheid is in de bijlage 14 opgenomen.

---

<sup>1</sup> In dat onderzoek 'naar gezondheid en welbevinden' is gestreefd naar een oververtegenwoordiging van vrouwen die wilden blijven werken na de bevalling. Haar studie heeft dan ook betrekking op een zeer selecte groep: drie van de vier vrouwen blijven na de bevalling werken, tegen één op de vijf volgens de landelijke gegevens (Kleiverda, 1988, 21)

Voor de *inschatting van de eigen gezondheidstoestand* is de lijst van lichamelijk welbevinden gebruikt (zie par 2.1.4). De bedoeling is dat deze lijst vóór de bevalling wordt ingevuld en heeft betrekking op de periode voorafgaand aan (retrospectief gemeten) en tijdens de zwangerschap.

Deze lijst wordt ook aan de vrouwen voorgelegd in de periode na de bevalling, maar heeft dan een andere functie, namelijk om de eventuele verschuivingen van het ervaren lichamelijk welbevinden na te gaan.

Tenslotte worden *opvattingen* van vrouwen over de *huidige zwangerschap* nagegaan. Dit door middel van een paar vragen, met en zonder antwoordcategorieën, of de zwangerschap gewenst/gepland is geweest (zie bijlage 4). Op basis van de antwoorden van de open vraag worden drie categorieën vastgesteld: de zwangerschap is zeer gewenst of wel gepland, niet gepland maar het kind is toch welkom en 'onduidelijk', dat wil zeggen het is voor derden niet na te gaan of het kind wel gewenst of gepland is geweest.

### **2.2.3. Sociale omgeving**

De sociale omgeving (aanwezigheid van sociale netwerken, stressful life events) hoeven niet zo zeer het verloskundig risico in ruimere zin (zoals in dit onderzoek wordt gehanteerd) te beïnvloeden. Wel hebben deze factoren, blijkens verschillende studies, een zekere invloed op het verloskundig resultaat (verloop van de bevalling of toestand kind)

Newton e.a. (1979) en Oakley (1985) hebben in hun studie gevonden dat vroeggeborenen (37 weken en korter) vaker worden geboren uit de zwangerschappen met belastende levensgebeurtenissen. Deze 'life events' resulteren in mindere mate in problematische bevallingen bij aanwezigheid van sociale ondersteuning.

Ook uit de studie van Enkin (1989) is gebleken dat er een relatie bestaat tussen enerzijds 'stressful life events' en anderzijds lager geboortegewicht en vroeggeboorte.

De variabelen 'sociale netwerken' en 'schokkende levensgebeurtenissen' worden in het onderzoeksdesign opgenomen (bijlage 4). Voor wat betreft de (absolute) omvang van de sociale netwerken worden de items van een bestaande lijst overgenomen (de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk, zie Foets e.a., 1990). Deze enquête werd echter persoonlijk door interviewers afgenomen. Omdat in de onderhavige studie uitgegaan wordt van een schriftelijke enquête kunnen de vervolgvragen zoals de opleiding, het beroep van de sociale netwerken, vanwege de ingewikkeldheid van de vragen, niet worden overgenomen.

Om de mate van 'stressful life events' te meten hebben we eveneens de lijst van items van de Nationale Studie (Foets e.a., 1990) gevolgd. Dezelfde lijst is ook in een regionaal onderzoek in Almere (Sixma, 1990) gebruikt.

### 3. UITWERKING VAN DE TWEDE VRAAGSTELLING

De tweede vraagstelling betreft een verklaringsprobleem: waarom een groep vrouwen, uitgaande van normale zwangerschappen thuisbevallingen kiest en waarom een andere groep poliklinische bevallingen kiest?

Het gaat er in dit hoofdstuk om een theoretisch kader te vinden voor het keuzegedrag van zwangeren.

De plaats van bevallen wordt hier als *afhankelijke variabele* gezien.

In het vorig hoofdstuk is betoogd dat de obstetrische achtergrond van de groep zwangeren die thuis bevalt mogelijk afwijkt van die van de groep die poliklinisch bevalt. Een andere verdeling kan op een bepaalde systematiek wijzen: zwangeren zijn zich wellicht bewust van hun *obstetrische achtergrond* in ruime zin (pariteit, leeftijd) en kiezen om deze redenen een bepaalde plaats van bevallen. Of hebben bepaalde *persoonsgebonden eigenschappen* zoals angst voor de pijn, bezorgdheid over het verloop van de baring, verwachtingen jegens een bepaalde plaats van bevallen mede de keuze bepaald? Ook de *sociale omgeving* (invloed verloskundige, sociale netwerken) of de *formele institutie* (regelingen van ziekenfonds, kraamcentrum) kunnen invloed hebben op het keuzegedrag van de zwangeren. In de volgende paragraaf worden deze factoren in een theoretisch kader geplaatst.

#### 3.1. Theoretische overwegingen

Zwangeren worden in deze studie gezien als een groep individuen in hun sociale omgeving die ten aanzien van de plaats van bevallen een keuze moeten maken uit twee alternatieven (thuis- of poliklinisch bevallen).

De rationele keuzetheorie<sup>2</sup> behoort tot de groep theorieën die het gedrag van individuen<sup>3</sup> verklaart uit de *verwachtingen* die deze individuen hebben van de gevolgen van het *handelen* (Heath, 1976; Lave e.a, 1980).

Individuele handelingen, ook beslissingen genoemd, hebben bepaalde gevol-

---

<sup>2</sup> De term rationeel in deze theorie verwijst slechts naar de geordende preferenties, in die zin dat het gedrag van een groep individuen *rationeel*, is gezien vanuit de ordening van preferenties (Heath, 1976; Boudon, 1981; Groenewegen, 1985).

<sup>3</sup> Bij de toepassing van deze theorie gaat het niet zo zeer om voorspellingen omtrent het gedrag van bepaalde individuen maar omtrent het gedrag van groepen personen die zich in eenzelfde soort situatie bevinden (Wippler e.a., 1984).

gen (consequenties). Individuen hechten een (positieve of negatieve) waarde aan deze gevolgen. Bovendien kunnen deze waarderungen geordend worden. Bij hun keuze, voor een bepaalde handeling, schatten individuen de waarschijnlijkheid waarmee ze verwachten dat een gevolg optreedt. Om te kunnen afwegen welke gevolgen relevant zijn, wordt er van uitgegaan dat individuen bij het nemen van beslissingen afgaan op hun *doelstellingen*, gegeven een bepaalde situatie.

Om aan te kunnen geven welke gevolgen voor zwangeren relevant zijn, specificeren we de doelstellingen die zwangeren nastreven. Het kiezen van een bepaalde bevallingslokatie kan worden beschouwd als een middel om specifieke doelstellingen te bereiken.

Specifieke doelstellingen bij zwangere vrouwen zijn:

- welzijn moeder bij de bevalling,
- welzijn kind bij de geboorte.

We gaan ervan uit dat alle zwangeren bij hun afwegingen uitgaan van deze twee specifieke doelstellingen.

Vervolgens worden *omstandigheden* aangegeven waaronder bovengenoemde specifieke doelstellingen bereikt kunnen worden. Hiermee wordt een verbinding gelegd tussen de abstracte keuzetheorie en de sociale omstandigheden waarin mensen verkeren, om op basis daarvan specifieke voorspellingen te doen.

In Nederland zijn de hulpverleners het erover eens dat zwangeren de vrije keuze moeten (blijven) hebben ten aanzien van de plaats van bevalling. Voor velen geldt dat zwangeren die plaats moeten kiezen waar zij zich het meest prettig voelen, op hun gemak voelen of waar zij zich gerust voelen (Adviescommissie Verloskunde, 1987).

De omstandigheden waaronder eerstgenoemde specifieke doelstelling - welzijn moeder bij de bevalling - bereikt kan worden, zijn te vinden op die lokatie waar de zwangeren 'grotere mogelijkheden hebben zich op hun gemak te voelen bij de bevalling'.

De tweede specifieke doelstelling - welzijn kind bij de geboorte - is te bereiken op die lokatie waar vrouwen 'grotere mogelijkheden percipiëren een goede afloop bij de geboorte van hun kind te realiseren'. Deze lokatie kan voor sommige zwangeren thuis zijn, voor anderen poliklinisch.

### **3.1.1. Algemene uitspraken**

Op het meest algemene niveau van menselijk handelen worden veelal twee doelstellingen onderscheiden: welzijn en sociale erkenning (Eng. 'social approval'). Alle mensen zouden meer welzijn en meer sociale erkenning nastreven (Adam Smith, in Lindenberg, 1980). Om van algemene doelen te komen tot concrete doelen is een specificatie vereist die toegespitst is op het te



onderzoeken probleemveld (Groenewegen, 1985). Er wordt van uitgegaan dat verschillen in keuzes niet zo zeer bepaald worden door verschillen in het belang dat gehecht wordt aan de doelstellingen, maar door verschillen in omstandigheden die bepalend zijn voor de mate waarin doelstellingen bereikt kunnen worden. Een aanname is dat binnen een bepaald probleemveld de gespecificeerde doelstellingen ook nagestreefd worden door alle individuen in die situatie.

Op basis van bovenbeschreven uitgangspunten en aannames kunnen algemene uitspraken worden geformuleerd. Deze zijn nodig om concrete voorspellingen te formuleren. De voorspellingen, implicaties van algemene uitspraken, worden vervolgens onderworpen aan statistische toetsing.

De eerste algemene uitspraak (A1) betreft de specifieke doelstelling 'welzijn moeder bij de bevalling' en luidt:

**A1. Hoe meer de zwangeren zich op hun gemak voelen in een bepaalde bevallingslokatie, des te eerder zullen zij daar gaan bevallen.**

De tweede algemene uitspraak (A2) betreffende 'welzijn kind bij de geboorte' luidt:

**A2. Hoe groter de mogelijkheden voor een goede afloop voor het kind in een bepaalde bevallingslokatie worden geacht, des te eerder zullen zwangeren daar hun kind gaan baren.**

De keuze voor een bepaalde bevallingslokatie heeft zowel positieve als negatieve gevolgen tegen de achtergrond van de gespecificeerde doelstellingen: met andere woorden er zijn kosten en baten verbonden aan de lokatiekeuze van de zwangeren.

Zwangeren kunnen niet tegelijkertijd omstandigheden bij een thuisbevalling (eigen bed) én die bij een poliklinische bevalling (geschikte kraaminrichting) verkrijgen. Individuen maken hun keuze immers niet binnen een sociaal vacuüm maar onder restrictieve omstandigheden. Sommige omstandigheden zijn voor bepaalde categorieën zwangeren restrictiever dan voor anderen. Anders gezegd: de keuzes van zwangeren zijn aan *restricties* onderworpen; men kan niet alles tegelijk bereiken.

Enkele voorbeelden van relevante restricties zijn de volgende.

Restricties kunnen ontstaan doordat het bereiken van de ene voorkeur ten koste van de andere gaat. Bijvoorbeeld het bevallen in eigen bed thuis ten koste van geschikte kraaminrichting in het ziekenhuis.

Een maatregel van een institutie zoals het ziekenfonds kan voor sommigen

restrictief werken. Het ziekenfonds vergoedt, zoals eerder vermeld, niet geheel de verblijfkosten in het ziekenhuis bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie. De poliklinische bevalling is daardoor financieel gezien minder aantrekkelijk. En afhankelijk van de hoeveelheid middelen waarover men kan beschikken, weegt dit voor sommige (groepen) vrouwen zwaarder dan voor anderen. Een sociale restrictie kan zijn een niet-adequate huisvesting, dit maakt poliklinische bevalling aantrekkelijker dan thuisbevalling.

### **3.1.2. Voorspellingen op basis van restricties**

De keuzemogelijkheden van zwangeren zijn mede bepaald door het bestaan van restricties.

Verschillen in keuzegedrag tussen zwangeren kunnen worden teruggevoerd op verschillen in de mate van restrictiviteit van de omstandigheden. Restricties kunnen min of meer *objectieve gegevens* zijn, maar ze kunnen ook als zodanig worden ervaren in de *perceptie* van de zwangere.

Hierna worden voorspellingen gemaakt op basis van gepercipieerde restricties, vervolgens op basis van min of meer objectieve restricties.

#### *Ad1. Voorspellingen op basis van gepercipieerde restricties*

De vorige bevalling of een zware bevalling van de (schoon)moeder kan een negatieve associatie wekken bij de komende bevalling, waardoor thuisbevalling bij voorbaat afgewezen wordt. Zwangeren die beroepshalve of via het beroep van de partner goed op de hoogte zijn van de zwakzinnigenzorg zullen wellicht vaker een poliklinische bevalling als 'noodzakelijk' ervaren. Het omgekeerde geldt voor zwangeren die een negatief beeld hebben van het ziekenhuis in het algemeen, zoals onpersoonlijk, infectiebronnen, overbodige technische ingrepen e.d. Deze zwangeren zullen vermoedelijk vaker thuis hun kind willen gaan baren. Het negatieve beeld van het ziekenhuis kan ook te maken hebben met onbekendheid met de gang van zaken in de verloskundige afdeling in het ziekenhuis.

#### *Ad2. Voorspellingen op basis van 'objectieve' restricties*

Zwangeren kunnen verdeeld worden naar meer of minder gunstige *obstetrische* achtergrond (primiparae, hogere leeftijd). Algemeen kan worden verondersteld dat zwangeren op de hoogte zijn van hun conditie. Vrouwen die een minder gunstige obstetrische conditie hebben, zullen wellicht vaker poliklinische bevalling kiezen vanwege de aanwezigheid van medische apparatuur in het ziekenhuis.

De obstetrische achtergrond wordt zeer ruim verstaan. Sommige individuele kenmerken zoals samenlevingsvorm, etniciteit vallen ook eronder (vergelijk Touwen e.a., 1989). Met 'common sense' ideeën kan worden beredeneerd dat een zwangere zonder partner (het zgn. één-ouder gezin) door af-

wezigheid van ondersteuning tijdens de baring vaker een poliklinische bevalling zal kiezen. Iets dergelijks kan ook voor etnische vrouwen worden voorspeld. Om eventuele communicatie-problemen te voorkomen, bijvoorbeeld door slechte beheersing van de Nederlandse taal, zal een van origine niet-Nederlandse vrouw vaker een poliklinische bevalling kiezen. Maar het verband kan ook algemeen van aard zijn. Een thuisbevalling is toch min of meer een Nederlands item. Buitenlandse vrouwen zijn minder bewust (van overtuigd) van de goede mogelijkheden om in Nederland thuis te bevallen; ze zullen dus eerder geneigd zijn poliklinisch te bevallen.

Andere individuele factoren '*persoonsgebonden variabelen*' zoals de hoeveelheid angst, verwachtingen omtrent de plaats van bevallen, al dan niet gewenste/geplande zwangerschap en het beeld over de eigen gezondheid kunnen ook invloed hebben op het keuzegedrag van de zwangeren. Het is echter moeilijk een voorspelling te maken over de relatie tussen enerzijds de variabele 'hoeveelheid angst' en 'al dan niet gewenste/geplande zwangerschap en anderzijds de variabele 'de plaats van bevallen'. Een rechtstreeks verband met de lokatiekeuze is niet eenvoudig te beredeneren: zullen bijvoorbeeld vrouwen die angstig zijn of die een ongeplande zwangerschap hebben, thuis of poliklinisch bevallen?

Het verband dient wellicht in combinatie met andere variabelen te worden bestudeerd, in die zin dat vrouwen die veel angst en bovendien hogere verwachtingen jegens het ziekenhuis hebben, vaker poliklinisch zullen bevallen dan die met lagere verwachtingen.

De *sociale omgeving* kan ook invloed hebben op de keuzemogelijkheden van de zwangeren. De partner, (schoon)familie of goede kennissen kunnen een duidelijke voorkeur hebben voor een bepaalde bevallingslokatie. De zwangeren zullen, afhankelijk van de sterkte van de binding met deze personen (de '*significant others*'), rekening houden met hun voorkeur. Een afwijkende voorkeur zal negatieve reacties teweeg brengen en in de afweging als psychologische kosten meetellen. Met andere woorden, naarmate de kosten voor een afwijkende voorkeur groter zijn, des te eerder zullen zwangeren zich neerleggen bij de voorkeur van hun sociale netwerken.

Er zijn aanwijzingen dat *verloskundigen* invloed uitoefenen op de keuze van de bevallingslokatie (Damstra-Wijmenga, 1982; Kleiverda, 1989), bijvoorbeeld bij de groep vrouwen die daarover twijfelen. De verloskundige kan mede hun keuze beïnvloeden in de richting van haar/zijn voorkeur. Een verloskundige die voorstander is van een thuisbevalling zal waarschijnlijk vaker thuisbevallingen dan poliklinische bevallingen begeleiden. Maar indien zwangeren weinig vertrouwen hebben in de eigen verloskundige zullen ze wellicht vaker een

poliklinische bevalling verkiezen.

Er is een statistisch verband tussen de plaats van bevallen en de urbanisatiegraad: in plattelandsgebieden wordt vaker een thuisbevalling gekozen (zie CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek, diverse jaren). Dit verband wijst niet alleen op de verschillende keuzes tussen plattelandsvrouwen en vrouwen uit de verstedelijkte gebieden maar ook op eventuele voorkeur van de hulpverleners t.a.v. een bepaalde bevallingslokatie. Dit verband kan ook anders worden geïnterpreteerd. Naarmate het percentage van bijvoorbeeld thuisbevalling in haar woonplaats hoger is, des te 'normaler' is blijkbaar de thuisbevalling en des te groter zijn de kosten voor de zwangere om een afwijkende keuze te maken. Zwangeren in deze omstandigheden zullen vaker de *plaatselijke 'traditie'* (thuisbevalling) verkiezen boven de poliklinische bevalling. Een omgekeerde redenering geldt uiteraard ook voor poliklinische bevalling.

In hoeverre de afstand tot het ziekenhuis 'veilig' gevonden wordt, is zeer persoonsgebonden (Kitzinger, 1979). Maar Nederland is een klein land waar een ziekenhuis meestal binnen een half uur te bereiken is. De afstand tot het ziekenhuis wordt ook niet als 'risico' in de Nieuwe Verloskundige Indicatielijst opgenomen; het is dus in principe altijd mogelijk thuis te bevallen. Maar de vraag is of de zwangeren er ook zo over denken. Daarom is besloten om in deze studie ook deze variabele, de duur van de reistijd, te meten.

De omgeving kan ook via de formele *instituties* invloed hebben op de keuze van de zwangere, bijvoorbeeld via de regels van het kraamcentrum of van het ziekenfonds.

Een voorwaarde voor het verkrijgen van kraamhulp is dat er op de verdieping, waar moeder en kind verzorgd worden, watertoevoer (liefst warm) en -afvoer zijn. Indien aan deze voorwaarde niet voldaan is, krijgt het gezin geen kraamhulp, waardoor poliklinische bevalling het enige alternatief blijft.

Minder dwingend is een niet-adequate *huisvesting* zoals een zeer krappe slaapkamer, gehorig huis, wonen in een flat zonder lift of een te groot gezin. Voorspeld kan worden dat zwangeren met een niet-adequate huisvesting (geen watertoevoer en -afvoer, gehorig huis, een groot gezin, een flat zonder lift) vaker poliklinisch zullen bevallen.

De bovenbeschreven voorspellingen zijn een uitwerking van gepercipieerde en (min of meer) objectieve restricties. In onderstaand schema worden de restricties samengevat. Aangegeven wordt welke restrictieve omstandigheid pleit voor welke bevallingslokatie (thuis of poliklinisch).

Schema 2.1.: restricties en de gekozen plaats van bevalling

	thuis	poliklinisch
<b>Gepercipieerde restricties</b>		
zware eigen bevalling	-	x
zware bevalling moeder	-	x
zware bevalling schoonmoeder	-	x
binding zwakzinnigenzorg	-	x
beeld ziekenhuis negatief	x	-
onbekendheid ziekenhuis	x	-
<b>'Objectieve' restricties</b>		
obstetrisch gunstig	x	-
alg-medisch gunstig	x	-
huidige zwangerschap pos.	x	-
soc-medisch gunstig	x	-
geen kraamhulp mogelijk	-	x
niet-adequate huisvesting	-	x
geen vaste partner	-	x
te groot gezin	-	x
afstand ziekenhuis te ver	-	x
soc. netwerken pro thuis	x	-
vertrouwen verloskundige hoog	x	-
% thuisbevalling in de regio hoog	x	-
ziekenfondsverzekerde	x	-

Alle geformuleerde voorspellingen op basis van restricties zullen statistische toetsing ondergaan. Empirisch wordt vastgesteld of de voorspellingen uitkomen.

Bovenbeschreven variabelen zullen dus worden opgenomen in het onderzoek. Sommige vragen zoals invloed van verloskundige en percentage thuis- en poliklinische bevalling in een woongebied moeten we bij de betrokken verloskundige, per geval, nagaan. Andere gegevens zoals de gepercipieerde afstand tot het ziekenhuis, huiselijke omstandigheden dient bij de betrokken zwangere te worden gevraagd.



## 4. OPZET EN METHODEN

### 4.1. Onderzoeksdesign, herhaalde meting, aggregatieniveau

#### *Onderzoeksdesign*

Bij de bestudering van de relatie tussen de 'gekozen plaats van bevallen' en het 'verloskundig resultaat' hebben we te maken met een onderzoeksdesign waarin behalve de plaats van bevallen (thuis vs. poliklinisch) ook de pariteit (primiparae vs. multiparae) en de obstetrische achtergrond (gunstig vs. minder gunstig) een rol spelen. Uitgaande van deze drie gedichotomiseerde variabelen is er sprake van een 2x2x2-design.

#### *Herhaalde meting*

De benodigde onderzoeksgegevens worden op twee tijdstippen verzameld: circa 4 weken vóór de bevalling ( $t_0$ ) en ongeveer 2 weken na de bevalling ( $t_1$ ).

*Eerste meting* ( $t_0$ ): is enerzijds bedoeld om de gegevens die verantwoordelijk zijn voor mechanismen van zelfselectie te verzamelen (t.b.v. vraagstelling 1) en anderzijds om vast te kunnen stellen hoe de keuze van de zwangeren ten aanzien van de plaats van bevallen tot stand komt (t.b.v. vraagstelling 2).

*Tweede meting* ( $t_1$ ): is om het verloskundig resultaat (vraagstelling 1) en om de werkelijke plaats van bevallen te kunnen vaststellen (vraagstelling 1 en 2).

Omdat bij de tweede meting andere gegevens worden verzameld dan bij de eerste meting treedt het zogenaamde 'test effect' niet op (Cook e.a., 1979; Swanborn, 1981).

#### *Aggregatieniveau*

De onderzoeksgegevens komen binnen op drie aggregatieniveaus. Ten eerste is er het laagste niveau van aggregatie van de *zwangere/ kraamvrouw* en haar partner. Op dit niveau bevinden zich de benodigde gegevens per casus inclusief medisch-verloskundige gegevens (LVR-lijst) afkomstig van de verloskundige. Ten tweede is er het niveau van de *verloskundige*. Het betreft kenmerken als leeftijd, ervaring, taakopvattingen e.d. Alle deelnemende zwangeren hebben te maken met een verloskundige met dergelijke specifieke kenmerken. Tenslotte is er het hoogste aggregatieniveau, te weten dat van de *praktijk* van de verloskundigen. Alle participerende verloskundigen horen bij

een bepaalde praktijk, waar een of meer verloskundigen werken. Het gaat hierbij om gegevens over de praktijkgrootte, praktijkvorm, e.d. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de op  $t_0$  en  $t_1$  te verzamelen gegevens.

Tabel 4.1: de te verzamelen gegevens ten behoeve van het onderzoek

	$t_0$ vóór de bevalling (ca. 4 weken voor)	$t_1$ na de bevalling (ca.2 weken na)
vrouwen	x	x
partner	x	x
verloskundigen per casus	x	x
verloskundigen, eenmalig	x	-
LVR-formulier		x

Het onderzoeksdesign, vormt het uitgangspunt bij de bepaling van de steekproefgrootte (zie par. 4.3). Op basis van dit design wordt ook het analyseplan gemaakt (zie par. 4.2.). Om de onderzoekspopulatie af te bakenen wordt om te beginnen beschreven wie precies meedoet aan het onderzoek (par. 4.1.1). De onderzoeksgegevens worden voornamelijk via enquête (de gebruikte 'onderzoeksstrategie') verzameld (par.4.1.2.).

#### 4.1.1. Onderzoekseenheden: de respondenten

##### *In geval van verwijzingen*

Zwangeren die tijdens de zwangerschap, in ieder geval vóór de bevalling, zijn verwezen naar de specialist vallen buiten de te onderzoeken populatie. Er is in dit geval sprake van medische indicatie. De zwangeren bevallen dan klinisch onder leiding van een tweedelijns hulponder. Om een overzicht te hebben van de deelnemende en de niet-deelnemende zwangeren binnen een verloskundige praktijk wordt het aantal ervan bijgehouden. Zwangeren die niet (wensen) mee te doen aan het onderzoek vallen onder de categorie 'non-respons'. Maar een deel van de zwangeren die aanvankelijk ( $t_0$ ) wel gerespondeerd heeft, kan in een later stadium - echter vóór de bevalling -, alsnog worden verwezen. Deze vrouwen worden bij de tweede meting niet onder 'non-respons' gebracht.

Wordt een vrouw *tijdens* de baring (durante partu) verwezen, dan blijven we deze casus wel volgen. Verwijzing tijdens de baring geeft het verloop van de bevalling weer.



### *Wie doet er aan mee?*

Gestreefd is om alle *gevestigde verloskundigen* in Gelderland, die aan een bepaalde praktijk zijn verbonden, te betrekken in het onderzoek (n=96). De klinisch werkzame verloskundigen (n=8) en de waarnemers (n=9) vallen buiten het onderzoek, omdat ze geen 'eigen cliënten' hebben. Deze verloskundigen kunnen werkzaam zijn in een solo- of groepspraktijk (twee of meer verloskundigen).

Verder wordt er naar gestreefd om per verloskundige-praktijk alle bevallingen binnen een bepaalde periode te volgen. Dit houdt in dat alle *zwangeren* van de deelnemende verloskundigen, van wie de à terme datum binnen de onderzoeksperiode valt, verzocht worden om mee te doen aan het onderzoek. Daarnaast worden hun *partners* verzocht om deel te nemen aan het onderzoek: hun mening wordt met die van hun vrouwen vergeleken. Deze vergelijking kan een extra inzicht geven in het keuzegedrag van zwangeren.

### *Vrijwillige deelname*

De verloskundigen hebben een *sleutelpositie*, omdat alleen hun deelname de toegang tot de zwangeren mogelijk maakt. Het geheel geschiedt echter op basis van *vrijwilligheid*. Er kan worden aangenomen dat deze studie hen beroepshalve aanspreekt. Twee maal is voorlichting over het onderzoek georganiseerd tijdens een regionale bijeenkomst. De afwezige verloskundigen zijn schriftelijk benaderd en verzocht om mee te doen aan het onderzoek.

Na toestemming van de verloskundigen hebben we via hen *alle* zwangeren schriftelijk benaderd om mee te doen aan het onderzoek (zie bijlage 13). De zwangeren verklaren daarop schriftelijk, of zij bereid zijn tot medewerking. Deelname is op basis van vrijwilligheid. Daarom moet ook aandacht worden besteed aan de groep non-respons. In de analyse wordt die groep op een aantal relevante punten vergeleken met de deelnemende groep. Medischverloskundige gegevens van de groep non-respons (LVR-lijst) worden via hun verloskundigen verkregen. Aldus kon worden nagegaan of sprake is van selectieve uitval.

#### **4.1.2. Enquête als onderzoeksstrategie**

De gegevens die nodig zijn voor het vaststellen van het verloskundig resultaat en het oplossen van het selectie-probleem worden in deze studie primair geleverd door de verloskundige (met name de LVR-gegevens; zie par. 4.1.3.). Voor het verkrijgen van gegevens van zwangeren en van achtergrond van verloskundigen en hun praktijken is als onderzoeksstrategie gebruik gemaakt van de schriftelijke enquête. De belangrijkste reden voor het gebruik van de schriftelijke enquête is dat de hoeveelheid te verzamelen gegevens te groot is (zie par. 4.3.) om ze bijvoorbeeld via interviews te verkrijgen. Bovendien be-

vinden zwangeren en verloskundigen zich verspreid in de qua oppervlakte grootste provincie in Nederland. De herhaalde metingen maken interviews tenslotte nog minder aantrekkelijk.

Een *voordeel* van de schriftelijke enquête is dat het betrekkelijk eenvoudig is om een grootschalige data-verzameling in een relatief korte tijd te doen. Het tweede voordeel is dat respondenten bij het invullen van de enquête niet beïnvloed worden door de aanwezigheid van de onderzoeker. Bovendien kunnen de respondenten de vragenlijst invullen in de tijd die hen het best uitkomt.

Tegenover deze voordelen staan ook een aantal *nadelen*. Het grootste probleem is de 'non-respons'. De non-respons is bij enquêtes de laatste jaren een bron van toenemende zorg. In dit onderzoek wordt met dit probleem als volgt omgegaan. Per praktijk wordt nagegaan hoeveel bevallingen worden verwacht binnen een bepaalde periode. Aan de verloskundigen is gevraagd of ze de baringsverslagen (de zogenaamde LVR-gegevens) van alle zwangeren binnen een bepaalde periode voor het onderzoek beschikbaar te stellen, ongeacht of ze wel of niet deelnemen aan het onderzoek. Daarmee kan worden vastgesteld of er sprake is van 'selectieve uitval' (Cook e.a., 1979; Swanborn, 1981). Behalve met de volledige weigering tot deelname kan men bij schriftelijke enquête te maken hebben met 'gedeeltelijke non-respons', een weigering om bepaalde vragen te beantwoorden. Dit kan met gemakzucht te maken hebben maar ook met het niet begrijpen van een bepaalde vraag of het niet willen invullen. De leesbaarheid van de vragenlijst is daarom een belangrijk punt.

#### **4.1.3. Het gebruik van baringsverslagen: LVR-gegevens**

Er wordt gebruik gemaakt van onderzoeksgegevens afkomstig uit Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) die door het Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) wordt verwerkt (GHI, 1989). Naar schatting neemt ca. 70% van de eerstelijnsverloskundigen deel aan deze landelijke registratie.

Een *voordeel* van de LVR-gegevens is dat we gebruik maken van het bestaande systeem, zodat de deelnemende verloskundigen geen extra inspanningen hoeven te doen om de medisch-verloskundige gegevens ten behoeve van dit onderzoek te registreren. Een doorslag van de LVR-lijst, wordt rechtstreeks van de betrokken verloskundigen ontvangen.

De LVR-gegevens zijn door de betrokken verloskundigen in een gecodeerde vorm doorgegeven. Bij het invoeren van de gegevens wordt gecontroleerd of hierbij fouten zijn gemaakt.

## 4.2. Analyse-plan

De eerste vraagstelling betreft een vergelijking tussen thuis- en poliklinische bevallingen, gemeten naar het 'verloskundig resultaat'.

Het verloskundig resultaat wordt gesplitst in een medisch-verloskundig deel en een deel betreffende de ervaren gezondheidstoestand, volgend op en als gevolg van de bevalling.

### *Definitie 'verschil in resultaat'*

Er is sprake van verschil in verloskundig resultaat wanneer óf het medisch-verloskundig resultaat van thuisbevallingen significant afwijkt van dat van poliklinische bevallingen óf wanneer de ervaren gezondheidstoestand van thuisbevallingen anders is dan die van poliklinische bevallingen.

Het *medisch-verloskundig* resultaat van thuisbevallingen verschilt van dat van poliklinische bevallingen als er sprake is van significant verschil tussen:

- het verloop van de bevalling thuis en dat van de poliklinische bevallingen, of
- de toestand van het kind vlak na de geboorte bij thuis- en die bij poliklinische bevallingen, of
- de toestand van de moeder vlak na de bevalling bij thuis- en die bij poliklinische bevallingen.

Het verschil tussen de *ervaren gezondheidstoestand* bij thuisbevallingen en bij poliklinische bevallingen wordt aangetoond als significant verschil wordt waargenomen tussen:

- het lichamenlijk welbevinden bij thuis- en dat bij poliklinische bevallingen, of
- de psychische gesteldheid van de groep thuisbevallende vrouwen in vergelijking tot de groep poliklinisch bevallenden.

Een verklaring voor de verschillende keuzes ten aanzien van de plaats van bevallen (vraagstelling 2) wordt gezocht in meer en minder tastbare afwegingen die vrouwen maken uitgaande van specifieke doelstellingen. Deze afwegingen kunnen betrekking hebben op obstetrische, algemeen medische, sociale en omgevings-/institutionele factoren.

### **4.2.1. Analyse van de afhankelijke variabele**

Allereerst wordt gekeken naar de frequenties van de *afzonderlijke variabelen* van het 'verloskundig resultaat' (univariate analyse).

Vervolgens wordt met behulp van het LISREL-programma bekeken in hoeverre de onderdelen van het medisch-verloskundig resultaat (verloop van de bevalling, toestand kind, toestand kraamvrouw) *interne samenhang* hebben.

Een vergelijkbare analyse wordt gedaan voor de ervaren gezondheidstoestand om de samenhang tussen het ervaren lichamenlijk welbevinden en de aanwezigheid van psychische klachten vast te stellen.

Verder worden de onderdelen van verloskundig resultaat gedichotomiseerd in 'gunstig' en 'ongunstig' om een *globaal beeld* te hebben van de afhankelijke variabele.

Dezelfde analyse wordt ook gedaan voor de ervaren gezondheidstoestand. Het verloskundig resultaat van deze studie kan in onderstaand overzicht samengevat worden:

	% gunstig	% ongunstig
medisch-verloskundig resultaat:		
verloop van de bevalling	-	-
toestand kind	-	-
toestand moeder	-	-
ervaren gezondheidstoestand:		
lichamelijk welbevinden	-	-
psychisch gesteldheid	-	-

Tenslotte wordt de eventuele *onderlinge samenhang* van de onderdelen van het verloskundig resultaat nader bestudeerd. Het is denkbaar dat een bepaald onderdeel van het medisch-verloskundig resultaat (verloop van de bevalling of toestand kraamvrouw vlak na de bevalling) een samenhang heeft met de psychische gesteldheid van de kraamvrouw na afloop van het kraambed.

#### 4.2.2. Relaties tussen de gekozen lokatie en het verloskundig resultaat

In eerste instantie worden de *bivariate relaties* tussen de gekozen plaats van bevallen en het verloskundig resultaat bestudeerd. Inzicht in deze relaties schept slechts een voorlopig beeld, omdat geen rekening wordt gehouden met doorkruisende factoren.

Met deze analyses worden tabellen in onderstaande zin gemaakt.

Percentage ongunstige 'verloop van de bevalling' naar de plaats van bevallen:

	thuis %	pol. %
verloop van de bevalling:		
item1	-	-
item2	-	-
item3	-	-
etc.		

Ook worden tabellen geconstrueerd met andere clusters van verloskundig resultaat (toestand kind, toestand moeder).

Verder zullen met behulp van factor-analyse de groepen items van het lichamelijk welbevinden en psychische gesteldheid (ervaren gezondheidstoestand) worden geclusterd. Ook de eventuele verschillen in deze cluster-variabelen worden op de in de bovenstaande tabellen aangegeven wijze weergegeven.

In tweede instantie worden de *multivariate* relaties geanalyseerd. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de relatie tussen de gekozen plaats van bevallen en het verloskundig resultaat, maar wordt de eventuele invloed van doorkruisende factoren (obstetrische en sociale achtergrond) bestudeerd. Met name zal hier het verschil in resultaat op grond van de plaats van bevallen voor primiparae en multiparae worden bestudeerd.

#### *Onderlinge relaties tussen doorkruisende variabelen*

Er wordt ook aandacht besteed aan eventuele onderlinge verbanden tussen de doorkruisende variabelen, waardoor de invloed op het verloskundig resultaat kan worden versterkt.

Op basis van de sterkte van de verbanden kan een ordening van achtergrondvariabelen worden gemaakt naar de invloed op het resultaat. Vervolgens kan de combinatie van ongunstige waarden worden bepaald. Bijvoorbeeld combinaties van ongunstige factoren zoals ongunstige obstetrische achtergrond, ongunstige andere persoonsgebonden variabelen, aanwezigheid van 'stressful life events', geen sociale ondersteuning, geen adequate huisvesting e.d. Geanalyseerd zal worden of een bepaalde ordening in de combinatie van dergelijke variabelen (van zeer gunstig tot zeer ongunstig) *parallel* loopt met de ordening van het verloskundig resultaat (van zeer gunstig tot zeer ongunstig). Met andere woorden kan geconstateerd worden of het verloskundig resultaat slechter wordt naarmate de combinatie van achtergrondvariabelen ongunstiger wordt. Vervolgens kan worden gezien of dit nog steeds het geval is na het invoeren van de variabele 'gekozen plaats van bevallen'.

### 4.3. Omvang van de steekproef

#### 4.3.1. In het licht van de te verwachten effect-grootte

In deze studie gaat het om het verschil in verloskundig resultaat tussen thuis en poliklinisch barenden vrouwen. Dit verschil wordt voor primiparae en multiparae afzonderlijk bestudeerd, waarbij binnen elk van deze beide groepen onderscheid wordt gemaakt tussen vrouwen in de categorie met relatief gunstige, respectievelijk met relatief ongunstige obstetrische achtergrond (totaal 8 verschillende combinaties; de 'cellen'). De operationalisatie van de afhankelijke variabele 'het verloskundig resultaat' vindt plaats via de items die deel uitmaken van de obstetrische optimaliteitsscore vanaf de bevalling. Deze items worden afzonderlijk onder de loep genomen en tevens wordt een totaal-score bestudeerd (verder te verdelen in drie clusters: het verloop van de bevalling, de toestand van het kind, de toestand van de moeder).

Bij de uitwerking van de onderzoeksopzet is de vraag aan de orde, hoe groot de benodigde steekproef is. Uitgaande van de significantiegrens van 5% gaat het daarbij om de grootte van de verschillen die we kunnen verwachten, de 'effect-grootte'. Verder speelt bij de afzonderlijke items een rol, hoe vaak op het item wordt 'gescoord'. Kleine verschillen op 'weinig gescoorde' items (bijv. geboortetrauma of totaal-ruptuur) laten zich slechts bij extreem grote aantallen significant aantonen. Om redenen van uitvoerbaarheid moet dus ergens een grens worden getrokken.

Hoe gaan we met het bovenstaande gegeven om? De situatie is dat in de huidige eerste fase al data-verzameling heeft plaatsgevonden rond 525 zwangerschappen en bevallingen (zie hoofdstuk 5). Dit biedt de mogelijkheid om aan het begin van de tweede fase (vervolgonderzoek) een tussentijdse analyse te doen, waarbij gedetailleerd wordt nagegaan hoe de frequentieverdeling van de items is. Op basis hiervan kan nauwkeuriger (voor deze studie definitief) worden bepaald, hoeveel casus noodzakelijk zijn om significante verschillen tussen de corresponderende subcategorieën van thuis en poliklinisch barenden vrouwen aan te tonen.

Enig inzicht (de hoeveelheid beschikbare tijd biedt op dit moment slechts de mogelijkheid tot beperkte analyse) in de benodigde aantallen kan echter ook nu reeds verkregen worden op basis van het onderzoeksmateriaal van de eerste fase. In de tabellen 4.2, 4.3, 4.4 is de frequentieverdeling van de items voor de totale groep thuis- en poliklinisch barenden vrouwen gepresenteerd, onderverdeeld in: het verloop van de baring, de toestand van het kind en de toestand van de moeder.

Tabel 4.2: voorlopig overzicht van de frequenties van thuis en poli-  
klinisch barenden vrouwen op de items betreffende het  
*verloop van de baring*

	thuis	pol.	verschil
	%	%	%
hulp bij baring (ja)	6.4	13.6	7.2
ligging kind (geen achterhoofd of kruin)	2.1	3.3	1.2
kleur vruchtwater (meconiumhoudend)	13.2	12.8	.4
uitdrijvingsduur (> 60 min.)	12.2	13.0	.8
episiotomie (ja)	28.7	34.1	5.4
verwijzingen durante partu (ja)	21.6	34.7	13.1
kunstverlossing (VE + FE)	7.0	11.8	4.8
sectio caesarea (ja)	2.9	3.7	.8
problemen tijdens en direct na de baring (ja)	16.8	22.2	5.4

Tabel 4.3: voorlopig overzicht van de frequenties van thuis- en poli-  
klinisch barenden vrouwen op de items betreffende de *toe-  
stand van het kind*

	% thuis	% pol.	verschil
kinderarts betrokken (ja)	20.2	35.9	15.7
opname ziekenhuis (ja)	8.7	15.4	6.7
Apgar score na 1' (<8)	7.6	16.7	9.1
Apgar score na 5' (<9)	6.6	6.5	.1
congenitale afwijking (ja)	3.3	6.6	3.3
geboorte traumata (ja)	2.7	3.0	.3
problemen gedurende eerste 24 uur (ja)	9.9	17.7	7.8
problemen gedurende eerste week (ja)	6.2	5.2	1.0

Tabel 4.4: voorlopig overzicht van de frequenties van thuis- en poliklinisch barenden op de items betreffende de *toestand van de moeder*

	%	%	%
	thuis	pol.	verschil
medicatie kraambed (ja)	49.0	72.6	23.6
perineum (niet gaaf)	52.0	58.6	6.6
borstvoeding (nee)	21.5	32.0	10.5
bloedverlies (> 500 ml)	12.7	12.4	.3
(sub) totaal ruptuur	1.3	3.0	1.7
verwijzingen na geboorte kind (ja)	1.8	2.9	1.1
problemen tijdens kraambed	0.0	0.0	0.0

De gepresenteerde cijfers zijn nog voorlopig (data-bestanden zijn nog niet definitief). Ze hebben bovendien het bezwaar dat de verschillende relevante subcategorieën van thuis- en poliklinisch berende vrouwen (primiparae/multiparae, relatief gunstige/ongunstige obstetrische achtergrond) nog niet kunnen worden onderscheiden, hetgeen nodig is voor een nauwkeuriger inzicht in de aard van de effect-grootte. Met deze slagen om de arm kunnen we echter wel een idee krijgen van de orde van grootte van de verschillen die we kunnen verwachten. (Een inhoudelijke interpretatie in het licht van de vraagstelling van het onderzoek wordt in dit stadium van het onderzoek niet gegeven).

Globaal blijkt dat op de meeste items 'gescoord' wordt tussen de 5% en 50%. De verschillen tussen thuis respectievelijk poliklinisch bevallen bewegen zich tussen .10% - één tiende procent - (Apgar score na 5' <9) en 23.6% (wel medicatie voorgeschreven). Het laatste is echter duidelijk een uitschieter, want het daarop volgende verschil bedraagt 15.7% (betrokkenheid kinderarts). In tabel 4.5 geven we een overzicht van de aantallen casus die noodzakelijk zijn om met behulp van een Chi-kwadraat-toets significante verschillen aan te tonen ( $\alpha = 5\%$ ), gegeven een bepaald niveau van scoring van het item (hoe vaak komt het verschijnsel dat het item representeert voor) en gegeven een bepaalde omvang van het verschil tussen twee cellen.



Tabel 4.5: benodigde aantallen casus voor het vaststellen van significante verschillen ( $\alpha = .05$ ), gegeven a: een bepaald 'niveau van scoring' van het item, en b. een bepaalde grootte van het verschil tussen 2 cellen

mogelijke uitkomst	niveau van scoring	grootte van het verschil	mogelijke aantallen casus						
			75	100	125	150	200	250	300
1	5-19%	5%	-	-	-	-	-	-	*
2	5-19%	10%	-	*	*	*	*	*	*
3	5-19%	15%	*	*	*	*	*	*	*
4	20-39%	5%	-	-	-	-	-	-	-
5	20-39%	10%	-	-	-	-	*	*	*
6	20-39%	15%	-	*	*	*	*	*	*
7	40-50%	5%	-	-	-	-	-	-	-
8	40-50%	10%	-	-	-	-	-	*	*
9	40-50%	15%	-	*	*	*	*	*	*

- = niet significant bij  $\alpha = .05$

\* = wel significant bij  $\alpha = .05$

Bij 100 casus per cel kan bij 4 van de 9 onderscheiden mogelijke uitkomsten (zie mogelijkheid 2, 3, 6, en 9) een statistisch significant verschil worden aangetoond. Bij 125 of 150 casus neemt dit mogelijke aantal niet toe. Bij 200 casus worden dit er 5 (behalve de reeds genoemde mogelijkheden, tevens mogelijkheid 5). Bij 250 casus per cel kan bij 6 van de 9 mogelijkheden een statistisch significant verschil worden aangetoond (mogelijkheid 8 komt erbij) en bij 300 casus 7 van de 9 mogelijkheden (mogelijkheid 1 komt erbij).

Uit dit overzicht leiden wij af dat bij 200 casus per cel een evenwicht wordt bereikt tussen de extra informatie die toetsing van het verschil oplevert en de extra inspanning die geïnvesteerd moet worden om de data te verzamelen, gegeven de onderhavige onderzoeksopzet. In totaal zullen dus 1600 casus (8 x 200) in het onderzoek worden betrokken.

Kijken we terug naar tabel 4.2, 4.3, en 4.4 dan betekent het bovenstaande dat we vermoedelijk<sup>4</sup> op de volgende items significante verschillen kunnen aantonen:

'is al dan niet een kinderarts betrokken', 'Apgar na 1 min.', 'al dan niet medicatie voorgeschreven aan de kraamvrouw', 'al dan niet geven van borstvoeding', en 'verwijzing durante partu'.

<sup>4</sup> Daarbij gaan we ervan uit dat na deze analyse (meer volledig materiaal, onderscheid naar de diverse subcategorieën zwangeren) dezelfde verschillen te zien zal geven.

Grensgevallen zijn: 'al dan niet problemen bij het kind de eerste 24 uur na de bevalling', 'hulp bij de baring'.

#### 4.3.2 In het licht van gelijkmatige vulling van het design

In de bespreking van het aantal benodigde casus negeerden we tot nu toe het gegeven dat de cellen van het onderzoeksdesign ongelijk worden 'gevuld' met casus. Bijvoorbeeld multiparae bevallen vaker thuis en -gegeven het feit dat alle bevallingen in bepaalde periode worden bestudeerd - bereikt men in de cellen waar de combinatie multiparae en thuisbevallen aan de orde is, sneller het gewenste aantal.

Op dit moment kunnen we op basis van de 525 gegevens een tussenbalans van de celvulling opmaken. Tabel 4.6 geeft een overzicht.

Tabel 4.6: voorlopig overzicht van de vulling van het onderzoeksdesign op basis van de 525 casus waarover een complete dataset reeds beschikbaar is

		primiparae			multiparae		
		thuis	polikl.		thuis	polikl.	
obstetrische achtergrond	gunstig	86	25	111	gunstig	121	30 151
	ongunstig	86	25	111	ongunstig	121	30 151
		172	50	222		242	60 302

Vooraf zij vermeld dat de indeling naar de relatief gunstige/ongunstige obstetrische achtergrond wordt gemaakt op basis van de mediaan: de 50% laagst scorende vrouwen worden tot de 'lage' groep gerekend, de 50% hoogst scorende vrouwen tot de 'hoge' groep.

Duidelijk is dat in alle cellen nog meer casus nodig zijn. Het slechtst gevuld zijn echter de cellen van alle categorieën poliklinisch barenden vrouwen. In totaal zijn nog 1075 casus nodig om het streefgetal van 200 casus per cel te bereiken.

Een praktisch punt is dat we om 'netto' (d.w.z. voldoende casus in de juiste cel) 1075 casus te verzamelen, of een aanzienlijk grotere 'bruto' steekproef (d.w.z. alle casus in een bepaalde periode) moeten nemen, of moeten overgaan tot 'gerichte' aanvullende dataverzameling. Om praktische redenen (met name ook om de verloskundigen niet onnodig te belasten) wordt de laatste

mogelijkheid gekozen. Dat houdt in dat gestopt wordt met het verzamelen van gegevens over thuisbevallingen, zodra in alle betreffende cellen het gewenste aantal van 200 is bereikt.



## 5. VOORBEREIDING DEFINITIEVE DATA-VERZAMELING

### 5.1. Ontwikkelen van meetinstrumenten

In het onderzoek wordt van verschillende vragenlijsten gebruikt gemaakt. Alle deelnemers aan het onderzoek (vrouw, haar partner en betrokken verloskundige) dienen een vragenlijst in te vullen, zowel voordat een bepaalde zwangere bevalt (ca. 4 weken vóór) als nadat het kind geboren is (ca. 2 weken na). De verloskundige vult verder een éénmalige vragenlijst in die betrekking heeft op de individuele gegevens van deelnemende verloskundigen. De *concepten* van gebruikte vragenlijsten zijn voorgelegd aan 4 zwangeren en 4 verloskundigen.

#### 5.1.1. Ontwikkeling vragenlijsten voor vrouwen en hun partners

De zwangeren aan wie de concepten zijn voorgelegd werden ca. 4 weken voor de à terme datum thuis bezocht. Ze doen niet mee aan het definitieve onderzoek; het gevaar van testeffect is hier dus niet aanwezig (Cook e.a., 1979; Swanborn, 1981).

Twee van deze zwangeren wilden thuis bevallen en de andere twee poliklinisch. Twee vrouwen hadden al eerder een kind gehad (één zou thuis en één zou poliklinisch bevallen).

Door middel van het gesprek werd getracht na te gaan welke overwegingen zijn gemaakt om tot een lokatiekeuze te komen. Of de keuze ook door anderen wordt beïnvloed en zo ja door wie. Na afloop van het gesprek werd de zwangere verzocht de concept vragenlijst in te vullen en van commentaar te voorzien.

Alle vier zwangeren gaven te kennen dat ze een zekere angst hadden voor de bevalling: angst voor de pijn, voor eventuele complicaties. Twee vrouwen vonden een goede verstandhouding met de verloskundige heel belangrijk.

Alle geïnterviewde vrouwen vonden dat men die plaats van bevallen moet kiezen waar je je geruster voelt, waar je denkt dat je je kan ontspannen, dus waar je je het meest op je gemak voelt.

Het poliklinisch bevallen werd wel eens met klinisch verward. Twee vrouwen die zeer gemotiveerd waren om thuis te bevallen, dachten dat ze per definitie door een gynaecoloog geholpen zouden worden als ze poliklinisch zouden bevallen. Daarnaast werd ook gedacht dat in het ziekenhuis bepaalde handelingen altijd worden verricht, zoals het aansluiten op CTG-apparatuur en

dat de vrouw geschoren wordt voor de bevalling.

De twee vrouwen die poliklinisch zouden bevallen waren goed geïnformeerd over de gang van zaken op de verloskundige afdeling in het ziekenhuis.

Naar aanleiding van de proefinterviews is besloten om het kennisniveau van zwangeren over de verloskundige afdeling in het ziekenhuis te meten.

### **5.1.2. Ontwikkeling vragenlijsten voor verloskundigen**

De lijst van *vóór* de bevalling gaat onder andere over de indruk die zwangeren op de verloskundige hebben gemaakt en over de eventuele gevraagde/verkregen adviezen inzake de plaats van bevallen.

De lijst van *ná* de bevalling is onder andere bedoeld om na te gaan hoe de bevalling bij een bepaalde vrouw, volgens de verloskundige, is verlopen (als aanvulling van de informatie op het LVR-formulier).

Bij het invullen van de casusgebonden vragenlijsten is hen gevraagd een bepaalde cliënt voor ogen te houden. De geïnterviewde verloskundigen zijn werkzaam buiten de provincie Gelderland.

De verloskundigen benadrukten, evenals de zwangeren, dat vrouwen daar moeten bevallen waar ze zich het prettigst voelen.

Eventuele bezorgdheid voor een thuisbevalling werd door een verloskundige gezien als 'angst hebben dat ingeval zich complicaties voordoen, de hulp te laat zal komen'.

Verder blijken twee typen verloskundigen te kunnen worden onderscheiden, één type dat geneigd is medisch-technische handelingen te verrichten (fundus expressie, strippen van de vliezen) en één type dat de bevalling geheel 'natuurlijk' laat verlopen. Besloten is om hierover informatie te verzamelen.

### **5.1.3. Logistieke problemen bij data-verzameling**

De procedure van gegevensverzameling is nogal ingewikkeld. Zoals eerder vermeld worden de gegevens per vrouw op twee tijdstippen verzameld (*vóór* en *ná* de bevalling): de gegevens (van *één casus*) zijn pas volledig als we de ingevulde lijsten van de vrouw (het liefst inclusief die van de partner) en die van de verloskundige alsmede de LVR-lijst ontvangen.

Verder is het de bedoeling om *alle* zwangeren/kraamvrouwen te volgen binnen een bepaalde onderzoeksperiode. Om voldoende gegevens te hebben van een praktijk is besloten om de periode van één hele maand te nemen: alle zwangeren van een praktijk van wie verwacht wordt dat ze bevallen tussen de eerste en de laatste dag van de onderzoeksperiode, worden verzocht deel te nemen aan het onderzoek.

De gegevensverzameling vindt feitelijk *individueel* plaats. Anders dan wat bij postenquêtes gebruikelijk is, kunnen we niet in één keer een stapel vragenlijsten de deur uit doen. We hebben namelijk te maken met de volgende procedure:

1. Om privacy redenen willen de verloskundigen niet de namen en adressen van zwangeren aan ons doorgeven, zonder toestemming van de betrokkenen. Wel reiken ze alle zwangeren *introductiebrieven* met bijbehorende formulieren en antwoordenvoloppen uit waarop zwangeren (inclusief partners) kunnen aangeven wel of niet deel te willen nemen aan het onderzoek. In de regel krijgen de zwangeren de introductiebrieven tijdens het spreekuur overhandigd. De verloskundige dient echter voldoende tijd te hebben om ze uit te reiken, want de zwangeren tot 6 maanden komen doorgaans eens per maand op het spreekuur. De verloskundigen moeten dus minstens 2 maanden vóór de geplande onderzoeksperiode over de introductiebrieven beschikken.
2. Om inzicht te hebben in de totale respons en non-respons per praktijk moeten we exact de *te verwachten bevallingen* binnen de geplande onderzoeksperiode (één maand) per praktijk weten. Per praktijk dienen we aan het eind van de gegevensverzameling precies te weten de grootte van de groepen deelnemers, niet-deelnemers - om welke reden dan ook - en van de derde groep die door verwijzingen aan het eind van de zwangerschap buiten de te onderzoeken populatie valt.
3. In geval de zwangeren willen participeren, sturen ze het antwoordstrookje terug aan de onderzoekers, voorzien van hun naam en adres, zodat vragenlijsten kunnen worden toegestuurd. Degenen die niet mee willen doen aan het onderzoek hoeven hun namen en adressen niet op te geven. Geen bericht houdt bovendien 'geen respons' in. Eerst moet dus de *schriftelijke toestemming* zijn ontvangen van de betrokkenen, alvorens ze een vragenlijst kan worden toegestuurd. Deze schriftelijke toestemming komt verspreid binnen.
4. Zodra een positief bericht is ontvangen moet de zwangere en haar partner *onmiddellijk een vragenlijst worden toegezonden*. Als te lang wordt gewacht met het verzenden van de vragenlijst, bestaat het risico dat de betreffende vrouwen reeds bevallen zijn. Het is methodologisch gezien niet juist om vragen over de zwangerschapsperiode pas na de bevalling te stellen.

5. Ook de *betrokken verloskundige* krijgt bij ontvangst van de bereidverklaring tot deelname de zogenaamde casusgebonden vragenlijst toegestuurd, voorzien van een casusnummer. Bovendien is de naam van de vrouw om wie het gaat op een zelfklevend geel papier genoteerd. Na het invullen van de lijst, kan dat papier worden verwijderd. Ook hier geldt dat de lijst toegestuurd én door de verloskundige ingevuld dient te worden voordat de betrokken vrouw bevallen is. Het bijhouden van de à terme datum van vrouwen in combinatie met de controle van de binnengekomen post wordt daarmee een zeer belangrijke maar tijdrovende zaak.
6. Elke verloskundige ontvangt de zogenaamde *eenmalige vragenlijst*.
7. In principe vernemen we rechtstreeks van de kraamvrouw wanneer haar kind geboren is. Ze hebben daarvoor een briefkaart (porto vrij) waarop ze slechts de *geboortedatum van hun kind* dienen te vermelden. De procedure zoals beschreven onder punt 3 en 4 wordt opnieuw gevolgd. Ditmaal om de *vragenlijsten ná de bevalling* te versturen.
8. Wordt *geen bericht* van de betrokkene ontvangen terwijl het kind al lang geboren had moeten zijn, dan wordt contact opgenomen met de verloskundige. Het rechtstreekse contact met het gezin wordt in eerste instantie vermeden, voor het geval dat iets is misgelopen. Ook hier geldt dus dat individueel bijgehouden wordt of de verzending van de vragenlijst volgens de procedure geschiedt en naar wens verloopt.
9. Tenslotte moet worden bijgehouden of alle *LVR-lijsten* van zowel de groep deelnemers als die van de niet-deelnemers binnen zijn.
10. De *'latere' non-respons* treedt op indien de vrouwen alleen bij de eerste meting (vóór de bevalling) mee hebben gedaan aan het onderzoek. We hebben dan te maken met onvolledige gegevens die de analyse bemoeilijken.

#### *Noodzaak proefonderzoek*

Gezien de bovenbeschreven ingewikkelde procedure verwachtten we dat er logistieke problemen zouden kunnen ontstaan bij de data-verzameling. Om daarop voldoende voorbereid te zijn, is bij een paar verloskundigepraktijken een *proefonderzoek* gedaan, waarin de onderzoeksprocedure is uitgetest.



## 5.2. Proefonderzoek

Het uitgevoerde proefonderzoek had betrekking op zwangeren die in de periode tussen 1 januari en 1 februari 1990 à terme waren.

De bedoeling en de opzet van het proefonderzoek is tijdens de regionale vergadering van de N.O.V. uitgelegd. Daarnaast werd een schriftelijke informatie verstrekt. De aanwezigen werden ter plaatse uitgenodigd om deel te nemen aan het proefonderzoek.

Vijf verloskundigen uit vier praktijken hebben geparticipeerd aan het proefonderzoek. Twee van deze verloskundigen hebben een solopraktijk, de anderen een duopraktijk.

De zwangeren werden door de verloskundigen op de hoogte gesteld van het proefonderzoek. Aan alle zwangeren werd begin december 1989 een introductiebrief uitgereikt met bijbehorende antwoordenvolpette en een formulier waarop de zwangere kon aangeven wel of niet deel te willen nemen aan het onderzoek. We kregen zo de naam en het adres van de deelnemers rechtstreeks van de betrokkenen. De naam en het adres van de deelnemers is na afloop van de data-verzameling vernietigd.

Er zijn zeven vragenlijsten, die door verloskundigen, de zwangeren en hun partners moesten worden ingevuld. Verder dienden de LVR-gegevens van alle vrouwen te worden ontvangen, ook van die groep die niet mee wilde doen aan het proefonderzoek.

### 5.2.1. Respons proefonderzoek

Aan het begin van het proefonderzoek werd aan alle verloskundigen gevraagd hoeveel bevallingen ze in de geplande onderzoeksperiode verwachtten: dat waren in totaal 105 bevallingen.

We hebben 71 positieve reacties van zwangeren en hun partners ontvangen. Daarnaast hebben we 3 negatieve reacties ontvangen: geen interesse, te druk en al eerder meegedaan aan een onderzoek, waren de opgegeven redenen. Tien zwangeren werden wegens taalproblemen niet door de verloskundigen gevraagd. Er bleven dus 21 zwangeren over, (of die mogelijk geen introductiebrieven van de verloskundigen hebben ontvangen) die niet bereid waren mee te doen; in ieder geval hebben ze geen formulieren teruggestuurd (zie onderstaande tabel). Verder speelt een rol dat het aantal verwachte bevallingen inmiddels kan zijn afgenomen vanwege verwijzingen naar de tweedelij.

Tabel 5.1: mogelijke respondenten uit vier praktijken van deelnemende verloskundigen aan het proefonderzoek

verwachte bevallingen (1/1 - 1/2)	-	105
positieve reacties	71	-
negatieve reacties	3	-
niet gevraagd wegens taalproblemen	10	-
onbekend	21	-
<b>totaal</b>	<b>105</b>	<b>105</b>

Alle deelnemende verloskundigen hebben de *eenmalige vragenlijsten* ingevuld en teruggestuurd.

De vragenlijsten van *vóór de bevalling* werden uiteindelijk door 68 zwangeren ingevuld, door 65 partners van de zwangeren en 64 vragenlijsten werden door de betrokken verloskundigen ingevuld (zie tabel 5.2.).

Drie vrouwen en zes mannen hebben toch niet de vragenlijst van *vóór de bevalling* teruggestuurd, ondanks de aanvankelijke bereidheid tot medewerking.

De vragenlijsten *nà de bevalling* ontvingen we van 64 kraamvrouwen en 61 partners; 53 vragenlijsten werden door verloskundigen ingevuld.

Van 64 deelnemende vrouwen hebben we dus vragenlijsten ontvangen zowel *vóór* als *nà de bevalling*. Vier vrouwen hebben niet meer de vragenlijst van *nà de bevalling* teruggestuurd. Drie van deze vier vrouwen zijn in de laatste dagen voor de bevalling, na het verzenden van de vragenlijst, alsnog verwezen naar de obstetricus. Ze hebben daarom besloten van verdere deelname af te zien. De LVR-doorslagen werden het minst volledig ontvangen: in totaal 48. Van de non-respons groep hebben we nog 7 doorslagen van de verloskundigen doorgekregen.

Tabel 5.2: de ingevulde vragenlijsten vóór en na de bevalling

	voor	na
door vrouwen ingevuld	68	64
door partners ingevuld	65	61
door verloskundigen ingevuld	64	53
LVR-doorslagen	-	48

Op basis van de LVR-gegevens blijkt dat zeven zwangeren aan het eind van de zwangerschap zijn verwezen naar een obstetricus. Deze zwangeren vielen dus niet meer in de categorie normale zwangerschappen en maakten dus ook niet meer deel uit van de te onderzoeken populatie (proefonderzoek). Omdat niet alle vragenlijsten op dezelfde vrouwen betrekking hebben beschikken we uiteindelijk over niet meer dan 39 *volledige gegevens* (vragenlijsten van vóór en na de bevalling van de deelnemende vrouwen én vragenlijsten die door verloskundigen werden ingevuld): de uiteindelijke respons ten opzichte van de groep 'positieve reacties' is dus 55%. De gegevens van de partners zijn hierbij niet inbegrepen.

### 5.2.2. Verloop van het proefonderzoek

Hoewel de deelnemende verloskundigen mondelinge en schriftelijke informatie hebben gekregen, is toch een aantal aspecten van de procedure van data-verzameling onduidelijk gebleken. Men had er duidelijk behoefte aan om steeds een samenvatting van de procedure bij de hand te hebben. In de definitieve data-verzameling is aan deze wens tegemoet gekomen. De onduidelijkheid had vooral te maken met de volgende punten:

- a. Er was een misverstand over welke vrouwen wel of niet tot de onderzoekspopulatie moesten worden gerekend. Er werd soms gedacht dat het invullen van de vragenlijsten door de verloskundige slechts betrekking had op vrouwen die tussen 1 januari en 1 februari werkelijk waren bevallen. De bedoeling was echter alle zwangeren die à terme waren binnen die periode, dus ongeacht de werkelijke datum van bevalling.
- b. Ook was er een misverstand over de LVR-gegevens. Sommige dachten dat de LVR-doorslagen uitsluitend betrekking hadden op de groep non-respons, anderen dachten slechts op de groep vrouwen die deelnamen. Bovendien diende de verloskundige het casusnummer van de betrokkene op de LVR-doorslag over te nemen, omdat het geanonimiseerde gegevens betreft. Dit registratiewerk gaf toch enige problemen. Eenvoudiger zou het voor de verloskundige zijn geweest om de naam van de vrouw tijdelijk (met potlood) te noteren, zodat het onderzoeksteam later kan

bepalen welk nummer bij de betreffende vrouw hoort.

Verder was er ontevredenheid over een deel van de gevolgde procedure. Bij duopraktijken, waar sprake is van gemeenschappelijke cliënten, is door de onderzoekers van tevoren, ad random, bepaald wie voor welke zwangere de vragenlijst diende in te vullen. Deze aanpak kwam verkeerd over, omdat de deelnemers zelf wilden bepalen wie dat voor welke zwangere/kraamvrouw doet, daar men kan vaststellen wie welke vrouw beter kent. Dit idee hebben we overgenomen voor de definitieve dataverzameling.

De procedure van data-verzameling was zeer tijdrovend, omdat deze niet alleen veel verzend- en registratiewerkzaamheden inhield, maar ook telefonische contacten met de verloskundigen. Zoals eerder vermeld zou de procedure veel eenvoudiger geweest zijn indien het mogelijk was om in één keer de stapel vragenlijsten te versturen. Hoewel we te maken hebben met een postenquête, moesten we vaak de zwangeren/kraamvrouwen individueel benaderen.

De duur van data-verzameling was mede door de herhaalde meting erg lang, zeker wanneer gerelateerd wordt aan het aantal verzamelde gegevens. Omdat het in principe de bedoeling was om de zwangere circa een maand voor de à terme datum te enquêteren, moesten de zwangeren die per 1 januari 1990 uitgerekend waren, reeds per 1 december de vragenlijst van vóór de bevalling ontvangen hebben, rekening houdend met de mogelijk vervroegde geboorte van het kind. Dat hield ook in dat de verloskundigen, die de zwangeren op de hoogte stelden door introductiebrieven uit te reiken, deze bescheiden ruim van te voren moesten hebben ontvangen om ze op tijd op het spreekuur uit te delen. In dat geval dus in oktober of niet later dan november. Dat was niet haalbaar gezien de vele voorbereidingen van de procedure.

De zwangeren die aan het eind van de onderzoeksperiode (31 januari) uitgerekend waren, konden in werkelijkheid ook nog medio februari bevallen. Omdat de tweede vragenlijst pas circa 2 weken na de bevalling zou worden gestuurd, hebben ze deze pas eind februari van ons kunnen ontvangen, ervan uitgaand dat we op tijd het geboortebericht van de betrokken ouders doorkregen. Als de vragenlijst binnen twee weken nog niet binnen was, werden de betrokkenen tot twee maal toe gerappelleerd. Dit kon dus tot eind maart 1990 nog door gaan. Met als gevolg dat de data-verzameling van dit klein proefonderzoek heeft geduurd van november 1989 tot en met maart 1990.

### *Evaluatie proefonderzoek*

Met de betrokken verloskundigen werd voor het eind van de dataverzameling het verloop van het proefonderzoek besproken. Later werd het proefonderzoek tijdens een regionale vergadering van de N.O.V. geëvalueerd. Daarbij werden de wijzigingen van de procedure besproken. Verloskundigen die meegedaan hebben aan het proefonderzoek hebben ook de gelegenheid gekregen om hun ervaringen te vertellen. Hun ervaring was, ondanks wat problemen, toch positief te noemen.

Al met al heeft het proefonderzoek duidelijk zijn nut bewezen. De gebleken problemen zouden anders tijdens de definitieve data-verzameling zijn opgetreden, hetgeen dus een meer ongunstige uitwerking op het project zou hebben gehad.

### **5.2.3. Definitief maken vragenlijsten**

Voor de definitieve data-verzameling zijn de vragenlijsten die in het proefonderzoek zijn gebruikt bijgesteld. Het tijdens het proefonderzoek op de lijsten geschreven commentaar is geïnventariseerd. Verder werden de vragenlijsten kritisch bezien in het licht van de frequentieverdelingen van de antwoorden gegeven in het proefonderzoek. Met name items die zeer scheef verdeeld waren, werden gewijzigd of geheel geschrapt. Antwoorden op open vragen werden geïnventariseerd en ten dele als vaste categorieën opgenomen. In sommige gevallen zijn, als dit noodzakelijk werd gevonden, ook nieuwe vragen geformuleerd. De gewijzigde vragenlijsten werden nog eens besproken tijdens een bijeenkomst van de begeleidingscommissie.

Enkele cijfers uit het proefonderzoek zijn opgenomen in de bijlage 14.

## **5.3. Eerste fase definitieve data-verzameling**

### **5.3.1. Deelnemers en procedure**

Van de 96 gevestigde verloskundigen in Gelderland hebben in principe 79 medewerking toegezegd voor deelname aan het hoofdonderzoek. Maar wegens vakanties en ziekte hebben drie kandidaten moeten afmelden. Dus in totaal doen 76 (79%) verloskundigen mee aan de eerste fase van data-verzameling van dit project. Dat betreft 49 van de 63 praktijken.

Deze data-verzameling heeft betrekking op alle zwangeren van de deelnemende verloskundigen die tussen 15 mei en 15 juni 1990 à terme waren. Reeds in maart dit jaar hebben de deelnemers een brief en een samenvatting van de te volgen procedure ontvangen. Een week later volgden een stapel introductiebrieven met de bijbehorende formulieren en antwoordenvoloppen voor de zwangeren. Elke verloskundige kreeg gemiddeld 30 introduc-

tiebrieven, dus voor maximaal 30 zwangeren. De zwangeren gaven rechtstreeks aan het onderzoeksteam te kennen of ze bereid waren tot deelname. Van degenen die positief gereageerd hebben, beschikken we over de namen en adressen. Om te kunnen herkennen welke zwangeren bij welke verloskundigen horen, zijn de antwoordformulieren van de zwangeren voorzien van het nummer van de praktijk en dat van de verloskundigen.

Op zijn vroegst konden de zwangeren die meedoen aan dit onderzoek begin mei bevallen. Ze hebben in ieder geval reeds de vragenlijsten van vóór de bevalling (voor zichzelf en voor hun partner) circa een maand voor de à terme datum (15 mei), dus 15 april ontvangen. Twee weken na de bevalling hebben ze de tweede vragenlijst ontvangen, medio mei dus. Dat zijn de 'vroegge' bevallingen.

De zwangeren die mee doen aan het hoofdonderzoek, konden ook later dan de à terme datum bevallen, dat wil zeggen eind juni 1990. De vragenlijsten van vóór de bevalling hebben ze medio mei ontvangen, en die van na de bevalling medio juli. Dat zijn de 'late' bevallingen.

Tot en met augustus is gewerkt aan het verzamelen van de laatste gegevens (registratie, rappelling en invoering).

### 5.3.2. Respons in de eerste fase data-verzameling

Het verloop van deze data-verzameling is veel soepeler dan in het proefonderzoek. De eerder gesignaleerde problemen zijn nagenoeg niet meer voorgekomen (zie bijlage 12).

Van de 76 deelnemende verloskundigen hebben we (per 15/8) 74 *eenmalige vragenlijsten* teruggekregen.

In de onderzoeksperiode (15 mei tot 15 juni) verwachtten de deelnemende verloskundigen totaal 1212 bevallingen. In onderstaande tabel worden de aantallen positieve en negatieve reacties van zwangeren weergegeven.

Tabel 5.3: mogelijke respondenten uit deelnemende Gelderse praktijken

verwachte bevallingen (15/5-15/6)	--	1222
positieve reacties	837	--
negatieve reacties	76	--
geen bericht	309	--
	1222	1222

Bij de negatieve reacties zijn ook 10 vrouwen inbegrepen die wegens taalproblemen niet door de verloskundigen zijn benaderd.

Maar positieve reactie houdt niet altijd in dat werkelijke deelname aan het onderzoek volgt. In onderstaande tabel wordt de respons vóór en na de bevalling weergegeven.

Tabel 5.4: de ingevulde vragenlijsten vóór en na de bevalling

	vóór	na
door vrouwen ingevuld	828	620
door partners ingevuld	805	609
door verloskundigen ingevuld	795	592
LVR-doorslagen	-	530

Uiteindelijk beschikken we over 525 complete gegevens die betrekking hebben op 'dezelfde' vrouwen inclusief de LVR-gegevens. De respons is ten opzichte van het aantal positieve reacties 63%, dat is verbeterd vergeleken met het proefonderzoek (55%). Een deel van de non-respons wordt overigens ten onrechte als non-respons gezien, omdat ze in een later stadium na het versturen van schriftelijke verklaring voor deelname en de vragenlijst vóór de bevalling naar de tweedelij zijn verwezen. De werkelijke respons kan dus hoger zijn.





## 6. SLOTBESCHOUWING

Dit rapport is gewijd aan de uitwerking van de onderzoeksvraagstellingen en aan het ontwerpen van de meetinstrumenten. Ter verantwoording van de ontworpen meetinstrumenten is literatuurstudie verricht. Daarnaast is de onderzoeksoptzet en de onderzoeksmethode (inclusief de procedure van dataverzameling) beschreven. Tenslotte is gerapporteerd over de aard en omvang van de onderzoeksgegevens die reeds in deze (eerste) fase zijn verzameld.

De onderzoeksvraagstellingen, die in het vervolgonderzoek (fase 2) worden beantwoord, zijn zoals gezegd in deze fase uitgewerkt. De eerste vraagstelling heeft betrekking op de invloed van de plaats van bevallen op het verloskundig resultaat. Bij de tweede vraagstelling gaat het erom te verklaren, waarom vrouwen uitgaande van een normale zwangerschap een thuis- dan wel een poliklinische bevalling kiezen.

De relatie tussen de plaats van bevallen en het verloskundig resultaat kan doorkruist worden door andere variabelen die samenhangen met de 'obstetrische achtergrond' van de zwangeren. Het is met andere woorden mogelijk dat zwangeren die kiezen voor thuisbevallen een andere obstetrische achtergrond blijken te hebben dan degenen die thuis bevallen (zelfselectie) en dat dit verschil in obstetrische achtergrond mede van invloed is op het verloskundig resultaat. Er is gekozen voor een onderzoeksontwerp waarin de doorkruisende variabelen zo uitgebreid mogelijk worden gemeten, zodat in de analyses met de eventuele effecten rekening kan worden gehouden. Dit laatste gebeurt met name door in het onderzoeksdesign behalve de factor 'plaats van bevallen' (thuis vs. poliklinisch) ook de factoren 'pariteit' (primiparae vs. multiparae) en 'obstetrische achtergrond' (relatief gunstig vs. relatief ongunstig) te onderscheiden (2x2x2-design).

De onderzoeksresultaten ten aanzien van de vraag naar de relatie tussen de plaats van bevallen en het verloskundig resultaat kunnen bij implementatie een preventieve werking hebben. Zij kunnen de basis vormen voor gerichte adviezen, waar welke categorie zwangeren het beste kan bevallen. Daartoe dient dan echter kennis verzameld te worden over hetgeen in de tweede onderzoeksvraag aan de orde is: waarom kiezen sommige zwangeren voor thuis en anderen voor poliklinisch bevallen.

In dit rapport zijn drie instrumentele vragen gesteld waarop het antwoord van

belang is voor het bestuderen van de beide onderzoeksvraagstellingen.

In verband met de eerste vraagstelling, gaat het om de vragen:

- a. Hoe wordt het verloskundig resultaat het beste geoperationaliseerd en gemeten?
- b. Hoe kan het probleem van zelfselectie het beste worden benaderd?

In verband met de tweede vraagstelling, is er de instrumentele vraag:

- c. Wat is een geschikt theoretisch model om het keuzegedrag van zwangeren te verklaren?

*Ad a.*

Het verloskundig resultaat wordt zowel in medisch-verloskundige zin geoperationaliseerd, als in termen van de 'ervaren gezondheidstoestand' (zie par 2.1.).

De medisch-verloskundige criteria hebben betrekking op het verloop van de bevalling en de toestand van het kind vlak na de geboorte alsmede de toestand van de moeder na de bevalling. Bij de operationalisatie van 'verloop van de bevalling' en 'toestand kind' wordt grotendeels de verzameling van items van de obstetrische optimaliteitsscore van Touwen e.a. (1980, 1989) overgenomen.

De 'ervaren gezondheidstoestand' is onderscheiden in enerzijds de mate van lichamelijk welbevinden volgend op de bevalling en anderzijds de aanwezigheid van psychische klachten van zwangeren als gevolg van de bevalling.

Het verloskundig resultaat wordt deels gemeten met bestaande meetinstrumenten; deels zijn voor dit onderzoek meetinstrumenten ontworpen. De benodigde onderzoeksgegevens worden verzameld via de Landelijke Verloskunde Registratie en door middel van enquêtering. Behalve de zwangeren en hun partners worden ook de betrokken verloskundigen geënquêteerd.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in 49 verloskundigen-praktijken (76 verloskundigen) in de provincie Gelderland. In principe worden alle zwangeren van de betrokken praktijken binnen de onderzoeksperiode gevolgd. Omdat het de bedoeling is om behalve de gegevens over de zwangerschap ook de gegevens over de situatie tijdens en na de baring te verzamelen, wordt op twee tijdstippen gemeten, namelijk circa 4 weken vóór de bevalling en ongeveer 2 weken na de bevalling.

*Ad b.*

Het probleem van zelfselectie wordt als volgt benaderd. Voorop staat dat onderzochte vrouwen, zowel bij thuis- als bij poliklinische bevallingen, verder onderscheiden worden naar pariteit (primiparae vs. multiparae). Verder wordt de eventuele invloed van een aantal achtergrondkenmerken op het verloskun-

dig resultaat, via de gekozen plaats van bevallen, vastgesteld: deze zijn de obstetrische, algemeen-medische en sociale kenmerken. Tenslotte wordt ook aandacht besteed aan persoonsgebonden eigenschappen zoals angst voor de baring, bezorgdheid voor eventuele complicaties en de inschatting van de eigen gezondheid tijdens en voorafgaand aan de zwangerschap. Nagegaan wordt of deze kenmerken bij thuis- en bij poliklinisch bevallende vrouwen anders verdeeld zijn en hoe groot de invloed ervan is op het verloskundig resultaat.

*Ad c.*

De werking van die variabelen op het keuzegedrag van de zwangeren wordt bestudeerd met behulp van de rationele keuzetheorie (zie hoofdstuk 3).

Zwangeren worden gezien als een groep individuen in hun sociale omgeving die ten aanzien van de plaats van bevallen een keuze moeten maken uit twee alternatieven: thuis of poliklinisch.

Bij het bepalen van hun keuze gaan deze individuen afwegingen maken, waarbij verondersteld wordt dat ze uitgaan van bepaalde specifieke doelstellingen namelijk 'het welzijn de van moeder bij de bevalling en dat van het kind bij de geboorte'.

De omstandigheden waaronder deze specifieke doelstellingen bereikt kunnen worden, zijn te vinden op die plaats of lokatie waar zwangeren 'grotere mogelijkheden hebben zich op hun gemak te voelen' en waar ze 'grotere mogelijkheden percipiëren een goede afloop bij de geboorte van hun kind te realiseren'. Deze lokatie kan voor sommigen thuis zijn, voor anderen poliklinisch.

Verder zijn de keuzes van zwangeren aan restricties onderworpen omdat nu eenmaal niet alle beste omstandigheden tegelijkertijd kunnen worden verkregen. Restricties kunnen min of meer objectieve gegevens zijn maar ze kunnen ook als zodanig worden ervaren in de perceptie van de zwangere.

Op basis van de restricties worden voorspellingen gemaakt die vervolgens empirisch worden getoetst. Dan kan worden vastgesteld of een voorspelling een statistische toetsing doorstaat.

Voor de uitvoering van het onderzoek is uiteraard van belang dat er voldoende bereidheid is tot deelname. In de praktijk is de respons vanuit de beroepsgroep der verloskundigen in Gelderland zeer goed te noemen. Van de 96 gevestigde verloskundigen hebben 79 positief gereageerd op het verzoek tot deelname (82%). Door persoonlijke redenen (vakanties, ziekte) nemen in de praktijk 76 verloskundigen (79%) deel aan het onderzoek. Ze zijn verbonden aan 49 (78%) van de in totaal 63 praktijken.

Bij de zwangeren/kraamvrouwen is de respons wat minder goed. De geringe respons bij schriftelijke enquêtes is een algemeen probleem. In dit onderzoek valt de respons dan nog mee, als we bedenken dat de benodigde 'volledige'

gegevens bestaan uit onderdelen die op verschillende momenten worden verzameld. Bovendien zijn ze uit verschillende bronnen afkomstig. Concreet betekent dit dat een casus compleet is, indien we beschikken over de volgende gegevens:

- ingevulde vragenlijsten door de zwangere/kraamvrouw vóór en ná de bevalling;
- ingevulde vragenlijsten door de verloskundige betrekking hebbend op dezelfde vrouw, vóór en ná de bevalling en;
- de LVR-gegevens ook van dezelfde vrouw.

Geheel definitieve respons-percentages kunnen we op dit moment nog niet geven<sup>5</sup>. Tijdens het schrijven van dit rapport komen nog gegevens binnen, zodat over nog meer casus volledige sets gegevens beschikbaar kunnen komen. Bovendien is een deel van de non-respons in feite niet als 'non-respons' te bestempelen. Het betreft zwangeren die in een later stadium (na aanvankelijke bereidheid tot medewerking of na deelname aan de eerste meting) alsnog zijn verwezen naar een obstetricus. Er is dan sprake van tweedelijnsverloskundigezorg (Verloskundige Indicatielijst, 1987). Deze zwangeren vallen buiten de te onderzoeken populatie.

Non-respons moet uiteraard zoveel mogelijk worden vermeden. Gegeven het feit dat non-respons tot op zekere hoogte onvermijdelijk is, is het vooral van belang om na te gaan, of sprake is van 'selectieve uitval'. Met de deelnemende verloskundigen is daartoe afgesproken dat het onderzoeksteam over de anonieme LVR-doorslagen van alle kraamvrouwen binnen de onderzoeksperiode mag beschikken, ongeacht of zij deelnemen aan het onderzoek. Zo kan worden nagegaan of de groep niet-deelnemers op relevante punten (verloop van de bevalling, toestand kind e.d.) afwijkt van de groep vrouwen die wel gerespondeerd hebben.

Wat is de stand van zaken bij de start van de tweede fase?

De onderzoeksvraagstellingen zijn uitgewerkt. Er zijn meetinstrumenten ontworpen. Ze zijn door middel van een proefafname bijgesteld. De ingewikkelde procedure van dataverzameling is via een proefonderzoek uitgetest en verbeterd. Conform het onderzoeksplan voor de eerste fase beschikken we op dit moment over ruim 500 complete casus. De overige benodigde casus (tot een totaal 1600; zie par. 4.3.) zullen in de tweede fase worden verzameld. De bereidheid om daaraan mee te werken is blijkens een peiling tijdens een regionale vergadering aanwezig.

---

5

Bij het uitgevoerde proefonderzoek was het respons-percentage ('volledige gegevens') 55% van degenen die zich bereid hadden verklaard tot deelname. Door een verbeterde procedure tijdens de definitieve data-verzameling is dit percentage (eind augustus 1990) opgelopen tot 63%.

## LITERATUUR

- ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE. Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Rijswijk, September 1987
- ALTEN, D. VAN. De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 125, 1981, no. 24, p. 949-952
- ALTEN, D. VAN. Thuisgeboorten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 32, p. 1178-1184
- BAKKER, J.B. Een dochter wordt moeder. Symbiotische aspecten van de puerperale psychose. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 119, 1975, no. 2, p. 41-44
- BERGHS, G., E. SPANJAARDS. De normale zwangerschap: Bevalling en Beleid. Een prospectief onderzoek naar resultaten van 1034 normale zwangerschappen in de eerste- en tweede-lijn verloskundige zorg, gemeten aan de neurologische conditie van de pasgeborene. Nijmegen: KUN, 1988, dissertatie
- BERKHOF, N., B. MAARLEVELD. De verloskundige praktijk te Harderwijk. Scriptie Verloskunde, Universiteit van Amsterdam, 1982
- BERKHOF, N.G., A.N. MAARLEVELD. De verloskundige praktijk te Harderwijk van 1980 t/m 1982. Tijdschrift voor Verloskundigen; 9, 1984, no. 11, p. 359-366
- BOERMA, W.G.W. Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? Medisch Contact; 38, 1983, no. 32, p. 985-990
- BOUDON, R. De logica van het sociale. Alphen aan de Rijn: Samson, 1981
- CAMPBELL, R., A. McFARLANE. Where to be born: the debate and the evidence. Oxford: the National Perinatal Epidemiology, Unit Radcliffe Infirmary, 1987
- C.B.S. Geborenen naar aard van verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1983, no. 12, p. 48-59
- C.B.S. Kunstverlossingen in Nederland. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1984, no. 2, p. 5-10
- C.B.S. Geborenen naar aard van verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1985, no. 1, p. 44-59
- C.B.S. Geborenen naar aard van verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1985, no. 11, p. 21-35
- C.B.S. Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1987, no. 2, p. 56-68

- C.B.S. Kunstverlossingen in Nederland, 1970-1985. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1987, no. 4, p. 22-29
- C.B.S. Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1986. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1987, no. 11, p. 22-35
- C.B.S. Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1987. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1989, no. 4, p. 4-17
- C.B.S. Negentig jaren. Statistiek in tijdreeksen 1989. 's-Gravenhage: CBS, 1989
- CHATAB, J. Consultatiebureau-teams in beeld, een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1989
- COHEN, J. Statistical Power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1976
- COOK, T.D., D.T. CAMPBELL. Quasi-experimentation: design & analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin Company, 1979
- COX, J.L. Postnatal depression. A guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986
- DALTON, K. Depression after childbirth. Oxford: Fontana, 1980
- DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. Veilig bevallen. Een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Groningen: 1982
- DENNIS, J., I. CHALMERS. Very early neonatal seizure rate: a possible epidemiological indicator of the quality of perinatal care. British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 89, 1982, no. 6, p. 418-426
- ENKIN, M.W. Effective care of low-risk woman in pregnancy and childbirth. In: E.V. van Hall, W. Everaerd. The Free Woman, Women's health in the 1990s. New Jersey: the Parthenon Publishing group, 1989
- DOORNBOS, J.P.R., H.J. NORDBECK. P.E. TREFFERS. De betrouwbaarheid van de registratie van de perinatale sterfte in Nederland onderzocht voor de gemeente Amsterdam. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 131, 1987, no. 21, p. 913-918
- ESKES, T.K.A.B. Bevallen thuis of in het Ziekenhuis. In: Controversen in de geneeskunde I. A. Querido en J. Roos (red.). Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1980
- ESKES, T.K.A.B., H.W. JONGSMA, P.C.W. HOUX. Umbilical Cord Gases in Home Deliveries versus Hospital based Deliveries. Journal Reprod. Medicine; 405, 1981, p. 200-226
- ESKES, T.K.A.B., R.Ph.M. KRAKERS, J.L.H. EVERS. Vermijdbare aspecten van perinatale sterfte: consequenties voor scholing en nascholing. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 124, 1980, no. 43, p. 1811-1814
- ESKES, M. Het Wormerveer onderzoek: meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk. Zaandijk: Heynis & Schipper, 1989, dissertatie

- FOETS, M., J. VAN DER VELDEN. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures, nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1990
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Statistiek Geneeskundigen. Rijswijk: GHI, 1988
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Jaarverslag 1988. Rijswijk: GHI, 1989
- GINKEL, F.C. VAN, P.D. BEZEMER. Bevalling, een natuurlijk gebeuren? Commentaar op een vergelijkend onderzoek naar het verloop van thuis- en ziekenhuisbevallingen na normale zwangerschap. Medisch Contact; 35, 1980, no. 17, p. 527-528
- GOALDING, J.E., P. THOMAS, T. PETERS. Does father's unemployment put the foetus at risk? British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 704-710
- GOUDSMIT, E. Postnatale depressie: je mag er niet over praten. Wetenschap & Samenleving, 1981, no. 4, p. 32-34
- GROENEWEGEN, P.P. Locatiekeuze en huisartsendichtheid, een verklaring van regionale verschillen en veranderingen. Een proefschrift. Utrecht: NIVEL, 1985
- GROENEWEGEN, P.P. Probleemgericht specificatie van algemene doelstellingen. Paper ten behoeve van de studiedagen van de Werkgemeenschap Verklarende Sociologie op 19-20 mei 1989
- HAAN, J. De, Y.M.C. RÖSELAERS. De medische voor specialistische hulp in de verloskunde. Keesings Medisch Archief, suppl. A, 1983
- HEATH, A. Rational Choice and Social Exchange: a critique of exchange theory. Cambridge: Cambridge University Press, 1976
- HESSING-WAGNER, J. Samenhang in de zorg rond geboorte en jonge kinderen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 1985
- HINGSTMAN, L., W.G.W. BOERMA. Verloskunde. In: Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. E.M. Sluys, J.P. Dopheide, J. van der Zee (red.). Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1985, p. 205-235
- HINGSTMAN, L. Registratie Verloskundigen peiling 1988. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1988
- HOFMEYER, G.J., E.W.W. SONNENDECKER. Elective episiotomy in perspective. South African Medical Journal; 71, 1987, p. 357-359
- HONNEBIER, W.J. Naar een nieuwe vorm van verloskundige zorg. Medisch Contact; 42, 1987, no. 6, p. 169-171
- HOOGENDOORN, D., C.A.W. CITTEUR. De plaats van de bevalling en de perinatale sterfte. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 122, 1978, no. 47, p. 1875-1859
- HOOGENDOORN, D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde; 130, 1986, no. 32, p. 1436-1440

- HOOGENDOORN, D. De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van de bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 122, 1978, no. 32, p. 1171-1178
- HOUSE, M.J., G.CARIO, M.H. JONES. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *Journal of Obstetric and Gynaecology*; 7, 1986, p. 107-110
- JONG, P.A. de. Het neurologisch onderzoek van de pasgeborene volgens Prechtl en Beintema als graadmeter van het verloskundig handelen. Amsterdam: Vrije Universiteit, Proefschrift, 1975
- JÖRESKOG, K.G., D. SÖRBOM. LISREL IV. Analysis of Linear Structural Relationships by the Method of Maximum Likelihood. Uppsala: University press, 1978
- JOOSTEN, J., M.J. DROP. De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG. *Gezondheid & Samenleving*; 8, 1987, no. 4, p. 251-265
- KEIRSE, M.J.N.C. De Nederlandse perinatale sterfte in international perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 131, 1987, no. 21, p. 905-917
- KEIRSE, M.J.N.C. Registratie en betrouwbaarheid van perinatale sterfte in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 131, 1987, no. 21, p. 891-895
- KITZINGER, S. Thuisbevallen, een vertaling. Amsterdam: Meulenhoff, 1979
- KLEIVERDA, G., I. SLOT-ANDERSEN. Eerste kind en baan: een onderzoek naar gezondheid en welbevinden. Den Haag: Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1988
- KLEIVERDA, G. Transition to parenthood and home or hospital confinement: A prospective study in nulliparous women in the Netherlands. In: Hall, E.V. van, W. Everaerd. *The Free Woman, Women's health in the 1990s*. New Jersey: the Parthenon Publishing Group, 1989
- KLEIVERDA, G., A.M. STEEN, J. ANDERSEN, P.E. TREFFERS, W. EVERAERD. Place of delivery in the Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement. *European Journal of Obstetric and Gynaecology*, 1990.
- KLOOSTERMAN, G.J. Bevallen thuis of in het ziekenhuis. In: *Controversen in de geneeskunde* I. A. Querido en J. Roos (red.). Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1980
- KLOOSTERMAN, G.J. De waarde van de thuisbevalling anno 1980. *Annalen Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*; 80, 1980, no. 39
- KLOOSTERMAN, G.J. De Nederlandse verloskundige op de tweesprong. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 122, 1978, no. 32, p. 1161-1170
- KLOOSTERMAN, G.J. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Weesp: Uitgeversmaatschappij Centen, 1985
- KORTMANN, F.A.M. Postpartum depressie, een wetenswaardig verschijnsel. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*; 38, 1983, no. 10, p. 1031-1043



- LAVE, C.A., J.G. MARCH. Modellen in de sociale wetenschappen: een inleiding. Alphen aan de Rijn: Samson, 1980
- LIEVAART, M., P.A. DE JONG. Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynaecologist. A study of the system of obstetric care prevailing in the Netherlands. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 144, 1982, no. 4, p. 376-285
- LIEVAART, M. Toetsing van enkele Aspecten van de Verloskundige Zorg (Dissertatie). Amsterdam, 1984
- LINDENBERG, S. De structuur van theorieën van collectieve verschijnselen. In: W. Arts, S. Lindenberg, R. Wippler. *Gedrag en Structuur: Universitaire Pers Rotterdam*, 1976
- LINDENBERG, S. Erklärung als Modellenbau: zur soziologische Nutzung von Nutzentheorien. *Abhandlungen des 20 Deutschen Soziologentags. Bremen*, 1980
- LINDENBERG, S. Instigation of and participation in revolts and revolutions: An analysis of Marx's possible contribution to this problem and analysis of an alternative. Paper voor de studiedag van de Werkgemeenschap Verklarende Sociologie, Utrecht, 1980
- LOENDERSLOOT, E.W., E. HILVERDINK. Postnatale depressie: anderhalf jaar poliklinische ervaring. Premenstrueel syndroom en postpartum (postnatale) depressie. Boerhaave Commissie voor Postacademisch onderwijs in de Geneeskunde. Leiden, 1982
- MACKENBACH, J.P., P.L.M. VAN LEENGOED. Regionale verschillen in perinatale sterfte: het verband met enkele aspecten van de zorg rond de geboorte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133, 1989, no. 37, p. 1839-1844
- MELZACK, M. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*; 1, 1975, p. 277-299
- MELZACK, R., P. TAENZER, P. FELDMAN, R. KINCH. Labour is still painful after prepared childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 125, 1981, no. 15, p. 6357-6363
- MELZACK, R., R. KINCH, P. DOBKIN, M. LEDBRUM, P. TAENZER. Severity of Labour pain: influence of physical as well as psychological variables. *Canadian Medical Association Journal*; 130, 1984, no. 1, p. 579-584
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage Kraamzorg Kruiswerk 1987. Bunnik: NK, 1989
- NELSON, K.B., ELLENBERG, J.H. Antecedents of cerebral palsy I. Univariate analysis of risks. *American Journal of Dis. Child*: 139, 1985, p. 1031-1038
- NELSON, K.B., ELLENBERG, J.H. Antecedents of cerebral palsy. Multivariate analysis of risks. *New England Journal of Medecine*; 315, 1986, p. 81-85
- NEWTON, R.W., P.A.C. WEBSTER, P.S. BINU, N. MASKREY, A.B.PHILLIPS. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour; 1979, 2, p.411-413
- NIVEN, C., K. GIJSBERS. A study of labour pain using the McGill Pain Questionnaire. *Social Science Medicine*; 19, 1984, no. 12, p. 1347-1351

- NJIOKIKTIJEN, CH., KURVER, P. Predictive value of neonatal neurological examination of cerebral function in infancy. *Development Medical Child Neurology*; 22, 1980, p. 736-747
- OAKLEY, A. *Women confined. Toward a sociology of Childbirth.* Oxford: Robertson, 1980
- OAKLEY, A. Social support and perinatal outcome. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*; 1, 1985, no. 4, p. 843-854
- PAGE, F.D., J.N. MARTIN, S.M. PALMER, R.W. MARTIN, J.A. LUCAS, G.R. MEEKS, E.T. BUCOVAZ, J.C. MORRISON. Correlation of neonatal acid-base status with Apgar scores and fetal heart rate tracings. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 154, 1986, no. 6, p. 1306-1311
- PANTER, G., S. LINDE. *Now that you have had your baby.* New York: Spectrum Books, 1977
- PARK, R.E., A. FINK, R.H. BROOK, M.R. CHASSIN, K.L. KAHN, N. MERRICK, J. KOSECOFF, D.H. SOLOMON. Physician Ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures. Santa Monica: 1986, The Rand Corporation, R-3280-CWF/HF/PMT/RWJ
- PRECHTL, H.F.R. Neurological sequelae of prenatal and perinatal complications. *British Medical Journal*, 1967, no. 4, p. 763-767
- PRECHTL, H.F.R. The neurological examination of the fullterm newborn infant. *Clinics in Developmental Medicine*; 1977, 63
- PRECHTL, H.F.R. (ed.). The optimality concept. *Early Human Development*; 4, 1980, no. 3, p. 201-205
- READING, A.E., D.N. COX, Psychosocial Predictors of Labor Pain. *Pain*; 22, 1985, p. 309-315
- RENGELINK-VAN DER LEE, J.H. *Het meten van de kwaliteit van verloskundige zorg.* Utrecht: NIVEL, 1988
- ROBINSON, J. The role of the social sciences in evaluating perinatal care. In: I. Chalmers, M. Enkin, M.J.N.C. Keirse. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, vol. 2, Oxford: University Press, 1989
- RUTTER, D.R., L. QUINE. Inequalities in pregnancy outcome: a review of psychosocial and behavioural mediators. *Social Science and Medicine*; 30, 1990, no. 5, p.553-568
- SHELLEKENS, W. De nieuwe verloskundige indicatielijst: inhoud en gebruik van het rapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (1). *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 20, p. 619-621
- SHELLEKENS, W. De nieuwe verloskundige indicatielijst: totstandkoming rapport Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 20, p. 621-623
- SCHUDEL, W.J. Psychische klachten na de bevalling. *Epidemiologisch bulletin*; 25, 1990, no. 2, p. 16-18
- SCHUIL, P.B. *De cliënt in de verloskundige zorgverlening: een onderzoek bij cliënten van het kraamcentrum Enschede en omstreken.* Oldenzaal: Verhaag, 1975, dissertatie

- SCHUTTE, M. Een vrouwenarts over de bevalling thuis. In: Haan, E. De, J. Spanjer (red.). *Beter bevallen, over zwangerschap en bevallen in Nederland*. Amsterdam: Contact, 1984
- SIXMA, H., C. THOMASSEN. De behoefte aan zorg in Almere: Het basisrapport met gegevens uit de patiënten-enquête behorend bij het deelonderzoek 'Almere - Nationale Studie'. Utrecht: NIVEL, 1990
- SLEEP, J., J. ROBERTS, I. CHALMERS. Care during the second stage of labour. In: I.Chalmers, M.Enkin, M.J.N.C. Keirse. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, vol. 2, Oxford: University Press, 1989
- SMITS, F. De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg. Katholieke Universiteit, Nijmegen. Proefschrift. Maastricht: Lieter-Nijpels, 1981
- SOSA, R., J. KENNEL, M. KLAUS, S. ROBERTSON, J. URRUTIA. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interactions. *The New England Journal of Medicine*; 303, 1980, no. 11, p. 597-600
- SPRINGER, M.P., W. VERDENIUS, E.W. DEKKER, P.R. EYKELBOOM. Het verloskundig handelen van huisartsen. Resultaten onderzocht. *Medisch Contact*; 42, 1987, no. 20, p. 624-630
- STOLTE, L.A.M., A.F. VAN DEN BERG-HELDER, P.A. DE JONG, H. VAN KESSEL, P.H.J. KURVER, Ch.j. NJIOKIKTIEN, J.J. VOORHORST. Perinatale morbiditeit als maatstaf voor de verloskundige zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 123, 1979, no. 7, p. 228
- SWANBORN, P.G. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: inleiding in ontwerpstrategieën. Amsterdam.: Boom Meppel, 1981
- SYKES, G.S., JOHNSON, P, ASKWORTH, F. et al. Do Apgarscores indicate Asphyxia? *Lancet*: 1982, p. 494-496
- THOMASSEN, J.F.M., F.L. DUIJN, H.O. STIGLING. Bevalling, een natuurlijke gebeuren? II: Een vergelijkend onderzoek naar het verloop van thuis- en ziekenhuisbevallingen na normale zwangerschap. *Medisch Contact*; 34, 1979, no. 45, p. 1440-1444
- TOUWEN, B.C.L., H.J. HUISJES, A.D. JURGENS-VAN DER ZEE, M.E.C. BIERMAN-VAN EEN-  
DENBURG, M. SMRKOVSKY, A.A. OLINGA. Obstretical condition and neonatal neurological morbidity. An analysis with the help of the optimality concept. *Early Human Development*; 4, 1980, no. 3, p. 207-228
- TOUWEN, B.C.L., M. HADDERS-ALGRA. Perinatale problemen en het verdere beloop van de ontwikkeling van het kind. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 133, 1989, no. 5, p. 251-252
- TREFFERS, P.E. Regionale perinatale sterfte en de regionale hospitalisatie bij de bevalling in Nederland. *Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde*; 122, 1978, no. 9, p. 291-295
- TREFFERS, P.E. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland (Ingezonden). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 131, 1987, no. 4, p. 172-173
- TREFFERS, P.E., W. BREUR. De plaats van de bevalling en de perinatale sterfte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 122, 1979, no. 48, p. 852-853

- TREFFERS, P.E., D. VAN ALTEN, M. PEL. Een dikke onvoldoende uitgereikt aan de Nederlandse Verloskundigen vanuit Eindhoven. Tijdschrift voor verloskundigen; 8, 1983, no. 31
- TREFFERS, P.E., R. Laan. Regionaal perinatal mortality and regional hospitalisation at delivery in the Netherlands. British Journal of Obstetrics and Gynaecology; 93, 1986, p. 690-693
- VASEN, L.C.L.M. Ervaringen met poliklinische bevallingen in een algemeen ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 126, 1982, no. 27, p. 1225-1228
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN. Ziekenfonds en bevalling. Zeist: VNZ, 1989
- VISSER, A.P.H. De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. Gezondheid & Samenleving; 4, 1983, no. 3, p. 177-188
- WERKGROEP BIJSTELLING KLOOSTERMANLIJST. De verloskundige indicatielijst. Amstelveen: 1987
- WETERING-DE ROOIJ, W.F. VAN DE. De 'normale' bevalling op het platteland: enkele gedachten over de iatrogenese van de gestoorde baring. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 126, 1982, no. 15, p. 652-658
- WIPPLER, R., S. LINDENBERG. Collective Phenomena and Rational Choice. Paper presented at the Symposium 'Relating Micro and Macro levels in Sociological Theory', June 21-24 1984, Schloss Rauuisch-Holzhausen, Giessen
- WIPPLER, R. Verklarende sociologie: de ontwikkeling van een theoretisch gestuurd onderzoeksprogramma. Paper gepresenteerd op de Sociologen-dagen 1984, 25-26 mei te Amsterdam
- ZIEKENFONDSRAAD. Verloskundige indicatielijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987

## BIJLAGEN





**Groep 4: huidige zwangerschap**

1. vaginaal bloedverlies tijdens de zwangerschap	geen
2. proteinurie	geen
3. pre-eclampsie	geen
4. diabetes gravidarum	geen
5. anaemie (Hb < 6.8 nmol/lit)	geen
6. hypertensie (RR diast 2x 90 mm Hg)	geen
7. termijndiscussie	geen
8. gewichtstoename	8-15 kg
9. Rhessensibilisatie	geen
10. andere complicaties	geen

**optimale waarde**

**Groep 5: diagnostiek en therapie**

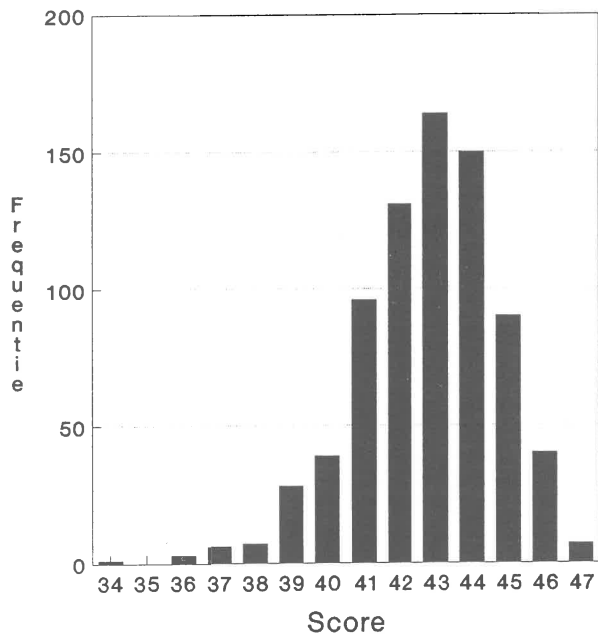
1. aantal zwangerschapscontroles	10-15
2. aantal ziekenhuisopnames	geen
3. amnionpunctie	niet verricht
4. placentafunctietesten	niet verricht
5. CTG tijdens de zwangerschap	niet verricht
6. medicijngebruik tijdens de zwangerschap	geen
7. echoscopie	meer dan 2

**optimale waarde**



BIJLAGE 2

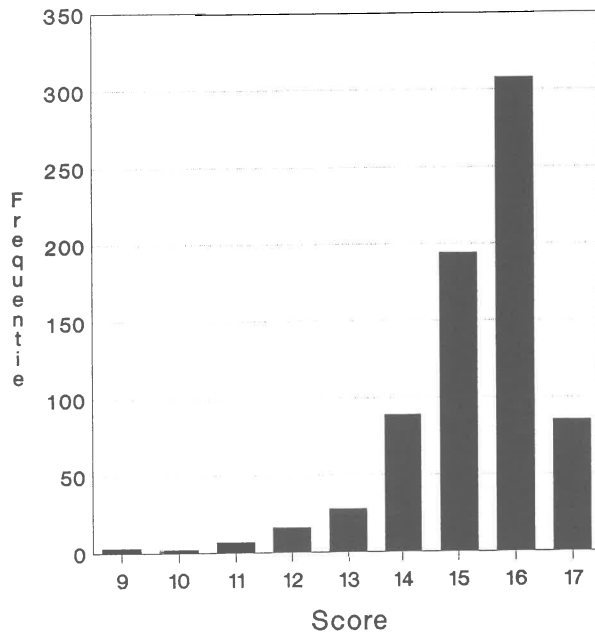
Obstetrische scores  
tot aan de bevalling (n=762)



Bron: De eerstelijns gegevens  
van Berghs e.a. 1988



### Obstetrische scores vanaf de bevalling (n=732)



Bron: De eerstelijns gegevens  
van Berghs e.a. 1988



## BIJLAGE 4

### BEVALLEN ONDER LEIDING VAN EEN VERLOSKUNDIGE VRAGENLIJST VOOR ZWANGEREN

(vóór de bevalling)

Casusnr.:

Verloskundigen:

Praktijknr.:

### Toelichting over de vragenlijst

Allereerst vragen we u een aantal achtergrondgegevens. Daarna worden vragen gesteld die betrekking hebben op uw zwangerschap. Tenslotte leggen we een aantal uitspraken voor om uw mening over de bevalling te peilen.

Alle gegevens worden zodanig opgeslagen dat het niet meer af te leiden is om wie het gaat. Uw naam wordt dus niet in de computer ingevoerd.

De verwerking van de gegevens is anoniem en vindt plaats op het NIVEL. Behalve de onderzoekers krijgt niemand inzage in uw antwoorden, dus ook niet uw verloskundige. Ook de rapportage gebeurt volledig anoniem.

De vragenlijst lijkt nogal lang. Bij de meeste vragen kunt u volstaan met het aankruisen van het antwoord dat voor u het meest van toepassing is. In sommige gevallen kunt u echter vragen overslaan. Ook stellen wij u een aantal vragen waarbij u een kruisje moet zetten in het rondje dat het meest met uw mening overeenkomt. Probeer waar mogelijk de middelste antwoordcategorie te vermijden. We geven daarvan een voorbeeld:

Alle vrouwen hebben het recht op een eigen inkomen

helemaal mee eens						helemaal mee oneens
0	0	0	<input checked="" type="radio"/>	0	0	0

Dit betekent dat u niet vindt dat alle vrouwen het recht hebben op een eigen inkomen.

Denkt u niet te lang na over een antwoord. In deze vragenlijst gaat het om uw eigen mening. 'Foute' antwoorden zijn dus niet mogelijk.

Het invullen van deze vragenlijst zal 30 à 40 minuten in beslag nemen.

Wij verzoeken u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoordenvolp aan ons terug te sturen. U hoeft geen postzegel te plakken.

Als u bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met mw. drs. J. Chatab (dinsdag, woensdag of donderdag) NIVEL, tel.: 030 - 31 99 46.

**Wij danken u voor uw medewerking**

---

DEEL 1: ALGEMEEN

---

1. Op welke datum bent u uitgerekend?

.....

---

2. Wat is uw burgerlijke staat of samenlevingsvorm?

- ongehuwd
  - gehuwd
  - samenwonend
  - LAT-relatie
  - gescheiden
  - anders, nl.: .....
- 

3. Wanneer bent u geboren?

waar bent u geboren?

- thuis o.l.v. de verloskundige of huisarts
- poliklinisch o.l.v. de verloskundige of huisarts
- klinisch o.l.v. de gynaecoloog
- onbekend

Kunt u aangeven hoe de bevalling van uw moeder, bij uw geboorte, was verlopen?

- normaal zonder ingrepen
  - met ingrepen nl. (bijv. tang, vacuüm-extractie, keizersnede) .....
  - onbekend
  - anders .....
- 

4. Wat is uw hoogst genoten opleiding en heeft u die opleiding afgerond?

Opleiding?

.....

Diploma?

- nee
  - ja
- 

5. Heeft u momenteel een betaalde baan?

- nee → naar vraag 6
- ja, ..... uren per week

Beroep: .....  
Functie: .....

Bent u in loondienst of zelfstandig werkzaam?

- loondienst
- zelfstandig

Geeft u direct of indirect leiding aan een aantal personen?

- nee
- ja, aan 1-10 personen
- ja, aan meer dan 10 personen

Wanneer gaat u met zwangerschapsverlof?

..... week/weken voor de uitgerekende bevallingsdatum

Bent u van plan om te blijven werken na de bevalling?

- nee
  - ja, namelijk: ..... uren per week
- 

6. Bent u lid van de Kruisvereniging?

- ja
- nee

Bent u van plan een beroep te doen op een kraamverzorgende?

- nee
  - ja, wijkkraamzorg
  - ja, interne kraamzorg
  - anders, namelijk: .....
- 

7. Bent u tijdens de huidige zwangerschap wel eens naar een voorlichtingsavond over zwangerschap en bevalling geweest?

- nee
  - ja, in verband met oudercursussen
  - ja, op algemene voorlichtingsavond
  - ja, anders, nl.: .....
- 

8. Welke nationaliteit heeft u?

- Nederlandse
  - zowel Nederlandse als een andere nationaliteit, nl.: .....
  - alleen een andere, nl.: .....
- 

9. Bent u in Nederland geboren?

- ja
- nee, in:.....

Indien u niet van origine (oorsprong) Nederlandse bent, wat is dan uw land van herkomst?

.....

---

10. Wat is uw woonplaats en hoelang woont u hier?

Woonplaats: .....  
Aantal jaren woonachtig: .....

---



11. Hoeveel minuten schat u de afstand van uw huidige adres tot het dichtsbijzijnde ziekenhuis met de auto?

..... minuten

---

12. Hoe vindt u deze afstand tot het ziekenhuis met het oog op de bevalling?

heel ver				heel dichtbij
0	0	0	0	0

---

13. Hoe is uw huisvesting te omschrijven?

- flat/appartement zonder lift
- flat/appartement met lift
- huis op begane grond

Indien u in een flat/appartement woont, welke verdieping?

..... e verdieping

---

14. In hoeverre vindt u uw huis geschikt om thuis te bevallen?

heel geschikt				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

Indien u vindt dat uw huis niet geschikt is om thuis te bevallen, kunt u aangeven waarom?

- te kleine slaapkamer
  - veel trappen
  - geen stromend/warm water
  - anders, namelijk: .....
- 

15. Bent u van plan om borstvoeding te geven?

- ja, zeker
  - misschien
  - ja, maar ook flesvoeding
  - nee, beslist niet
  - anders, namelijk: .....
- 

16. Bent u ooit opgenomen in een ziekenhuis?

- nee → naar vraag 17
- ja, in verband met: .....

Wanneer werd u het laatst opgenomen in het ziekenhuis?

In 19.....

Hoe was uw ervaring in het algemeen met het ziekenhuis?

heel prettig				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

17. Bent u ooit direct of indirect (via familie/vrienden) in aanraking gekomen met een ziekenhuis?

nee → naar vraag 18

ja, via (familie/kennissen) .....

Zo ja, naar aanleiding waarvan?

.....

Hoe was uw laatste ervaring met het ziekenhuis?

heel prettig					helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Bent u op de hoogte over de gang van zaken op de verloskundige afdeling in het dichtsbijzijnde ziekenhuis?

nee → naar vraag 19

ja, in verband met .....

Hoe vindt u de gang van zaken in dat ziekenhuis?

heel goed					heel slecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Heeft u belangrijke (soms schokkende) gebeurtenissen in de afgelopen 12 maanden meegemaakt? U kunt daarvoor onderstaande gebeurtenissen nalopen, meerdere antwoorden mogelijk.

u bent getrouwd

u bent verhuisd van ..... naar .....

u bent gaan samenwonen

u bent alleen gaan wonen

huwelijk van familieleden, namelijk: .....

miskraam/abortus gehad

uw partner is werkloos (arbeidsongeschikt) geworden

andere familieleden, namelijk ....., is/zijn werkloos (arbeidsongeschikt) geworden of met pensioen gegaan

uw partner is (weer) met werken begonnen

andere familieleden namelijk ....., is/zijn weer met werken begonnen

uw partner is van baan veranderd

u bent van baan veranderd

u heeft een cursus (opleiding) afgerond

uw partner heeft een cursus (opleiding) afgerond

andere familieleden, namelijk ....., hebben een cursus (opleiding) afgerond

uw partner is voor een belangrijk examen gezakt

u bent voor een belangrijk examen gezakt

andere familieleden namelijk ..... is/zijn voor een belangrijk examen gezakt

u heeft een financiële meevaller gehad

u heeft een financiële tegenvaller gehad

schade aan persoonlijke eigendommen (ten gevolge van diefstal, brand, etc.)

ernstige ziekte partner

ernstige ziekte familieleden, namelijk .....

ziekenhuisopname partner

- 0 ziekenhuisopname familieleden namelijk .....
- 0 in een rechtszaak verwickeld (uzelf, partner familieleden) .....
- 0 relatie problemen, (mogelijke) echtscheiding van uzelf
- 0 relatieproblemen, (mogelijke) echtscheiding van familieleden, namelijk .....
- 0 overlijden van .....
- 0 anders, namelijk: .....

20. De volgende vragen handelen over een aantal zaken die u samen met anderen doet, of waarvoor u op andere personen een beroep doet. Bij elke vraag kunt u 3 personen noemen, die niet tot uw huishouden behoren. Overige familieleden, vrienden, kennissen, burens moet u wel meerekenen. U kunt zich daarvoor beperken tot de voornamen van deze personen. Vindt u dat bezwaarlijk dan kent u een bepaalde letter aan deze personen toe, bijvoorbeeld A=Jaap, B=Marie, C=Kees, D=Trees etc. U kunt dan de letters invullen van de personen waarop de vraag betrekking heeft. Een persoon kan uiteraard meer dan een keer voorkomen.

	nee	ja	3 personen (letters) noemen
Praat u wel eens met andere mensen, wanneer u problemen hebt met uw gezondheid?	0	0	.....
Wanneer u met één of ander persoonlijk probleem zit, praat u dan daarover met andere personen?	0	0	.....
Hebt u de afgelopen maanden hulp/verzorging gekregen van personen naar aanleiding van ziekte? (Bijvoorbeeld boodschappen doen, medicijnen halen, etc.)	0	0	.....
Zijn er personen die u in de afgelopen drie maanden hebben geholpen met huishoudelijke karweitjes zoals schilderen, reparaties, schoonmaken, koken, etc.?	0	0	.....
Bent u wel eens langere tijd weg van huis waardoor u iemand moet vragen om op het huis te letten, planten of huisdieren te verzorgen, de brievenbus te ledigen, etc.?	0	0	.....
Bent u de afgelopen maand op bezoek of langs geweest bij mensen, of hebt u zelf mensen op bezoek gehad, of bent u met mensen uit geweest?	0	0	.....

---

DEEL II: ZWANGERSCHAP

---

21. Wanneer wist u zeker dat u zwanger was?

Toen ik ..... weken zwanger was

---

22. In hoeverre was de zwangerschap een verrassing voor u?

heel verrassend					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

Kunt u dit nader omschrijven?

---

23. Wanneer bent u uitgerekend en wanneer vult u deze lijst in?

Te verwachten bevallingsdatum: .....  
Datum invulling vragenlijst: .....

---

24. Wat was uw gewicht vóór de zwangerschap?

..... kilo

Hoe lang bent u?

..... centimeter

---

25. Doet u aan sport tijdens de huidige zwangerschap?

0 nee → naar vraag 26  
0 ja, namelijk: .....

Hoeveel uur besteedt u per week aan deze sport?

..... uren per week

Tot aan welke zwangerschapsduur blijft (bleef) u doorgaan met deze sport?

..... zwangerschapsweek

---

26. Doet u aan zwangerschapsgymnastiek?

0 nee → naar vraag 27  
0 ja

Hoe hebt u dat geregeld?

0 via het kruiswerk/de kruisvereniging  
0 anders, namelijk: .....

---

27. Hoe vond/vindt u uw gezondheidstoestand vóór en tijdens de huidige zwangerschap?

	heel goed				helemaal niet
vóór de zwangerschap	0	0	0	0	0
tijdens de zwangerschap	0	0	0	0	0

---

28. Hoe maakt u de zwangerschap tot nu toe door?

heel prettig				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

29. Hoe is de zwangerschap tot nu toe verlopen?

veel problemen				geen problemen
0	0	0	0	0

---

30. Rookt u tijdens deze zwangerschap?

0 nee  
0 ja, ..... sigaretten per dag

---

31. Gebruikt u alcohol?

0 nee, helemaal niet  
0 ja, ..... glazen per week

---

32. Gebruikt u soft drugs, hard drugs of methadon? (Meerdere antwoorden mogelijk)

0 nee, helemaal niet  
0 ja, soft drugs  
0 ja, hard drugs  
0 ja, methadon  
0 anders, nl. ....

---

33. Hoe bent u in contact gekomen met uw huidige verloskundige(n)?

0 via de huisarts  
0 via vrienden/kennissen  
0 via familieleden  
0 via kraamcentrum  
0 anders, via: .....

---

34. Heeft u te maken met één of meerdere verloskundigen?

0 in principe 1  
0 in principe 2  
0 in principe ..... verloskundigen

---

35. Kunt u een oordeel geven over de zwangerschapsbegeleiding van uw verloskundigen tot nu toe met behulp van onderstaande kenmerken? (Gaarne bij ieder kenmerk één rondje aankruisen. Bij meer dan 1 verloskundige gaat u uit van uw algemene indruk, alleen indien dit echt niet mogelijk is, slaat u het betreffende item over)

heel prettig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel ondersteunend	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel vertrouwd	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel bezig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel kundig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel persoonlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel autoritair	0	0	0	0	0	helemaal niet

36. Heeft u reeds één of meer kinderen?

0 nee → naar vraag 37

0 ja, aantal kind(eren): .....

Had u bij de vorige bevalling(en) dezelfde verloskundige?

bij 1e kind	bij 2e kind	bij 3e kind	bij meer dan 3 kinderen, het laatste kind
0 ja	0 ja	0 ja	0 ja
0 nee	0 nee	0 nee	0 nee

Hoe heeft u de eerdere bevalling(en) ervaren?

	heel positief			heel negatief	
1e bevalling	0	0	0	0	0
2e bevalling	0	0	0	0	0
3e bevalling	0	0	0	0	0
laatste bevalling (bij meer dan 3 kinderen)	0	0	0	0	0

37. Waar gaat u nu bevallen?

0 thuis

0 poliklinisch

Waar bent u bij eventuele eerdere kinderen bevallen?

bij 1e kind	bij 2e kind	bij 3e kind	bij 4e kind
0 thuis	0 thuis	0 thuis	0 thuis
0 poliklinisch	0 poliklinisch	0 poliklinisch	0 poliklinisch
0 klinisch met gynaecoloog	0 klinisch met gynaecoloog	0 klinisch met gynaecoloog	0 klinisch met gynaecoloog

38. Hoe bent u aan deze keuze (thuis of poliklinisch bevallen) gekomen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- vanzelfsprekend
- aangeraden door de verloskundige
- advies/wens van mijn echtgenoot (partner)
- na lang peinzen/rustig nadenken
- dat lag min of meer vast
- anders, namelijk: .....

39. Is de plaats waar u van plan bent te bevallen ook uw eerste voorkeur?

- nee, dat is de voorkeur van (bv. mijn partner, familie) .....
- ja

40. Is uw keuze van de plaats van de bevalling van het begin af aan dezelfde gebleven?

- nee, eerst thuis later poliklinisch
- nee, eerst poliklinisch later thuis
- ja, dezelfde gebleven

41. In hoeverre heeft u de gegeven adviezen (meningen) van onderstaande personen betrokken bij het maken van de keuze van de plaats van de bevalling? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	heel sterk				helemaal niet
echtgenoot (partner)	0	0	0	0	0
verloskundige	0	0	0	0	0
ouders	0	0	0	0	0
andere familieleden	0	0	0	0	0
schoonouders	0	0	0	0	0
andere schoonfamilie	0	0	0	0	0
vrienden/kennissen	0	0	0	0	0
collega's	0	0	0	0	0
buren	0	0	0	0	0

42. Kunt u onderstaande personen rangordenen in de volgorde van zeer belangrijk (nr. 1) tot minder belangrijk (nr. 9) in verband met de keuze van de plaats van de bevalling?

We geven een voorbeeld. Indien u vindt dat uw echtgenoot (partner) hierbij de meest belangrijke persoon is, dan schrijft u naast 'mijn echtgenoot (partner)' nr. 1 op. Een ander persoon die na uw echtgenoot belangrijk wordt gevonden krijgt nr. 2, enz. De minst belangrijke persoon van uw keuze krijgt nr. 9. (Wilt u hierbij niet te lang nadenken? Indien het echt niet mogelijk is alle personen van 1 t/m 9 te ordenen, probeert u tenminste drie personen te ordenen (nr.1, nr.2, en nr.3), en dan één persoon die nr.9 krijgt)

	rangordening
mijn echtgenoot (partner)	nr.
verloskundige	nr.
ouders	nr.
andere familieleden	nr.
schoonouders	nr.
andere schoonfamilie	nr.
vrienden/kennissen	nr.
collega's	nr.
buren	nr.

43. Sommige mensen hebben, om welke reden dan ook, meer vertrouwen in een klinische of poliklinische bevalling, anderen in een thuisbevalling. Kunt u zeggen waar u en onderstaande personen, volgens u, meer vertrouwen in hebben? (Probeer zo mogelijk geen regel over te slaan)

	thuis	poliklinisch	klinisch (met gynaecoloog)
ikzelf	0	0	0
mijn echtgenoot (partner)	0	0	0
mijn ouders	0	0	0
andere familieleden	0	0	0
mijn schoonouders	0	0	0
andere schoonfamilie	0	0	0
kennissen/vrienden	0	0	0
collega's	0	0	0
buren	0	0	0

44. Kunt u aangeven waar onderstaande personen - voor zover van toepassing - hun kind ter wereld hebben gebracht? (Gaarne per item, indien van toepassing, 1 rondje aankruisen)

	thuis	poliklinisch	klinisch	thuis + poliklinisch	andere combinaties
mijn moeder	0	0	0	0	0
de meeste familie van mij	0	0	0	0	0
mijn schoonmoeder	0	0	0	0	0
de meeste schoonfamilie	0	0	0	0	0
de meeste vriendinnen/kennissen	0	0	0	0	0
de meeste collega's	0	0	0	0	0
buren	0	0	0	0	0

45. Hoe hebben onderstaande personen hun bevallingen ervaren? (Gaarne één rondje per item aankruisen, indien van toepassing)

	heel positief		heel negatief	
mijn moeder	0	0	0	0
de meeste familie van mij	0	0	0	0
mijn schoonmoeder	0	0	0	0
de meeste schoonfamilie	0	0	0	0
de meeste vriendinnen/ kennissen	0	0	0	0
de meeste collega's	0	0	0	0
buren	0	0	0	0

46. Is uw voorkeur voor thuis of poliklinisch bevallen gelijk aan die van de onderstaande personen? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	ja	nee
mijn echtgenoot (partner)	0	0
verloskundige	0	0
ouders	0	0
de meeste familieleden	0	0
schoonouders	0	0
de meeste leden van de schoonfamilie	0	0
vrienden/kennissen	0	0
collega's	0	0
buren	0	0



47. Kunt u aangeven welke **overwegingen** uiteindelijk doorslaggevend waren bij het maken van de keuze thuis of poliklinisch te bevallen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- natuurlijke (eigen) omgeving
  - normale zwangerschappen (geen medische indicatie)
  - financiële overwegingen, namelijk: .....
  - gerust gevoel/op je gemak voelen, omdat .....
  - eigen ervaringen met betrekking tot .....
  - bevallingservaringen van anderen, namelijk: .....
  - huiselijke belemmeringen, namelijk: .....
  - veiligheidsoverwegingen voor moeder ten aanzien van .....
  - veiligheidsoverwegingen voor kind ten aanzien van .....
  - anders, namelijk: .....
- 

48. Zijn er voor u financiële voordelen verbonden aan thuis of poliklinisch bevallen?

- ja, poliklinisch is voordeliger
  - ja, thuisbevalling is voordeliger
  - nee, het maakt niets uit
-

49. Wilt u aankruisen of u regelmatig last heeft gehad van onderstaande klachten vóór en/of tijdens de huidige zwangerschapsperiode (ongeacht in welke periode)? Ook invullen indien u op het moment geen last meer heeft. (Gaarne één rondje aankruisen per item)

	VOOR			TIJDENS		
	nee	een beetje	veel	nee	een beetje	veel
duizeligheid	0	0	0	0	0	0
hoofdpijn	0	0	0	0	0	0
koorts	0	0	0	0	0	0
moehheid	0	0	0	0	0	0
nervositeit	0	0	0	0	0	0
slapeloosheid	0	0	0	0	0	0
lusteloosheid	0	0	0	0	0	0
agressief gevoel	0	0	0	0	0	0
snel opgewonden gevoel	0	0	0	0	0	0
overmatig transpireren	0	0	0	0	0	0
keelpijn	0	0	0	0	0	0
oorpijn	0	0	0	0	0	0
oorsuizen	0	0	0	0	0	0
slecht horen/verstopte oren	0	0	0	0	0	0
verstopte neus	0	0	0	0	0	0
neusbloeding	0	0	0	0	0	0
hoesten	0	0	0	0	0	0
benauwdheid/ademhalingsproblemen	0	0	0	0	0	0
hartkloppingen	0	0	0	0	0	0
dikke enkels	0	0	0	0	0	0
misselijkheid	0	0	0	0	0	0
spataderen	0	0	0	0	0	0
huidklachten	0	0	0	0	0	0
jeuk	0	0	0	0	0	0
eczeem	0	0	0	0	0	0
pijn op de borst/beklemd gevoel op de borst	0	0	0	0	0	0
braken	0	0	0	0	0	0
diarree	0	0	0	0	0	0
maagzuur	0	0	0	0	0	0
maagpijn	0	0	0	0	0	0
buikkrampen	0	0	0	0	0	0
klachten over de stoelgang	0	0	0	0	0	0
te sterke gewichtstoename	0	0	0	0	0	0
eetstoornissen	0	0	0	0	0	0
tandpijn	0	0	0	0	0	0
branderig gevoel bij het plassen	0	0	0	0	0	0
geen controle over de blaas	0	0	0	0	0	0
menstruatieklachten	0	0	0			
nek-/schouderklachten	0	0	0	0	0	0
heupklachten	0	0	0	0	0	0
rugklachten	0	0	0	0	0	0
klachten aan arm/hand/vingers/elleboog	0	0	0	0	0	0
klachten aan been/knie/voet/tenen	0	0	0	0	0	0
problemen op het werk	0	0	0	0	0	0
gezinsproblemen	0	0	0	0	0	0
anticonceptieproblemen	0	0	0			

---

**DEEL III: BEVALLING**

---

50. Hoe is volgens u bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis de aanwezigheid van specialisten geregeld? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	aanwezig	niet aanwezig	afwezig wel oproepbaar	onbekend (weet niet)
Gynaecoloog overdag	0	0	0	0
" 's avonds	0	0	0	0
" 's nachts	0	0	0	0
" in weekend	0	0	0	0
Kinderarts overdag	0	0	0	0
" 's avonds	0	0	0	0
" 's nachts	0	0	0	0
" in weekend	0	0	0	0
Anaesthesist overdag	0	0	0	0
" 's avonds	0	0	0	0
" 's nachts	0	0	0	0
" in weekend	0	0	0	0

---

51. Hoe is volgens u de gang van zaken bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis geregeld? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	mogelijk	niet mogelijk	onbekend (weet niet)
- echtgenoot (partner) aanwezig tijdens de bevalling	0	0	0
- de baby verblijft in dezelfde ruimte als de moeder	0	0	0
- langdurig en frequent borstvoeding	0	0	0
- poliklinische bevalling onder leiding van eigen verloskundige	0	0	0
- niet geschoren vóór de bevalling	0	0	0
- aangesloten op apparatuur waarmee de hartslag van het kind wordt gecontroleerd	0	0	0

---

52. Hieronder staan uitspraken over gevoelens omtrent de bevalling. Wilt u aangeven of u het met die uitspraken eens bent of niet. Denkt u niet te lang na bij deze uitspraken. Het gaat tenslotte om uw eigen mening, 'foute' antwoorden zijn dus niet mogelijk. (Graag bij iedere uitspraak één rondje aankruisen, probeert u waar mogelijk de middelste antwoordcategorie te vermijden.)

	helemaal mee eens				helemaal mee oneens	
De pijn tijdens de bevalling moet worden voorkomen	0	0	0	0	0	0
Naarmate de zwangerschap vordert, wordt mijn echtgenoot (partner) onrustiger	0	0	0	0	0	0
Het luisteren naar de ervaringen van anderen vermindert je angst voor de bevalling	0	0	0	0	0	0
De hulpverlener dient alles te doen om de pijn tijdens de bevalling op te heffen	0	0	0	0	0	0
Ondanks de ontwikkelingen in de medische wetenschap blijft de bevalling toch nog een enge zaak	0	0	0	0	0	0
Mijn echtgenoot (partner) krijgt de zenuwen van de naderende bevalling	0	0	0	0	0	0
Als ik andere zwangeren zie ben ik niet de enige die zich zorgen maakt over de bevalling	0	0	0	0	0	0
Het is vervelend dat de afloop van de bevalling niet van te voren in te schatten is	0	0	0	0	0	0
Als je goed geïnformeerd wordt over de zwangerschap en de bevalling hoeft je nergens bang voor te zijn	0	0	0	0	0	0
Het slagen van een normale bevalling hangt vaak af van de medewerking van de zwangere zelf	0	0	0	0	0	0
Als je je gezond gedraagt tijdens de zwangerschap zal de bevalling ook meevallen	0	0	0	0	0	0
De hele bevalling kan best meevallen als je een goede verloskundige treft	0	0	0	0	0	0
Hoe de bevalling zal verlopen hangt voornamelijk af van de capaciteiten van de verloskundige	0	0	0	0	0	0
De verloskundige dient begrip te hebben voor de specifieke problemen van de zwangeren	0	0	0	0	0	0
Ik hoop dat de verloskundige niet ongeduldig wordt als ik in paniek raak tijdens de bevalling	0	0	0	0	0	0
Van de naderende bevalling kun je nachtmerries krijgen	0	0	0	0	0	0

	helemaal mee eens				helemaal mee oneens
Als de verloskundige het vertrouwen heeft van de zwangere, kan de bevalling meevallen	0	0	0	0	0
Zoals de zwangerschapsbegeleiding tot nu toe verloopt heb ik het volle vertrouwen in mijn verloskundige(n)	0	0	0	0	0
Het zijn vooral de eventuele complicaties tijdens de be- valling waar ik me zorgen om maak	0	0	0	0	0
Ik ben bang dat het kind iets mankeert	0	0	0	0	0
Het is nog de vraag of de verloskundige ook tijdens de bevalling aardig zal zijn	0	0	0	0	0
Ik weet gewoon niet in hoeverre ik de pijn tijdens de bevalling kan verdragen	0	0	0	0	0

---

53. Hieronder staan uitspraken over verwachtingen die zwangeren hebben omtrent de plaats van de bevalling. Wilt u aangeven of u het met die uitspraken eens bent of niet, ongeacht waar u van plan bent te bevallen. (Graag bij iedere uitspraak één rondje aankruisen)

	helemaal mee eens		helemaal mee oneens		
Als je bang bent dat er zich complicaties bij de bevalling zullen voordoen dan kun je beter poliklinisch bevallen	0	0	0	0	0
Bij een poliklinische bevalling kan een kind in een slechte toestand eerder worden geholpen	0	0	0	0	0
In het ziekenhuis bevallen is hygiënischer dan thuis	0	0	0	0	0
Ik denk dat ik me in een vreemde omgeving minder goed kan ontspannen	0	0	0	0	0
Ik wil niet in een vreemd bed bevallen	0	0	0	0	0
Ik zou me in een ziekenhuis eerder geremd voelen me te laten gaan	0	0	0	0	0
Bij een poliklinische bevalling kan mijn echtgenoot (partner) zich meer om mij bekommeren	0	0	0	0	0
Ik denk dat mijn verloskundige zich in het ziekenhuis minder op haar gemak voelt	0	0	0	0	0
Bij een poliklinische bevalling denk ik altijd aan die akelige ziekenhuissfeer	0	0	0	0	0
Bij bevalling in het ziekenhuis loop je eerder infecties op	0	0	0	0	0
Volgens mij wordt je in het ziekenhuis veel eerder ingeknipt	0	0	0	0	0
Bij problemen tijdens de poliklinische bevalling kan de barende sneller worden geholpen met de benodigde apparatuur	0	0	0	0	0
Tijdens de bevalling in het ziekenhuis kan het kind met apparatuur beter in de gaten gehouden worden	0	0	0	0	0
In het ziekenhuis kan ik als dat nodig mocht zijn een pijnloze bevalling, met ruggeprik, krijgen	0	0	0	0	0
Op een verlosbed in het ziekenhuis is de verzorging van de barende beter uit te voeren	0	0	0	0	0
Op een verloskamer in het ziekenhuis kan beter gehecht worden	0	0	0	0	0

	helemaal mee eens		helemaal mee oneens		
Bij een poliklinische bevalling is een kinderarts altijd aanwezig om de baby te onderzoeken	0	0	0	0	0
Ik heb zo mijn eigen ideeën over hoe ik wil bevallen en die kan ik in het ziekenhuis moeilijk realiseren	0	0	0	0	0
Ik kan tijdens de ontsluitingsweeën in het ziekenhuis niet doen wat ik wil	0	0	0	0	0
Als je weinig vertrouwen hebt in je verloskundige kun je beter poliklinisch bevallen	0	0	0	0	0
Het lijkt me vreselijk om te bevallen waar zoveel onbekenden de verloskamer binnenlopen	0	0	0	0	0
Het is vervelend dat je in het ziekenhuis niet mag doen wat je zelf wilt	0	0	0	0	0
Volgens mij blijft de baby, in het ziekenhuis, na de geboorte veel te kort bij de moeder	0	0	0	0	0
Het is prettig om na de bevalling in het ziekenhuis naar de ervaringen van andere vrouwen op de zaal te luisteren	0	0	0	0	0
Het ziekenhuis heeft extra veiligheid te bieden wat je niet bij de thuisbevalling hebt	0	0	0	0	0
Ik denk dat mijn echtgenoot (partner) het vreselijk vindt om na de bevalling in een ziekenhuis alleen naar huis te gaan	0	0	0	0	0
Poliklinische bevalling geeft een hoop gemak voor het gezin en de familie	0	0	0	0	0

Heeft u nog op- of aanmerkingen betreffende de vragenlijst of heeft u nog aanvullende informatie, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken.





## BIJLAGE 5

BEVALLEN ONDER LEIDING VAN DE VERLOSKUNDIGE

VRAGENLIJST VOOR DE KRAAMVROUW

(na de bevalling)

Casusnr.:

Verloskundigenr.:

Praktijknr.:

---

**DEEL 1: BEVALLING**

---

Was de verloskundige aanwezig tijdens de bevalling?

- nee
  - ja
- 

1. Waar is uw kind geboren?

- thuis
- poliklinisch onder leiding van de verloskundige
- in het ziekenhuis onder leiding van de gynaecoloog → naar vraag 2

Werd u tijdens de bevalling door uw verloskundige of door een waarnemer geholpen?

- eigen verloskundige uit solopraktijk
- een van de verloskundigen uit groepspraktijk
- een waarnemer

Hoe vaak heeft u de verloskundige, die bij de bevalling betrokken is, tijdens de zwangerschap gezien?

- 2 keer of minder
  - 3 - 5 keer
  - 6 - 9 keer
  - 10 keer of meer
- 

2. Wat vond u van de duur van de **ontsluitingsperiode** (vanaf het begin van regelmatige weeën totdat u mocht meepersen)?

heel kort				heel lang
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

3. Hoe heeft u de **ontsluitingsperiode** ervaren?

het viel erg tegen				het viel erg mee
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

4. Wat vond u van de duur van de **uitdrijving** vanaf het moment dat u mocht meepersen?

heel kort				heel lang
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

5. Hoe heeft u de uitdrijving (het persen) ervaren?

het veel				het veel
erg tegen				erg mee
0	0	0	0	0

---

6. Werd u na de bevalling gehecht als gevolg van inscheuren of inknippen?

nee  
 ja

---

7. In hoeverre is de gang van zaken tijdens de bevalling overeenkomstig uw voorstelling geweest?

heel veel				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

8. Was het beter of slechter dan wat u ervan verwachtte?

veel beter				veel slechter
0	0	0	0	0

---

9. In hoeverre vond u de plaats van de bevalling, achteraf gezien, geschikt?

heel geschikt				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

10. Waar zou u bij een eventuele volgende zwangerschap willen bevallen?

thuis  
 poliklinisch  
 in het ziekenhuis (onder leiding van een gynaecoloog)  
 anders, nl.: .....

---

11. Kunt u ook zeggen in hoeverre u bij een eventuele volgende zwangerschap weer op dezelfde plaats (thuis of poliklinisch) uw kind zou willen baren?

heel zeker				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

12. Door welke hulpverlener wilt u dan het liefst worden geholpen?

huisarts  
 verloskundige  
 gynaecoloog

---

13. Zou u bij een eventuele volgende bevalling door dezelfde hulpverlener geholpen willen worden?

heel zeker				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

14. Wilt u aangeven hoe u de begeleiding van de verloskundige tijdens de bevalling gevonden heeft met behulp van de onderstaande kenmerken? (Gaarne bij ieder kenmerk één rondje aankruisen)

heel prettig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel ondersteunend	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel bazig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel vertrouwd	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel kundig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel persoonlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel autoritair	0	0	0	0	0	helemaal niet

15. Kunt u met behulp van onderstaande kenmerken aangeven in hoeverre ze van toepassing zijn voor uw bevalling? (Gaarne één rondje op iedere regel aankruisen)

zeer zware bevalling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer chaotische bevalling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer vlotte bevalling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer positieve bevalling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer prettige herinnering	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer volgens het boekje	0	0	0	0	0	helemaal niet

De volgende groep vragen is alleen bestemd voor vrouwen die naar de **gynaecoloog** zijn verwezen → indien niet van toepassing, door naar vraag 17.

16. Wanneer werd u door uw verloskundige naar de gynaecoloog verwezen?

- 0 ..... we(e)k(en) voor de bevalling
- 0 ..... dag(en) voor de bevalling
- 0 vlak voor of tijdens de bevalling

Wat was (waren) de reden (redenen) van de verwijzing?

- 0 niet voldoende ontsluiting
- 0 niet vorderende uitdrijving
- 0 te zwakke weëen/geen weëenactiviteit
- 0 het kind kreeg het benauwd/ontlasting in het vruchtwater
- 0 bloedverlies
- 0 anders, nl.: .....

Hoe vond u het besluit van de verloskundige om u te verwijzen?

zeer terecht					zeer onterecht
0	0	0	0	0	0

Kunt u zeggen in hoeverre u het met het besluit eens was?

helemaal mee eens					helemaal mee oneens
0	0	0	0	0	0

In hoeverre vond u het besluit om u te verwijzen op tijd genomen?

zeer op tijd					zeer te laat
0	0	0	0	0	0

Is er een kunstverlossing gedaan en zo ja, met de tang, vacuüm-extractie of keizersnede?

0 nee  
0 ja, nl.: .....

Hoe heeft u het bij de bevalling ervaren dat u een kunstverlossing kreeg?

heel akelig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel pijnlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel grote opluchting	0	0	0	0	0	helemaal niet

In welk ziekenhuis bent u bevallen?

ziekenhuis: .....

---

---

**DEEL II: GENEESMIDDELEN**

---

17. Wilt u aankruisen welke van de onderstaande geneesmiddelen u tijdens de zwangerschap heeft gebruikt? Indien u niet weet waarvoor u ze gebruikt heeft, kunt u de naam van de gebruikte geneesmiddelen onderaan de lijst schrijven.

- slaaptabletten
  - maag darm kanaal:
    - tegen zuurbranden
    - tegen misselijkheid/braken
    - tegen harde stoelgang
    - tegen diarree
    - bij aambeien
    - bij andere klachten maag-darm kanaal
  - staaltabletten
  - plastabletten
  - vitamine tabletten
  - kalk tabletten
  - fluor tabletten
  - pijnstillers en middelen tegen koorts:
    - bij griep en/of verkoudheid
    - bij hoofdpijn, kiespijn, buikpijn
    - bij rugpijn, spierpijn, gewrichtspijn
    - bij andere pijn
  - antibiotica
    - bij verkoudheid, bronchitis, griep, longontsteking en dergelijke
    - bij blaasontsteking, nierbekkenontsteking
    - bij andere ontstekingen
  - middelen tegen hoesten
    - hoestdranken
    - tabletten tegen hoesten (bijvoorbeeld codeïne tabletten)
  - bij allergieën, bijvoorbeeld hooikoorts
  - lokale middelen:
    - neusdruppels, oordruppels
    - op recept verkregen crèmes, zalven, lotions en dergelijke
    - vaginale middelen bij schimmelinfecties
  - vaccinaties:
    - griepinjectie
    - vaccinatie voor de tropen
    - andere vaccinaties
  - homeopathische middelen
  - overige geneesmiddelen
  - naam van geneesmiddel(en): .....
-

18. Heeft u kalmerende middelen gekregen vóór en/of na de geboorte van uw kind, zo ja wat heeft u precies gekregen en voor hoe lang?

vóór de geboorte

hoe lang?

- nee
- ja, (bijv. tablet, spuitje)

- eenmalig
- meerdere malen per dag
- ... dagen

na de geboorte

hoe lang?

- nee
- ja, (bijv. tablet, spuitje)

- eenmalig
  - meerdere malen per dag
  - ... dagen
  - ... weken
- 

19. Heeft u een pijnstillend middel gekregen vóór en/of na de geboorte van uw kind?

vóór de geboorte

hoe lang?

- nee
- ja, (bijv. ruggeprik) .....

- eenmalig
- meerdere malen per dag
- ... dagen

na de geboorte

hoe lang?

- nee
- ja, nl.....

- eenmalig
  - meerdere malen per dag
  - ... dagen
  - ... weken
-





Zou u dezelfde kraamverzorgende willen aanbevelen aan anderen?

heel zeker				helemaal niet
0	0	0	0	0

Zou u op dezelfde wijze de kraamzorg (wijkkraamzorg or interne kraamzorg) willen afspreken bij een eventuele volgende bevalling?

heel zeker				helemaal niet
0	0	0	0	0

25. Kunt u aangeven hoe u het verloop van het kraambed (eerste 10 dagen na de bevalling) met behulp van onderstaande kenmerken gevonden heeft?

heel positief	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel pijnlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel vermoeiend	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel meevallend	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel deprimerend	0	0	0	0	0	helemaal niet

26. Wilt u aankruisen of u regelmatig last heeft gehad van onderstaande klachten sinds de bevalling?

	nee	een beetje	veel
duizeligheid	0	0	0
hoofdpijn	0	0	0
koorts	0	0	0
moeheid	0	0	0
nervositeit	0	0	0
slapeloosheid	0	0	0
lusteloosheid	0	0	0
agressief gevoel	0	0	0
snel opgewonden gevoel	0	0	0
overmatig transpireren	0	0	0
keelpijn	0	0	0
oorpijn	0	0	0
oorsuizen	0	0	0
slecht horen/verstopte oren	0	0	0
verstopte neus	0	0	0
neusbloeding	0	0	0
hoesten	0	0	0
benaauwdheid/ademhalingsproblemen	0	0	0
hartkloppingen	0	0	0
dikke enkels	0	0	0
misselijkheid	0	0	0
spataderen	0	0	0
huidklachten	0	0	0
jeuk	0	0	0
eczeem	0	0	0
pijn op de borst/beklemd gevoel op de borst	0	0	0
braken	0	0	0
diarree	0	0	0
maagzuur	0	0	0
maagpijn	0	0	0
buikkrampen	0	0	0
klachten over de stoelgang	0	0	0
gewichtstoename	0	0	0
eetstoornissen	0	0	0
tandpijn	0	0	0
branderig gevoel bij het plassen	0	0	0
geen controle over de blaas	0	0	0
nek-/schouderklachten	0	0	0
heupklachten	0	0	0
rugklachten	0	0	0
klachten aan arm/hand/vingers/elleboog	0	0	0
klachten aan been/knie/voet/tenen	0	0	0
gezinsproblemen	0	0	0

27.

Iedereen is het erover eens dat de geboorte van het kind een blijde en vrolijke gebeurtenis is. Maar deze gebeurtenis heeft ook zijn schaduwkanten omdat een fysieke en geestelijke inspanning van de kraamvrouw (en haar partner) vereist wordt. De schaduwkanten van deze blijde gebeurtenis krijgen tot nu toe te weinig aandacht. Daarom leggen we u de onderstaande uitspraken voor. Wilt u aangeven of u het met die uitspraken eens bent of niet. (Graag bij iedere uitspraak één rondje aankruisen)

	helemaal mee eens		helemaal mee oneens	
Iedereen gaat ervan uit dat je je gelukkig voelt als je moeder bent geworden, de werkelijkheid is toch anders	0	0	0	0
Het idee dat je dag en nacht beschikbaar moet zijn voor het kind maakt me zeer onrustig	0	0	0	0
Fysiek ben ik geheel hersteld van de bevalling maar ik voel me toch niet helemaal lekker	0	0	0	0
Eigenlijk mankeert mij op het moment niets (meer) maar lekker voel ik me beslist niet	0	0	0	0
Ik word zeer nerveus als het kind huilt	0	0	0	0
Het is eigenlijk te veel om geheel alleen voor je kind te zorgen na de kraambedperiode	0	0	0	0
Ik voel me op het moment opgezadeld met een zware verantwoordelijkheid	0	0	0	0
Lichamelijk gaat het steeds beter met mij maar psychisch (geestelijk) steeds slechter	0	0	0	0
Soms het ik het gevoel dat ik het als moeder niet goed doe	0	0	0	0
De ervaringen rond de bevalling blijven me gewoon achtervolgen	0	0	0	0
Zelfs mijn echtgenoot (partner) kan zich niet inleven in hoe ik me nu van binnen voel	0	0	0	0
Het is vervelend dat mensen vooral belangstelling hebben voor het kind en niet voor de moeder	0	0	0	0
De bevalling heb je al gehad, maar wat daarna komt is eigenlijk net zo erg of zelfs erger	0	0	0	0
Soms voel ik dat je helemaal alleen staat voor het verzorgen van het kind	0	0	0	0
Het lijkt erop dat je steeds depressiever wordt na de bevalling	0	0	0	0

	helemaal mee eens				helemaal mee oneens
Het is moeilijk uit te leggen dat je vaak opeens geïrriteerd raakt over van alles en nog wat	0	0	0	0	0
Als ik zeg dat ik me depressief voel dan denken ze dat ik me aanstel	0	0	0	0	0
Het is heel moeilijk toe te geven dat je het niet aan kan	0	0	0	0	0
Ik heb alle tijd maar ik voel me steeds opgejaagd	0	0	0	0	0
Ik voel me zeer gespannen	0	0	0	0	0

---

**Wij danken u voor uw medewerking.**

Heeft u nog op- of aanmerkingen betreffende de vragenlijst of heeft u nog aanvullende informatie, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken.

## BIJLAGE 6

### BEVALLEN ONDER LEIDING VAN EEN VERLOSKUNDIGE

### VRAGENLIJST VOOR PARTNERS

(vóór de bevalling)

Verloskundigenr.:

Praktijknr.:

Vadernr.:

### Toelichting over de vragenlijst

Allereerst vragen we u een aantal achtergrondgegevens. Daarna worden vragen gesteld die betrekking hebben op de zwangerschap van uw vrouw (partner). Tenslotte leggen we een aantal uitspraken voor om uw mening over de bevalling te peilen. Alle gegevens worden zodanig opgeslagen dat het niet meer af te leiden is om wie het gaat. Uw naam wordt dus niet in de computer ingevoerd.

De verwerking van de gegevens is anoniem en vindt plaats op het NIVEL. Behalve de onderzoekers krijgt niemand inzage in uw antwoorden, dus ook niet uw verloskundige. Ook de rapportage gebeurt volledig anoniem.

De vragenlijst lijkt nogal lang. Bij de meeste vragen kunt u volstaan met het aankruisen van het antwoord dat voor u het meest van toepassing is. In sommige gevallen kunt u echter vragen overslaan.

Ook stellen wij u een aantal vragen waarbij u een kruisje moet zetten in het rondje dat het meest met uw mening overeenkomt. Probeer waar mogelijk de middelste antwoordcategorie te vermijden.

We geven een voorbeeld:

Alle vrouwen dienen na de bevalling te stoppen met werken.

helemaal					helemaal
mee eens					mee oneens
0	0	0	X	0	0

Dit betekent dat u niet vindt dat alle vrouwen na de bevalling dienen te stoppen met werken.

Denkt u niet te lang na over een antwoord. In deze vragenlijst gaat het om uw eigen mening. 'Foute' antwoorden zijn dus niet mogelijk.

Het invullen van deze vragenlijst zal 20 à 25 minuten in beslag nemen.

Wij verzoeken u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoordenvolop aan ons terug te sturen. U hoeft geen postzegel te plakken.

Als u bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met mw. drs. J. Chatab (dinsdag, woensdag of donderdag) NIVEL, tel.: 030 - 31 99 46.

**Wij danken u voor uw medewerking**

---

DEEL 1: ALGEMEEN

---

1. Wanneer bent u geboren?

Waar bent u geboren?

- thuis o.l.v. de verloskundige of huisarts
- poliklinisch o.l.v. de verloskundige of huisarts
- klinisch o.l.v. de gynaecoloog
- onbekend

Kunt u aangeven hoe de bevalling van uw moeder, bij uw geboorte, was verlopen?

- normaal zonder ingrepen
- met ingrepen nl. (bijv. tang, vacuüm-extractie, keizersnede)
- onbekend
- anders .....

2. Wat is uw hoogst genoten opleiding en heeft u die opleiding afgerond?

.....

Diploma?

- nee
- ja

3. Heeft u momenteel een betaalde baan?

- nee → naar vraag 4
- ja, ..... uren per week

Beroep: .....  
Functie: .....

Bent u in loondienst of zelfstandig werkzaam?

- loondienst
- zelfstandig

Geeft u direct of indirect leiding aan een aantal personen?

- nee
- ja, aan 1-10 personen
- ja, aan meer dan 10 personen

4. Bent u tijdens de huidige zwangerschap van uw vrouw wel eens naar een voorlichtingsavond van de kruisvereniging geweest?

- nee
  - ja, in verband met oudercursussen
  - ja, op algemene voorlichtingsavond
  - ja, anders, nl.: .....
-

5. Welke nationaliteit heeft u?

- Nederlandse
  - zowel Nederlandse als een andere nationaliteit, nl.: .....
  - alleen een andere, nl.: .....
- 

6. Bent u in Nederland geboren?

- ja
- nee, in:.....

Indien u niet van origine (oorsprong) Nederlander bent, wat is dan uw land van herkomst?

.....

---

7. Wat is uw woonplaats en hoe lang woont u hier?

woonplaats: .....  
aantal jaren woonachtig: .....

---

8. Hoeveel minuten schat u de afstand van uw huidige adres tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis met de auto?

..... minuten

---

9. Hoe vindt u deze afstand tot het ziekenhuis met het oog op de bevalling?

heel ver					heel dichtbij
0	0	0	0	0	0

---

10. In hoeverre vindt u uw huis geschikt om thuis te bevallen?

heel geschikt					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

Indien u vindt dat uw huis niet geschikt is om thuis te bevallen, kunt u aangeven waarom?

- te kleine slaapkamer
  - veel trappen
  - geen stromend/warm water
  - andere, namelijk: .....
- 

11. Bent u ooit opgenomen in een ziekenhuis?

- nee → naar vraag 12
- ja, in verband met: .....

Wanneer werd u het laatst opgenomen in het ziekenhuis?

In 19.....

Hoe was uw ervaring in het ziekenhuis?

heel prettig					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

---



12. Bent u ooit direct of indirect in aanraking gekomen met een ziekenhuis?

0 nee → naar vraag 13

0 ja, via (bijvoorbeeld familie/vrienden): .....

Zo ja, naar aanleiding waarvan?

.....

Hoe was uw ervaring in het ziekenhuis?

heel prettig				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

13. Bent u op de hoogte over de gang van zaken op de verloskundige afdeling in het dichtsbijzijnde ziekenhuis?

0 nee → naar vraag 14

0 ja, in verband met .....

Hoe vindt u de gang van zaken in dat ziekenhuis?

heel goed				heel slecht
0	0	0	0	0

---

---

**DEEL II: ZWANGERSCHAP**

---

14. In hoeverre was de zwangerschap van uw vrouw een verrassing?

heel verrassend				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

15. Doet uw vrouw aan zwangerschapsgymnastiek?

0 nee → naar vraag 16

0 ja

Bent u wel eens mee geweest naar de zwangerschapsgymnastiek?

0 nee

0 ja, aantal keren: .....

---

16. Hoe vond/vindt u de gezondheidstoestand van uw vrouw vóór en tijdens de huidige zwangerschap?

	heel goed				helemaal niet
vóór de zwangerschap	0	0	0	0	0
tijdens de zwangerschap	0	0	0	0	0

---

17. Hoe is de zwangerschap van uw vrouw tot nu toe verlopen?
- |                |   |   |                |
|----------------|---|---|----------------|
| veel problemen |   |   | geen problemen |
| 0              | 0 | 0 | 0              |
- 
18. Kunt u aangeven met behulp van onderstaande categorieën of uw vrouw last heeft van specifieke of minder specifieke klachten/problemen tijdens deze zwangerschap? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- algemene klachten, namelijk: .....
- concentratieproblemen, bij .....
- lichamelijke klachten, namelijk: .....
- klachten met betrekking tot de gemoedstoestand (psychische klachten) namelijk: .....
- klachten/problemen van het kind, namelijk: .....
- 
19. Rookt u zelf?
- nee
- ja, nl. (bijv. veel, matig, heel weinig) .....
- 
20. Gebruikt u alcohol?
- nee, helemaal niet
- ja, ..... glazen per week
- 
21. Gebruikt u soft drugs, hard drugs of methadon?
- nee, helemaal niet
- ja, soft drugs
- ja, hard drugs
- ja, methadon
- anders, nl. ....
- 
22. Hoe is uw vrouw in contact gekomen met de huidige verloskundige(n)? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- via de huisarts
- via vrienden/kennissen
- via familieleden
- via kraamcentrum
- anders, via: .....
- 
23. Bent u wel eens op het spreekuur van de verloskundige(n) geweest tijdens de zwangerschap van uw vrouw (partner)?
- nee → naar vraag 24
- ja, aantal keren: .....
- Heeft u één of meer verloskundigen ontmoet?
- 1 verloskundige
- ..... verloskundigen
-

24. Kunt u een oordeel geven over de zwangerschapsbegeleiding van de verloskundige tot nu toe met behulp van onderstaande kenmerken? (Gaarne bij ieder kenmerk één rondje aankruisen. Bij meer dan één verloskundige gaat u uit van uw algemene indruk, alleen indien dit echt niet mogelijk is, slaat u het betreffende item over)

heel prettig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel ondersteunend	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel vertrouwd	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel bezig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel kundig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel persoonlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel autoritair	0	0	0	0	0	helemaal niet

25. Waar gaat uw vrouw nu bevallen?

- thuis
- poliklinisch
- weet ik niet

26. Hoe is uw vrouw aan deze keuze (thuis of poliklinisch bevallen) gekomen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- vanzelfsprekend
- aangeraden door de verloskundige
- op mijn advies
- na lang peinzen/rustig nadenken
- dat lag min of meer vast
- anders, nl. ....

27. Wat is uw voorkeur t.a.v. de plaats van de bevalling van uw vrouw?

- thuis
- poliklinisch (onder leiding van de verloskundige)
- klinisch (onder leiding van de gynaecoloog)

28. Is de gemaakte keuze van de plaats van de bevalling van het begin af aan dezelfde gebleven?

- nee, eerst thuis later poliklinisch
- nee, eerst poliklinisch later thuis
- ja, dezelfde gebleven

29. In hoeverre heeft u de gegeven adviezen (meningen) van onderstaande personen betrokken bij het maken van de keuze van de plaats van de bevalling? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	heel sterk		niet		helemaal
niet					
mijzelf	0	0	0	0	0
verloskundige	0	0	0	0	0
ouders	0	0	0	0	0
andere familieleden van mij	0	0	0	0	0
schoonouders	0	0	0	0	0
andere schoonfamilie	0	0	0	0	0
haar vrienden/kennissen	0	0	0	0	0
haar collega's	0	0	0	0	0
buren	0	0	0	0	0

30. Kunt u aangeven waar onderstaande personen - voor zover van toepassing - hun kind(eren) ter wereld hebben gebracht? (Gaarne per item één rondje aankruisen, indien van toepassing)

	thuis	poliklinisch	klinisch	thuis + poliklinisch	andere combinaties
mijn moeder	0	0	0	0	0
de meeste familie van mij	0	0	0	0	0
mijn schoonmoeder	0	0	0	0	0
de meeste schoonfamilie	0	0	0	0	0
de meeste vriendinnen/kennissen	0	0	0	0	0
de meeste collega's	0	0	0	0	0
buren	0	0	0	0	0

31. Hoe hebben onderstaande personen hun bevallingen ervaren? Gaarne één rondje per item aankruisen, indien van toepassing)

	heel positief		heel negatief	
mijn moeder	0	0	0	0
de meeste familie van mij	0	0	0	0
mijn schoonmoeder	0	0	0	0
de meeste schoonfamilie	0	0	0	0
de meeste vrienden/kennissen	0	0	0	0
de meeste collega's	0	0	0	0
buren	0	0	0	0

32. Sommige mensen hebben, om welke reden dan ook, meer vertrouwen in een klinische of poliklinische bevalling, anderen in een thuisbevalling. Kunt u zeggen waar u en onderstaande personen, volgens u, meer vertrouwen in hebben? (Probeer zo mogelijk geen regel over te slaan)

	thuis	poliklinisch	klinisch
mijzelf	0	0	0 (met gynaecoloog)
mijn echtgenoot (partner)	0	0	0
mijn ouders	0	0	0
andere familieleden	0	0	0
mijn schoonouders	0	0	0
andere schoonfamilie	0	0	0
kennissen/vrienden	0	0	0
collega's	0	0	0
buren	0	0	0

33. Is uw voorkeur voor thuis of poliklinisch bevallen gelijk aan die van de onderstaande personen?  
(Gaarne één rondje per item aankruisen)

	ja	nee
mijn vrouw	0	0
verloskundige	0	0
ouders	0	0
de meeste familieleden van mij	0	0
schoonouders	0	0
de meeste leden van de schoonfamilie	0	0
vrienden/kennissen	0	0
collega's	0	0
buren	0	0

34. Kunt u aangeven welke **overwegingen** uiteindelijk doorslaggevend waren bij het maken van de keuze over thuis of poliklinisch te bevallen? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- natuurlijke (eigen) omgeving
- normale zwangerschappen (geen medische indicatie)
- financiële overwegingen, namelijk: .....
- gerust gevoel/op je gemak voelen, omdat .....
- eigen ervaringen met betrekking tot .....
- bevallingservaringen van anderen, namelijk: .....
- huiselijke belemmeringen, namelijk: .....
- veiligheidsoverwegingen voor de moeder ten aanzien van .....
- veiligheidsoverwegingen voor het kind ten aanzien van .....
- anders, namelijk: .....

35. Zijn er voor u financiële voordelen verbonden aan thuis of poliklinisch bevallen?

- ja, poliklinisch is voordeliger
- ja, thuisbevalling is voordeliger
- nee, het maakt niets uit

---

**DEEL III: BEVALLING**

---

36. Bent u van plan aanwezig te zijn tijdens de bevalling?

nee

ja

---

37. Hoe is volgens u bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis de aanwezigheid van specialisten geregeld? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	aanwezig	niet aanwezig	afwezig wel oproepbaar	onbekend (weet niet)
Gynaecoloog overdag	0	0	0	0
" 's avonds	0	0	0	0
" 's nachts	0	0	0	0
" in weekend	0	0	0	0
Kinderarts overdag	0	0	0	0
" 's avonds	0	0	0	0
" 's nachts	0	0	0	0
" in weekend	0	0	0	0
Anaesthesist overdag	0	0	0	0
" 's avonds	0	0	0	0
" 's nachts	0	0	0	0
" in weekend	0	0	0	0

---

38. Hoe is volgens u de gang van zaken bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis geregeld? (Gaarne één rondje per item aankruisen)

	mogelijk	niet mogelijk	onbekend (weet niet)
- echtgenoot (partner) aanwezig tijdens de bevalling	0	0	0
- de baby verblijft in dezelfde ruimte als de moeder	0	0	0
- langdurig en frequent borstvoeding	0	0	0
- poliklinische bevalling onder leiding van eigen verloskundige	0	0	0
- de vrouw niet geschoren vóór de bevalling	0	0	0
- aangesloten op apparatuur waarmee de hartslag van het kind wordt gecontroleerd	0	0	0

---

Hieronder staan uitspraken over gevoelens omtrent de bevalling. Wilt u aangeven of u het met die uitspraken eens bent of niet. Denkt u niet te lang na bij deze uitspraken. Het gaat tenslotte om uw eigen mening, 'foute' antwoorden zijn dus niet mogelijk. (Graag bij iedere uitspraak één rondje aankruisen, probeert u waar mogelijk de middelste antwoordcategorie te vermijden)

	helemaal mee eens			helemaal mee oneens	
Tijdens de bevalling moet de pijn van mijn vrouw worden voorkomen	0	0	0	0	0
Naarmate de zwangerschap vordert, wordt mijn vrouw (partner) onrustiger	0	0	0	0	0
Het luisteren naar de bevallingservaringen van anderen vermindert je angst voor de komende bevalling	0	0	0	0	0
De hulpverlener dient alles te doen om de pijn tijdens de bevalling op te heffen	0	0	0	0	0
Ondanks de ontwikkelingen in de medische wetenschap blijft de bevalling toch nog een enge zaak	0	0	0	0	0
Mijn vrouw (partner) krijgt de zenuwen van de naderende bevalling	0	0	0	0	0
Het is vervelend dat de afloop van de bevalling niet van te voren in te schatten is	0	0	0	0	0
De bevalling is een gebeurtenis waarvan je nooit van te voren kunt inschatten hoe het zal aflopen	0	0	0	0	0
Als je goed geïnformeerd wordt over de zwangerschap en de bevalling hoef je nergens bang voor te zijn	0	0	0	0	0
Het slagen van een normale bevalling hangt vaak af van de medewerking van de zwangere zelf	0	0	0	0	0
Als de vrouw zich gezond gedraagt tijdens de zwangerschap zal haar bevalling ook meevallen	0	0	0	0	0
De hele bevalling kan best meevallen als je een goede verloskundige treft	0	0	0	0	0
Hoe de bevalling zal verlopen hangt voornamelijk af van de capaciteiten van de verloskundige	0	0	0	0	0
De verloskundige dient begrip te hebben voor de specifieke problemen van de zwangeren	0	0	0	0	0
Ik hoop dat de verloskundige niet ongeduldig wordt als mijn vrouw (partner) in paniek raakt tijdens de bevalling	0	0	0	0	0
Van de naderende bevalling kun je nachtmerries krijgen	0	0	0	0	0

	helemaal mee eens				helemaal mee oneens
Als de verloskundige het vertrouwen heeft van de zwangere, kan de bevalling meevallen	0	0	0	0	0
Zoals de zwangerschapsbegeleiding tot nu toe verloopt heb ik het volle vertrouwen in de verloskundige	0	0	0	0	0
Het zijn vooral de eventuele complicaties tijdens de be- valling waar ik me zorgen om maak	0	0	0	0	0
Ik ben bang dat het kind iets mankeert	0	0	0	0	0
Het is nog de vraag of de verloskundige ook tijdens de bevalling aardig zal zijn	0	0	0	0	0
Ik weet niet in hoeverre ik het lijden van mijn vrouw (partner) tijdens de bevalling kan aanzien	0	0	0	0	0

---



0. Hieronder staan uitspraken over verwachtingen omtrent de plaats van de bevalling. Wilt u aangeven of u het met die uitspraken eens bent of niet, ongeacht waar uw vrouw (partner) van plan is te bevallen. (Graag bij iedere uitspraak één rondje aankruisen)

	helemaal mee eens				helemaal mee oneens
Als je bang bent dat er zich complicaties bij de bevalling zullen voordoen dan kun je beter poliklinisch bevallen	0	0	0	0	0
Bij een poliklinische bevalling kan een kind in een slechte toestand eerder worden geholpen	0	0	0	0	0
In het ziekenhuis bevallen is hygiënischer dan thuis	0	0	0	0	0
Ik denk dat mijn vrouw zich in een vreemde omgeving minder goed kan ontspannen	0	0	0	0	0
Mijn vrouw wil niet in een vreemd bed bevallen	0	0	0	0	0
Mijn vrouw zou zich in een ziekenhuis eerder geremd voelen zich te laten gaan	0	0	0	0	0
Bij een poliklinische bevalling kan ik me meer om mijn vrouw bekommeren	0	0	0	0	0
Ik denk dat de verloskundige zich in het ziekenhuis minder op haar gemak voelt	0	0	0	0	0
Bij een poliklinische bevalling denk ik altijd aan die akelige ziekenhuissfeer	0	0	0	0	0
Bij bevalling in het ziekenhuis loop je, volgens mij, eerder infecties op	0	0	0	0	0
Volgens mij wordt je in het ziekenhuis veel eerder ingeknipt	0	0	0	0	0
Bij problemen tijdens de poliklinische bevalling kan de barende sneller worden geholpen met de benodigde apparatuur	0	0	0	0	0
Tijdens de bevalling in het ziekenhuis kan het kind met apparatuur beter in de gaten gehouden worden	0	0	0	0	0
In het ziekenhuis kan mijn vrouw als dat nodig mocht zijn een pijnloze bevalling, met ruggeprik, krijgen	0	0	0	0	0
Op een verlosbed in het ziekenhuis is de verzorging van de barende beter uit te voeren	0	0	0	0	0
Op een verloskamer in het ziekenhuis kan beter gehecht worden	0	0	0	0	0

	helemaal mee eens			helemaal mee oneens	
Bij een poliklinische bevalling is een kinderarts altijd aanwezig om de baby te onderzoeken	0	0	0	0	0
Ik heb zo mijn eigen ideeën over de bevalling en die kunnen we in het ziekenhuis moeilijk realiseren	0	0	0	0	0
Mijn vrouw kan tijdens de ontsluitingsweeën in het ziekenhuis niet doen wat zij wil	0	0	0	0	0
Als je weinig vertrouwen hebt in je verloskundige kun je beter poliklinisch bevallen	0	0	0	0	0
Het lijkt me vreselijk voor mijn vrouw om te bevallen waar zoveel onbekenden de verloskamer binnenlopen	0	0	0	0	0
Het is vervelend dat je in het ziekenhuis niet mag doen wat je zelf wilt	0	0	0	0	0
In het ziekenhuis blijft de baby na de geboorte veel te kort bij de moeder	0	0	0	0	0
Het is prettig om na de bevalling in het ziekenhuis naar de ervaringen van andere vrouwen op de zaal te luisteren	0	0	0	0	0
Het ziekenhuis heeft extra veiligheid te bieden wat je niet bij de thuisbevalling hebt	0	0	0	0	0
Ik vind het vreselijk om na de bevalling in het ziekenhuis alleen naar huis te gaan	0	0	0	0	0
Poliklinische bevalling geeft een hoop gemak voor het gezin en de familie	0	0	0	0	0

Heeft u nog op- of aanmerkingen betreffende de vragenlijst of heeft u nog aanvullende informatie, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken.

## BIJLAGE 7

BEVALLEN ONDER LEIDING VAN DE VERLOSKUNDIGE

VRAGENLIJST VOOR PARTNERS

(na de bevalling)

Verloskundige nr.:

Praktijknr.:

Partnerrn.:

---

**DEEL 1: BEVALLING**

---

1. Was u bij de bevalling aanwezig?

- nee → naar vraag 6  
 ja

Heeft u de hele periode van de bevalling (vanaf het begin van de ontsluiting tot aan de geboorte van uw kind meegemaakt)?

- ja, helemaal  
 nee, alleen (vlak) bij de bevalling → naar vraag 5

Wat is uw rol geweest tijdens de bevalling?

- toeschouwer  
 'assistent' van de verloskundige  
 anders nl. ....
- 

2. Wat vond u van de duur van de **ontsluitingsperiode** (vanaf het begin van regelmatige weeën totdat uw vrouw mocht meepersen)?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| heel kort             |                       |                       |                       | heel lang             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

3. Hoe heeft u de **ontsluitingsperiode** van uw vrouw beleefd?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| het viel<br>erg tegen |                       |                       |                       | het viel<br>erg mee   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

4. Wat vond u van de duur van de **uitdrijving** vanaf het moment dat uw vrouw mocht meepersen?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| heel kort             |                       |                       |                       | heel lang             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

5. Hoe heeft u de **uitdrijving** (het persen) van uw vrouw beleefd?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| het viel<br>erg tegen |                       |                       |                       | het viel<br>erg mee   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

6. In hoeverre vond u de plaats van de bevalling, achteraf gezien, geschikt?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| heel geschikt         |                       |                       |                       | helemaal niet         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

7. In hoeverre is de gang van zaken tijdens de bevalling overeenkomstig uw voorstelling geweest?

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| heel veel             |                       |                       |                       | helemaal niet         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
-

8. Was het beter of slechter dan wat u ervan verwachtte?

veel beter					veel slechter
0	0	0	0	0	0

---

9. Waar wilt u dat uw vrouw zal bevallen bij een eventuele volgende zwangerschap?

thuis  
 poliklinisch  
 in het ziekenhuis (onder leiding van de gynaecoloog)  
 anders:

---

10. In hoeverre zou u uw vrouw bij een eventuele volgende bevalling dezelfde hulpverlener aanraden?

heel zeker					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

---

11. Door welke hulpverlener wilt u dat uw vrouw dan het liefst wordt geholpen?

huisarts  
 verloskundige  
 gynaecoloog

---

12. In hoeverre zou u uw vrouw bij een eventuele volgende zwangerschap dezelfde plaats van bevalling willen aanraden?

heel zeker					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

---

13. Wilt u aangeven hoe u de begeleiding van de verloskundige tijdens de bevalling gevonden heeft met behulp van de onderstaande kenmerken? (Gaarne bij ieder kenmerk één rondje aankruisen)

heel prettig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel ondersteunend	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel bezig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel vertrouwd	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel kundig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel persoonlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel autoritair	0	0	0	0	0	helemaal niet

---

14. Kunt u met behulp van onderstaande kenmerken aangeven in hoeverre ze van toepassing zijn voor de bevalling van uw vrouw? (Gaarne één rondje op iedere regel aankruisen)

zeer zware bevalling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer chaotische be- valling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer vlotte bevalling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer positieve beval- ling	0	0	0	0	0	helemaal niet
zeer prettige herin- nering	0	0	0	0	0	helemaal niet
geheel volgens het boekje	0	0	0	0	0	helemaal niet

De volgende groep vragen is alleen bestemd voor de partners van vrouwen die tijdens of vlak na de bevalling naar de gynaecoloog zijn verwezen → indien niet van toepassing, kunt u door naar vraag 16.

15. Wat was (waren) de reden (redenen) van de verwijzing?

- niet voldoende ontsluiting
- niet vorderende uitdrijving
- te zwakke weëen/geen weëenactiviteit
- het kind kreeg het benauwd/ontlasting in het vruchtwater
- bloedverlies
- anders, nl.: .....

Hoe vond u het besluit van de verloskundige om uw vrouw te verwijzen?

zeer terecht					zeer onterecht
0	0	0	0	0	0

Kunt u zeggen in hoeverre u het met het besluit eens was?

helemaal mee eens					helemaal mee oneens
0	0	0	0	0	0

In hoeverre vond u het besluit om te verwijzen op tijd genomen?

zeer op tijd					zeer te laat
0	0	0	0	0	0

Is er een kunstverlossing bij de bevalling gedaan en zo ja, met de tang, vacuüm-extractie of keizersnede?

nee

ja, nl.: .....

Hoe heeft u het beleefd dat uw vrouw een kunstverlossing kreeg tijdens de bevalling?

heel akelig	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel pijnlijk	0	0	0	0	0	helemaal niet
heel grote opluchting	0	0	0	0	0	helemaal niet

---

---

**DEEL II: KIND EN KRAAMBED**

---

16. Waar is uw kind geboren?

thuis

poliklinisch onder leiding van een verloskundige

in het ziekenhuis onder leiding van een gynaecoloog → naar vraag 17

Heeft u de verloskundige, die bij de bevalling betrokken is geweest, ooit gezien tijdens de zwangerschap, en zo ja hoe vaak?

nee, nooit

ja, ..... keer

---

17. Hoe vond u de algehele gezondheidstoestand van uw baby direct na de geboorte?

heel goed					heel slecht
0	0	0	0	0	0

Indien u vindt dat de toestand van het kind na de geboorte niet (helemaal) goed was, in hoeverre vond u dit te voorkomen?

heel zeker				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

18. Werd uw kind direct of in de eerste week na de geboorte nagekeken door een kinderarts?

nee

ja, vanwege .....

---

19. Heeft uw vrouw borstvoeding gegeven?

- nee → naar vraag 20
- ja, in het begin wel, nu niet meer
- ja, van het begin af aan

Indien uw vrouw wel borstvoeding geprobeerd heeft, maar het is mislukt of dreigt te mislukken, waar ligt dat volgens u aan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- kind had weinig kracht
- te weinig borstvoeding
- verkeerd of te laat aanleggen
- slechte begeleiding kraamverzorgende
- kind heeft bijvoeding gehad
- tepelkloven/borst te gespannen
- anders, nl.: .....

---

20. Heeft uw vrouw een kraamverzorgende gehad?

- nee → naar vraag 21
- ja, wijkkraamzorg
- ja, interne kraamzorg

Zou u deze kraamverzorgende willen aanbevelen aan anderen?

heel zeker				helemaal niet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zou u (dan) weer op dezelfde wijze de kraamzorg (wijkkraamzorg of interne kraamzorg) willen afspreeken bij een eventuele volgende bevalling van uw vrouw?

heel zeker				helemaal niet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U kunt doorgaan naar vraag 22

---

21. Indien u geen kraamverzorgende heeft gehad, hoe heeft u het kraambed van uw vrouw geregeld?

- mijn schoonmoeder komt kramen
- mijn moeder komt kramen
- een goede kennis komt kramen
- anders nl.....

Kunt u aangeven waarom u geen kraamverzorgende heeft gehad?

- te duur (eigen bijdrage te hoog)
- geen kraamverzorgende beschikbaar
- slechte ervaring bij eerder kind
- anders .....



22. Heeft u vakantie opgenomen in verband met de geboorte van uw kind en zo ja hoe lang?

nee → naar vraag 23

ja, aantal dagen: .....

Vanaf wanneer heeft u vakantie opgenomen?

vanaf de dag van de bevalling

vanaf de ..... dag na de bevalling

vanaf de ..... week na de bevalling

23. Kunt u aangeven hoe u het verloop van het kraambed (eerste 10 dagen na de bevalling) met behulp van onderstaande kenmerken beleefd heeft?

heel positief                                                            helemaal niet

heel vermoeiend                                                        helemaal niet

heel meevallend                                                        helemaal niet

heel teleurstellend                                                    helemaal niet

heel deprimerend                                                       helemaal niet

24. Kunt u aangeven met behulp van onderstaande categorieën of uw vrouw last heeft van specifieke of minder specifieke klachten/problemen sinds de geboorte van uw jongste kind? (Meerdere antwoorden mogelijk)

algemene klachten nl.....

concentratieproblemen bij.....

lichamelijke klachten nl.....

klachten m.b.t. gemoedstoestand (psychische klachten) nl.....

klachten/problemen van het kind, nl.....

**Wij danken u voor uw medewerking.**

Heeft u nog op- of aanmerkingen betreffende de vragenlijst of heeft u nog aanvullende informatie, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken



## BIJLAGE 8

BEVALLEN ONDER LEIDING VAN DE VERLOSKUNDIGE

CASUSGEBONDEN VRAGENLIJST VOOR DE VERLOSKUNDIGE

(vóór de bevalling)

Casusnr.:

Verloskundigenr.:

Praktijknr.:

#### TOELICHTING BIJ DE VRAGENLIJST

Deze vragenlijst is casusgebonden, dat wil zeggen heeft betrekking op één bepaalde zwangere die bij u onder controle is.

De naam van de zwangere staat vermeld op het gele zelfklevende papiertje op de voorkant van deze vragenlijst. Na het invullen van deze vragenlijst verzoeken wij u dit gele papiertje te verwijderen ter bewaking van de privacy van de zwangere.

Verloskundigen die werkzaam zijn in een duo- of groepspraktijk kunnen zelf bepalen wie de lijst invult. Wilt U dan wel zelf uw eigen nummer (zie het gele papiertje) op de voorkant van deze vragenlijst invullen?

De vragen gaan over de keuze waar te zullen bevallen en over het beeld wat u van deze zwangere heeft. Ook hierbij vragen we u niet te lang na te denken over een antwoord. Het gaat tenslotte om uw eigen mening. 'Foute' antwoorden zijn dus niet mogelijk.

De verwerking van uw antwoorden gebeurt anoniem, behalve de onderzoekers zelf krijgt niemand inzage in uw antwoorden, dus ook niet uw patiënten.

Bij de vragen kunt u naar keuze een rondje aankruisen bij de door ons geformuleerde antwoordmogelijkheden. Soms kunt u zelf uw antwoorden formuleren.

Het invullen van deze vragenlijst kost 2 à 3 minuten.

Wij verzoeken u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoordenvolpoe aan ons terug te zenden.

Als u bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met mw. drs. J. Chatab (dinsdag, woensdag, donderdag) NIVEL, tel.: 030 - 31 99 46.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

1. Wat is de geboortedatum van deze zwangere?

Geboortedatum:

2. Behoort deze zwangere, volgens de verloskundige indicatielijst tot de zogenaamde A-groep (eerste-lijns verloskundige zorg) of tot de B-groep (overlegisico)?

- A-groep
- B-groep

3. Waar is deze zwangere van plan te bevallen?

- thuis
- poliklinisch

4. Hoe vindt u de gekozen plaats voor de bevalling?

heel goed					heel slecht
0	0	0	0	0	0

5. In hoeverre bent u het eens met deze keuze?

helemaal mee eens					helemaal mee oneens
0	0	0	0	0	0

6. Heeft deze zwangere (en eventueel haar partner) advies gevraagd met betrekking tot de plaats van de bevalling?

- nee
- ja, de zwangere zelf
- ja, de partner van de zwanger
- ja, beide

Zo ja, in welk opzicht?

- afstand tot ziekenhuis verantwoord?
- complicaties bij het kind
- anders, nl.....

7. Heeft u deze zwangere (gevraagd of ongevraagd) advies gegeven met betrekking tot de keus van de plaats van de bevalling?

- nee
- ja, in verband met .....

8. In hoeverre vindt u dat de zwangere uw advies omtrent de plaats van de bevalling (gevraagd of ongevraagd gegeven) gevolgd heeft?

heel sterk					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

9. Heeft u wel eens de echtgenoot (partner) van de zwangere gezien?

- nee → naar vraag 10
- ja

Zo ja, waar heeft u hem ontmoet? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- op het spreekuur
- thuis bij de zwangere
- vorige partus
- anders, nl.:.....

---

10. In hoeverre denkt u dat de gekozen plaats voor de bevalling overeenkomt met de eerste voorkeur van de **echtgenoot** (partner) van de zwangere?

heel zeker					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

---

11. In hoeverre denkt u dat de gekozen plaats voor de bevalling overeenkomt met de voorkeur van de **zwangere zelf**?

heel sterk					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

---

12. Verwacht u bij deze zwangere om de één of andere reden problemen bij de bevalling?

heel veel					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

Indien u één of meer problemen verwacht, kunt u aangeven wat voor problemen?

- paniek
- stagnerende uitdrijving
- anders: .....

---

13. In welke mate is de zwangere, volgens u, angstig voor het verloop van de bevalling, de toestand van het kind bij de geboorte en de eventuele complicaties? (Gaarne één rondje aankruisen per regel)

	heel sterk				helemaal niet
bevalling	0	0	0	0	0
kind	0	0	0	0	0
complicatie	0	0	0	0	0

---

14. In hoeverre vindt u deze zwangere coöperatief, met zelfvertrouwen of sympathiek? (Gaarne één rondje aankruisen per regel)

	heel sterk				helemaal niet
coöperatief	0	0	0	0	0
met zelfvertrouwen	0	0	0	0	0
sympathiek	0	0	0	0	0

---

15. Kunt u - voor zover u een indruk heeft - aangeven in hoeverre u de partner van deze zwangere coöperatief, met zelfvertrouwen of sympathiek vindt? (Gaarne één rondje aankruisen per regel)

	heel sterk				helemaal niet
coöperatief	0	0	0	0	0
met zelfvertrouwen	0	0	0	0	0
sympathiek	0	0	0	0	0

---

16. Hoe veel minuten schat u de afstand van de woning van de zwangere tot het dichtsbijzinde ziekenhuis indien u tijdens de bevalling zou moeten verwijzen?

..... minuten per auto

---

Indien u nog aanvullende informatie over deze zwangere heeft, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken.





## BIJLAGE 9

BEVALLEN ONDER LEIDING VAN DE VERLOSKUNDIGE

CASUS-GEBONDEN VRAGENLIJST VOOR DE VERLOSKUNDIGE

(na de bevalling)

Casusnr.:

Verloskundigenr.:

Praktijknr.:

#### TOELICHTING BIJ DE VRAGENLIJST

Deze vragenlijst is casusgebonden, dat wil zeggen heeft betrekking op één bepaalde zwangere die onder uw hoede bevallen is en over wie u vóór de bevalling reeds een vragenlijst heeft ingevuld. De vragen vormen deels een aanvulling op de L.V.R.-gegevens en deels een evaluatie van uw ervaringen omtrent deze bevalling.

De naam van de zwangere staat vermeld op het gele zelfklevende papiertje op de voorkant van deze vragenlijst. Na het invullen van deze vragenlijst verzoeken wij u dit gele papiertje te verwijderen ter bewaking van de privacy van de zwangere.

Verloskundigen die werkzaam zijn in een duo- of groepspraktijk kunnen zelf bepalen wie de lijst invult. Wilt u wel zelf uw eigen nummer (zie het gele papiertje) op de voorkant van deze vragenlijst invullen?

De verwerking van uw antwoorden gebeurt anoniem, behalve de onderzoekers zelf krijgt niemand inzage in uw antwoorden, dus ook niet uw patiënten.

Bij de vragen kunt u naar keuze een rondje aankruisen bij de door ons geformuleerde antwoordmogelijkheden. Soms kunt u zelf uw antwoord formuleren.

Het invullen van deze vragenlijst duurt 3 à 4 minuten.

Wij verzoeken u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoordenveloppe aan ons terug te zenden.

Als u bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met mw. drs. J. Chatab (dinsdag, woensdag, donderdag) NIVEL; tel.: 030 - 31 99 46

**Hartelijk dank voor uw medewerking.**

---

DEEL I: ZWANGERSCHAP

---

1. Wat is de geboortedatum van deze zwangere?

Geboortedatum:

---

2. Hoeveel zwangerschapscontroles zijn er in totaal verricht?

..... controles

---

3. Heeft u tijdens de zwangerschap een vorm van dieet voorgeschreven?

- nee
  - ja, zoutarm
  - ja, anders: .....
- 

4. Hoe hoog was de hoogst gemeten diastolische bloeddruk en bij welke amenorroe-duur was dat?

..... mm Hg  
bij een amenorroe van ..... weken.

---

5. Kunt u aangeven in hoeverre er oedemen zijn geconstateerd bij deze zwangere?

heel sterk					helemaal niet
0	0	0	0	0	0

---

6. Wat was de waarde van het laagst gemeten haemoglobinegehalte en bij welke amenorroe-duur was dat?

..... mmol per liter (..... gram %)  
bij een amenorroe van ..... weken.

---

7. Heeft u tijdens de zwangerschap een behandeling verricht of advies gegeven?

- nee
  - ja, nl.: (bijv. bedrust, zoutloos) .....
- 

8. Heeft u tijdens de zwangerschap een diagnostische test verricht of in uw opdracht laten verrichten?

- nee
  - ja, echoscopie
  - ja, dagcurve
  - ja, anders, nl.: .....
-

---

**DEEL II: DE BEVALLING EN HET KIND**

---

9. Wie heeft de bevalling geleid?

- een (eigen) verloskundige → naar vraag 10
- een specialist → naar vraag 10
- een waarnemer

Indien een waarnemer de bevalling heeft geleid, in hoeverre zou het verloop anders zijn geweest wanneer u zelf de bevalling had geleid?

heel sterk						helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kunt u aangeven in welke zin?

- de waarnemer was onervaren
- de waarnemer had te weinig kennis over deze client
- anders .....

---

10. Hoe is tijdens de bevalling de hartactie van het kind gecontroleerd (Meerdere antwoorden mogelijk)?

- met de houten toeter
- met de doptone/Doppler
- met het CTG
- niet gecontroleerd

---

11. Zijn er vlak voor of tijdens de bevalling behandelingen of ingrepen verricht?

- nee
- ja, strippen
- ja, fundus expressie
- ja, anders, nl.: .....

---

12. Zijn er vlak voor of tijdens de bevalling diagnostische tests verricht?

- nee
- ja, echoscopie
- ja, anders, nl.: .....

---

13. Hoe lang duurde de ontsluitingsperiode? (tijdsinterval tussen het begin van regelmatige weeënactiviteit, om de 5 minuten, en de instemming om actief mee te persen)

..... uren

---

14. Wat vond u van de duur van de ontsluitingsperiode?

heel kort					heel lang
0	0	0	0	0	0

Indien u de ontsluitingsperiode (enigszins) lang vond, waaraan denkt u dat dat heeft gelegen?

- de zwangere werkte niet mee
  - nauw bekken
  - groot voorliggend deel
  - anders, nl.: .....
- 

15. Is de baby geel geweest?

- nee → naar vraag 16
- ja

Zo ja, Is er een bilirubine-bepaling verricht?

- ja, uitslag ..... mmol per liter
  - nee
- 

16. Is de baby naar de kinderarts verwezen?

- nee
  - ja, indicatie:.....
- 

17. Is de baby op de kinderafdeling opgenomen?

- nee
  - ja, indicatie: .....
- 

18. Is de baby overleden?

- nee
  - ja, doodsoorzaak: .....
-

---

**DEEL III: UW ERVARINGEN TEN AANZIEN VAN DEZE BEVALLING**

---

19. Kunt u zeggen in hoeverre u (uw waarnemer) zich achteraf gezien, op uw (haar) gemak heeft gevoeld tijdens de bevalling?

heel sterk				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

20. In hoeverre vond u de plaats van de bevalling achteraf gezien geschikt?

heel geschikt				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

21. Zou u de eventuele volgende bevalling bij deze vrouw willen begeleiden?

heel zeker				helemaal niet
0	0	0	0	0

---

22. Waar kan, gezien het verloop van de bevalling bij deze vrouw, zij volgens u bij een eventuele volgende zwangerschap het beste bevallen?

thuis  
 poliklinisch  
 klinisch

---

23. Hoe verliep volgens u het contact tussen u (uw waarnemer) en de barende?

heel goed				heel slecht
0	0	0	0	0

---

24. Hoe verliep volgens u het contact tussen u (uw waarnemer) en de partner van de barende?

heel goed				heel slecht
0	0	0	0	0

---

(Alleen te beantwoorden in geval van thuisbevalling)

25. In hoeverre vond u, achteraf gezien, de huisvesting geschikt voor een thuisbevalling?

heel geschikt				helemaal niet
0	0	0	0	0

Zo nee kunt u aangeven waarom?

te kleine slaapkamer  
 veel trappen  
 geen stromend/warm water  
 anders .....

---

(Alleen te beantwoorden in geval van verwijzing naar de specialist)

26. Hoe verliep volgens u het contact tussen de specialist en de barende?

heel goed				heel slecht
0	0	0	0	0

Hoe was volgens u de begeleiding in het ziekenhuis?

heel goed				heel slecht
0	0	0	0	0

---

Indien u nog aanvullende informatie over deze zwangere heeft, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken.





**BIJLAGE 10**

BEVALLEN ONDER LEIDING VAN DE VERLOSKUNDIGE  
EENMALIGE VRAGENLIJST VOOR DE VERLOSKUNDIGE

Verloskundigenr.:

Praktijknr.:

#### TOELICHTING BIJ DE VRAGENLIJST

Dit is de eerste vragenlijst die u van ons ontvangt. Deze lijst hoeft u maar eenmaal in te vullen. Het invullen duurt 15 à 20 minuten.

De vragen betreffen uw opleiding, uw praktijk, uw samenwerking met de specialist en uw opvattingen over algemene verloskundige zaken en thuis- en poliklinische bevallingen in het bijzonder.

De andere vragenlijsten die u ook zult invullen zijn casusgebonden, behorende bij één bepaalde zwangere uit uw praktijk. Voor elke vrouw krijgt u twee (korte) vragenlijsten: één vóór de beval- ling en één erna.

De verwerking van de gegevens gebeurt anoniem, behalve de onderzoekers zelf krijgt niemand inzage in uw antwoorden.

Denkt u niet te lang over een antwoord na. Het gaat hier om uw eigen mening. 'Foute' antwoorden zijn dus niet mogelijk. Probeer waar mogelijk de middelste antwoordcategorie te vermijden.

We geven een voorbeeld:

Iedereen moet een basisinkomen hebben

helemaal mee eens					helemaal mee oneens
0	0	0	X	0	0

Dit betekent dat u niet vindt dat iedereen een basisinkomen moet hebben.

Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor het maken van aanvullende opmerkingen.

Als u bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met mw. drs. J. Chatab (dinsdag, woensdag of donderdag) NIVEL, tel.: 030 - 31 99 46.

We verzoeken u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoordenvolpde aan ons te retourneren. U hoeft geen postzegel te plakken.

**Wij danken u hartelijk voor uw medewerking.**

---

DEEL I: ALGEMENE GEGEVENS OVER U EN UW BEROEP

---

1. In welk jaar bent u geboren?

19 .....

---

2. Bent u vrouw of man?

vrouw  
 man

---

3. Bent u lid van de N.O.V. (Nederlandse Organisatie voor Verloskundige)?

ja  
 nee

---

4. Waar heeft u uw opleiding als verloskundige genoten en in welk jaar heeft u het diploma gehaald?

opleiding te: .....  
diploma in : 19.....

---

5. Hoe lang oefent u nu het beroep van verloskundige uit?

..... jaar

---

6. Weet u zeker dat u weer verloskundige wilt worden als u nog eens mocht kiezen?

heel zeker					helemaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

7. Heeft u een solo-, een duo-, of een groepspraktijk (meer dan 2 verloskundigen)?

een solopraktijk  
 een duopraktijk  
 een groepspraktijk van .... verloskundigen

Indien u een duo/groepspraktijk heeft, heeft u afzonderlijke of gemeenschappelijke patiënten (cliënten)?

in principe afzonderlijk  
 in principe gemeenschappelijk

---

8. Hoe lang werkt u reeds in de huidige praktijk?

..... jaar

---

9. Kunt u zeggen hoe vaak u het Tijdschrift voor Verloskundigen leest?

heel vaak					heel weinig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

10. Welke andere tijdschriften heeft u in het afgelopen jaar gelezen?
- Medisch Contact  
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde  
 anders, nl.: .....
- 
11. Bezoekt u de jaarlijkse nascholing van de N.O.V.?
- altijd  
 niet elk jaar  
 nooit  
 anders, nl.: .....
- 
12. Wilt u hieronder een schatting geven van het opleidingsniveau van de zwangere vrouwen uit uw praktijk?
- ..... % is lager opgeleid (tot en met LBO)  
 ..... % heeft een middelbare opleiding (HAVO, VWO en/of MBO)  
 ..... % is hoger opgeleid (HBO of Universiteit)
- 
- samen 100%
- 
13. Wat is de afstand van uw praktijk tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis en hoe lang doet u erover om het met de auto te bereiken?
- ..... kilometer, ..... minuten per auto
- 

**DEEL II: VRAGEN OVER UW VERLOSKUNDIGE ACTIVITEITEN**

14. Hoeveel tijd reserveert u voor een eerste controle (inschrijving) en voor een reguliere zwangerschapscontrole per zwangere?
- eerste controle: ..... minuten  
 reguliere controle: ..... minuten
- 
15. Op hoeveel dagen per week houdt u spreekuur?
- op ..... dagen per week
- 
16. Hoeveel bevallingen verwacht u tussen 15 mei en 15 juni 1990? (Deze gegevens hebben we nodig om de totale respons en non-respons van uw cliënten vast te stellen)
- ..... bevallingen verwacht
- 
17. Hoeveel bevallingen zijn in totaal door u en evt. collega's geleid in 1989? (Eventueel gebruik maken van het jaaroverzicht van de SIG)
- minder dan 100 bevallingen  
 tussen 100 en 150 bevallingen  
 tussen 150 en 200  
 tussen 200 en 250 bevallingen  
 meer dan 250 bevallingen
-

18. Hoeveel procent van dit totaal vond thuis respectievelijk poliklinisch plaats? (Eventueel gebruik maken van het jaaroverzicht van de SIG)

thuis: ..... %  
 poliklinisch: ..... %  
 Totaal 100%

19. Wilt u aangeven hoe vaak u onderstaande hulpmiddelen (instrumentarium) gebruikt? (Gaarne per item één rondje aankruisen)

	heel vaak			heel weinig (nooit)	
speculum	0	0	0	0	0
PAP-smear materiaal	0	0	0	0	0
Doppler/doptone	0	0	0	0	0
O <sub>2</sub> -apparaat	0	0	0	0	0
beademingsballon	0	0	0	0	0
inфуussysteem	0	0	0	0	0
haemaccl	0	0	0	0	0
echo-apparatuur	0	0	0	0	0
microscop	0	0	0	0	0

20. Wilt u aangeven in welke mate u de volgende behandelingen verricht? (Gaarne per item één rondje aankruisen)

	heel vaak			heel weinig (nooit)	
streng zoutloos voorschrijven	0	0	0	0	0
bedrust voorschrijven	0	0	0	0	0
vaginale yoghurt behandeling voorschrijven	0	0	0	0	0
wonderolie voorschrijven	0	0	0	0	0
strippen van de vliezen	0	0	0	0	0
breken van de vliezen om de weeën op te wekken	0	0	0	0	0
uitwendige versie verrichten	0	0	0	0	0
digitaal corrigeren	0	0	0	0	0
zijligging toepassen	0	0	0	0	0
'Ritgenen'	0	0	0	0	0
handgreep van Credé verrichten	0	0	0	0	0
bij primiparae episiotomie verrichten	0	0	0	0	0
mediane episiotomie verrichten	0	0	0	0	0
fundus expressie uitvoeren	0	0	0	0	0
weeën-stimulantia na geboorte toedienen (syntocinon)	0	0	0	0	0
het nageboortetijdperk actief leiden	0	0	0	0	0
het nageboortetijdperk bij roodharigen actief leiden	0	0	0	0	0

21. Wilt u aangeven hoe vaak u de volgende diagnostische tests verricht? (Gaarne per item één rondje aankruisen)

	heel vaak			heel weinig (nooit)	
echoscopie	0	0	0	0	0
heamoglobine bepaling	0	0	0	0	0
eiwitbepaling uit de urine	0	0	0	0	0
sediment urine beoordelen	0	0	0	0	0
varentest	0	0	0	0	0
zwangerschapstest	0	0	0	0	0

22. Kunt u aangeven bij hoeveel procent van de zwangeren u echoscopie (laat) verricht(en)? (Meerdere antwoorden mogelijk)

0 bij ..... % van de zwangeren één maal

0 bij ..... % van de zwangeren twee maal

0 anders, nl.: .....

23. Kunt u aangeven hoe vaak u het CTG-apparaat bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis gebruikt ?

heel vaak

0                      0                      0                      0                      heel weinig

24. Hoe vaak komt een wit asphyktisch kind, volgens u, voor bij normale zwangerschappen in een gemiddelde verloskundigenpraktijk?

0 één geval per jaar

0 één geval per 3 jaar

0 één geval per ..... jaar

25. Hoe vaak komt, volgens u, een masale fluxus post partum voor bij normale zwangerschappen in een gemiddelde verloskundigenpraktijk?

0 één geval per jaar

0 één geval per 3 jaar

0 één geval per ..... jaar

36. In welke mate bent u het eens met onderstaande uitspraken? (Gaarne bij iedere uitspraak één rondje aankruisen)

	helemaal mee eens			helemaal mee oneens	
Ik kan heel makkelijk contacten leggen en onderhouden met de zwangeren	0	0	0	0	0
Ik voel me vaak niet op mijn gemak als de partner van de zwangere er bij is	0	0	0	0	0
Ik heb geen moeite om de zwangere gerust te stellen bij angst of pijn tijdens de bevalling	0	0	0	0	0
Ook in kritieke situaties kan ik zonder meer slagvaardig handelen	0	0	0	0	0
Ik raak niet zo gauw in paniek als er zich complicaties voordoen bij de bevalling	0	0	0	0	0
In kritieke situaties ga ik wel eens twijfelen aan mijn eigen (medisch-verloskundig) inzicht	0	0	0	0	0
Soms verricht ik onhandige verloskundige handelingen waar ik later spijt van heb	0	0	0	0	0

---

**DEEL III: SAMENWERKING MET DE SPECIALIST**

---

37. Hoe vaak heeft u in 1989 tijdens de bevalling naar de specialist verwezen?

..... % van alle bevallingen

---

38. Heeft u de mogelijkheid naar meerdere ziekenhuizen te verwijzen?

0 slechts naar één ziekenhuis, naam ziekenhuis: .....

0 naar ..... ziekenhuizen

Indien u naar verschillende ziekenhuizen verwijst, kunt u dan een schatting geven hoeveel naar welk ziekenhuis?

1. naam ziekenhuis: ....., .....% van uw verwijzingen

2. naam ziekenhuis: ....., .....% van uw verwijzingen

3. naam ziekenhuis: ....., .....% van uw verwijzingen

---

totaal                      100%

---

29. Hoe is in de ziekenhuizen in uw omgeving het gebruik van het CTG-apparaat geregeld bij een poliklinische bevalling?

- veel gebruikt, bij (bijna) elke bevalling
  - incidenteel, per geval bekeken
  - bij het ene ziekenhuis altijd, bij het andere ziekenhuis per geval
  - geen duidelijk beleid
  - anders, nl.: .....
- 

30. Pleegt u wel eens overleg over een zwangere met een specialist en zo ja hoe vaak per jaar?

- nee → naar vraag 31
- ja, ..... per jaar

Met hoeveel specialisten in totaal voert u wel eens overleg?

..... specialist(en)

Is dit overleg gestructureerd (volgens bepaalde afspraken) of niet gestructureerd (afhankelijk van uw behoefte)?

- gestructureerd
- niet-gestructureerd
- beide vormen van overleg

Wilt u aangeven in welke mate u het overleg met de specialisten prettig, leerzaam, constructief of paternalistisch vindt?

	heel erg			helemaal niet	
prettig	0	0	0	0	0
leerzaam	0	0	0	0	0
constructief	0	0	0	0	0
paternalistisch	0	0	0	0	0

Op welke wijze voert u het niet-gestructureerd overleg met de specialist? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- telefonisch
  - schriftelijk
  - mondeling in het ziekenhuis
-



---

**DEEL IV: MENINGEN OVER VERLOSKUNDIGE ZORG**


---

31. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken? (Gaarne bij iedere uitspraak één rondje aankruisen)

	helemaal mee eens			helemaal mee oneens	
Het is stimulerend dat zich bij elke bevalling nog complicaties kunnen voordoen waarbij van de verloskundige een beslissing verwacht wordt	0	0	0	0	0
Het is altijd weer een teleurstelling om bij een thuisbevalling naar de specialist te moeten verwijzen	0	0	0	0	0
Indien ik vragen heb na een bevalling over het medisch-verloskundig verloop wend ik me bij voorkeur tot een collega verloskundige	0	0	0	0	0
Indien ik vragen heb na een bevalling over het medisch-verloskundig verloop wend ik me bij voorkeur tot een specialist	0	0	0	0	0
Mijn directe collega's zijn meer pro-thuisbevalling dan ikzelf	0	0	0	0	0
Mijn opvatting over thuis of poliklinisch bevallen verschilt niet wezenlijk van die van mijn directe collega's	0	0	0	0	0
De huidige percentages thuis- en poliklinisch bevallingen in mijn praktijk hoeven van mij niet te veranderen	0	0	0	0	0
Zelf zou ik het aantal poliklinische bevallingen in mijn praktijk het liefst zien toenemen	0	0	0	0	0
Mijn directe collega's zijn meer pro-poliklinisch bevallen dan ikzelf	0	0	0	0	0
De aanwezigheid van verpleegkundigen bij een poliklinische bevalling beïnvloedt het beleid van de verloskundige	0	0	0	0	0
Het contact met de verpleegkundigen bij een poliklinische bevalling verloopt soepel	0	0	0	0	0

---

32. Wilt u aangeven in hoeverre u het erg vindt onder normale omstandigheden de hieronder genoemde aandoeningen of verschijnselen over het hoofd te zien? (Gaarne één rondje aankruisen per verschijnsel)

	heel erg			helemaal niet	
vena cava syndroom	0	0	0	0	0
meerlingengraviditeit	0	0	0	0	0
uterus unicornis	0	0	0	0	0
chronische placenta insufficiëntie	0	0	0	0	0
voorhoofdsligging	0	0	0	0	0
uterus myomatosus	0	0	0	0	0
minder leven	0	0	0	0	0
huwelijksproblematiek	0	0	0	0	0
complicaties in de voorgeschiedenis	0	0	0	0	0
placenta-rest	0	0	0	0	0

33. Wilt u de poliklinische bevalling proberen te karakteriseren met behulp van onderstaande kenmerken? (Gaarne één rondje aankruisen per kenmerk)

	heel sterk			helemaal niet	
verloskundige-vriendelijk	0	0	0	0	0
patiënt-vriendelijk	0	0	0	0	0
kind-vriendelijk	0	0	0	0	0
veilig bij complicaties	0	0	0	0	0
efficiënte zorg	0	0	0	0	0
geschikte kraaminrichting	0	0	0	0	0
hygiënisch	0	0	0	0	0

4. Hoe is een thuisbevalling volgens u het best te karakteriseren met behulp van de onderstaande kenmerken? (Gaarne één rondje aankruisen per kenmerk)

	heel sterk			helemaal niet	
verloskundige-vriendelijk	0	0	0	0	0
patiënt-vriendelijk	0	0	0	0	0
kind-vriendelijk	0	0	0	0	0
veilig bij complicaties	0	0	0	0	0
efficiënte zorg	0	0	0	0	0
geschikte kraaminrichting	0	0	0	0	0
hygiënisch	0	0	0	0	0

5. In hoeverre ziet u in de onderstaande gevallen (omstandigheden, situaties) een reden om een poliklinische bevalling aan te raden (Gaarne één rondje aankruisen per kenmerk)?

	heel sterk			helemaal niet	
primipariteit	0	0	0	0	0
huisvesting vier hoog, zonder lift	0	0	0	0	0
geen stromend water vlakbij de slaapkamer	0	0	0	0	0
taalbarrière	0	0	0	0	0
te veel mensen wonen in een huis	0	0	0	0	0
de zwangere is zeer angstig voor de bevalling	0	0	0	0	0
de zwangere heeft weinig zelfvertrouwen	0	0	0	0	0
geen kraamhulp thuis	0	0	0	0	0

Heeft u nog op- of aanmerkingen betreffende de vragenlijst of heeft u nog aanvullende informatie, dan kunt u deze vrije ruimte daarvoor gebruiken.





BIJLAGE 11

sig informatiecentrum voor de gezondheidszorg
mallebaan 50 3581 CS utrecht 030 345 611
ivr systeembegeleiding 030 345 688

ivr-formulier eerste lijns / landelijke verloskundige registratie

INSTRUCTIE Schrijf met een balpen op blauw of lichtgroen papier alleen in de linker kolom

identificatie

01 praktijknummer

02 actiecode

03 administratienummer

04 meerling (enkelvoudige geboorte 1 van 1 1)

V

05 onze zorg betrof zwangerschap 0 kraambed 1 zwangerschap 1 baring 2 kraambed 3
06 verzekeringswijze ziekenfonds 1 particulier 2
07 geboortedatum van de moeder (dag, maand, jaar)
08 woonplaats (eerste vier cijfers postcode)
09 type vrouw nederlands 0 mediterraan 1 ander europees 2 creool 3 hindoestaans 4
10 aantal graviditeiten (incl. deze), waarvan abortus (1 t/m 16 wk.) en/of EUG en/of Mola-graviditeit

11a a-terme datum (dag, maand, jaar)
11b zekerheid van deze datum zeker 1
12 datum van ons eerste onderzoek (dag, maand, jaar)

13 kind 'aangepakt' door verloskundige 0 huisarts 1 leerling verloskundige 2 huisarts in opleiding 3
ass. gynaecoloog 5 arts-assistent 7 ondeskundige 8
14a onder verantwoordelijkheid van verloskundige 0 huisarts 1 ass. gynaecoloog 5 arts-assistent 7
14b nummer verantwoordelijke verloskundige of huisarts

15 medicatie voor geboorte kind geen 0 sedativa 1 oxytocine 2 sedativa + oxytocine 3
16 aantal uren tussen breken vliezen en geboorte kind
17 kleur vruchtwater bij de baring kleurloos 0 meconiumhoudend 1
18 duur actief meepersen 0-30 min 0 31-60 min 1 61-90 min 2 91-120 min 3 > 120 min 4
19 ligging achterhoofd 0 kruin 1 aangezicht 2 voorhoofd 3 hoofdligging anders 4
dwars 5 volkomen stuit 6 onvolkomen stuit 7 stuit anders 8
20 hulp bij de baring geen 0 expressie 1 overige 9
21 perineum gaaf 0 ruptuur 1 sub-totaal ruptuur 2 totaal ruptuur 3 medio-lat. epi 4 mediane epi 5
22 medicatie na geboorte kind geen 0 oxytocine 1 moederkorm alkaloïde 2 oxytocine + moederkorm 3 overige 9

23 bloedverlies - 500 ml 1 501-1000 ml 2 - 1000 ml 3
24 geslacht jongen 1 meisje 2 (nog) onbekend X
25 geboortedatum (dag, maand, jaar)
26 geboortetijdstip (uur, minuut)
27 geboortegewicht (in grammen), weegmethode weegschaal 1 inster 2 geschat 3
28 apgarscore (na 5 minuten)
29 voeding op 7e dag BV 1 KV 2 BV + KV 3

30a kind overleden nee 0 ja, ante partum - 28 weken 1 ja, ante partum - 28 weken 2 ja, durante partu 3 ja, binnen 24 uur 4 ja, 2e - 7e dag 5
30b indien overleden: sectie?, afwijkingen placenta? nee 0 ja 1

31a afgesproken en werkelijke plaats van baring thuis 0 kraamzitting 1 ziekenhuis 2 overige 9
31b indien baring in ziekenhuis: ziekenhuisnummer
32a laatste gynaecologische consult geen 0 direct na 1e contr 1 voor 28e week 2 28e - 36e week 3 na 36e week 4
tydens baring 5 tijdens nazorg 6 direct post partum 7 tijdens kraambed 8
32b redenen laatste gynaecologische consult (lijst moeder) geen in 1e vakje 00 na 36e week 4
tydens baring 5 tijdens nazorg 6 direct post partum 7 tijdens kraambed 8

33a overdr. aan gynaec., zkh nr. geen 0 direct na 1e contr 1 voor 28e week 2 28e - 36e week 3 na 36e week 4
tydens baring 5 tijdens nazorg 6 direct post partum 7 tijdens kraambed 8
33b datum overdracht aan gynaecoloog (dag, maand, jaar)
33c reden(en) overdracht aan gynaecoloog (lijst moeder) geen in 1e vakje 00
34 pediatrische betrokkenheid geen 0 ja, zonder opname 1 opname direct p.p. 2 opname binnen 24 u. 3 opname 2e-7e dag 4
35 problematiek kind (lijst kind) geen in 1e vakje 00
36 lijst bijzonderheden (lijst v.w.) geen in 1e vakje 00 moeder overleden 50
37 overige problematiek moeder (lijst moeder) geen in 1e vakje 00
38 individuele coderingen

Grid for data entry with columns 1-11 and rows 01-38. Includes a vertical 'V' label at the top right.





nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

## BIJLAGE 12

Aan de verloskundigen  
in de provincie Gelderland

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946  
telefax: 030 319290

datum 15 maart 1990  
kenmerk REL/VAL/518/JC



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
COLLABORATING CENTRE FOR  
PRIMARY HEALTH CARE

Geachte mevrouw/heer,

Allereerst willen wij eenieder die, schriftelijk of tijdens de regionale vergadering van de N.O.V. (dd. 22.11.89), toegezegd heeft mee te zullen doen aan het onderzoek 'Bevallen onder leiding van de verloskundige' daarvoor hartelijk dank zeggen. Het onderzoek start deze week. Het onderzoek heeft betrekking op de zwangeren die tussen 15 mei en 15 juni à terme zijn. Tijdens de vergadering van de N.O.V. 9 maart j.l. hebben wij de gelegenheid gekregen om de procedure van het onderzoek uiteen te zetten. Ook werd het profonderzoek, waaraan 5 verloskundigen in januari deelgenomen hebben, geëvalueerd.

Ten behoeve van dit onderzoek hebben wij vragenlijsten gemaakt voor de deelnemers (uzelf, uw cliënt en haar partner).

Voor verloskundigen zijn er drie vragenlijsten:

- De eenmalige vragenlijst, die betrekking heeft op onder andere persoonlijke en praktijkgegevens en algemene verloskundige zaken. Deze vragenlijst hoeft slechts eenmalig te worden ingevuld. Het invullen van deze vragenlijst kost ongeveer 15 à 20 minuten.
- De casusgebonden vragenlijst 'vóór de bevalling'. Deze korte vragenlijst heeft betrekking op een bepaalde zwangere. De vragen gaan over de keuze waar te zullen bevallen en over het beeld wat u van de zwangere heeft. Het invullen van deze vragenlijst kost ongeveer 2 à 3 minuten.
- De casusgebonden vragenlijst 'na de bevalling'. Deze ook vrij korte vragenlijst heeft onder andere betrekking op uw bevindingen ten aanzien van een bepaalde bevalling. Het invullen van deze vragenlijst duurt circa 3 à 4 minuten.

Het invullen van deze laatste vragenlijst kunt u combineren met het invullen van het LVR-formulier. In de schriftelijke informatie over het onderzoek hebben we reeds vermeld dat we ook verloskundige gegevens nodig hebben die in het formulier zijn te vinden. Tijdens de vorige vergadering is afgesproken dat we de gele LVR-doorslag per zwangere zullen ontvangen. De bedoeling is dat u de LVR-doorslag samen met de casusgebonden vragenlijsten 'na de bevalling' in een enveloppe aan ons terugstuurt. Daarbij verzoeken wij u het casusnummer van de vragenlijst dat bij het LVR-formulier hoort op de doorslag zelf te schrijven, zodat voorkomen wordt dat gegevens van zwangeren worden verwisseld. We maken vervolgens kopieën van de LVR-doorslagen. De doorslagen worden, na afloop van de gegevensverzameling, aan u teruggestuurd. De zwangeren en hun partners ontvangen vóór de bevalling en na de bevalling ieder afzonderlijk een vragenlijst. De vragen die we aan hen stellen gaan onder andere over de zwangerschap, de -

gevoelens ten aanzien van de zwangerschap en bevalling, de meningen over de plaats van de bevalling en de ervaringen omtrent de bevalling en het kraambed. Een en ander staat in de **inroductiebrief** die de betrokkenen via u zullen verkrijgen. In die brief wordt de zwangere verzocht mee te doen aan het onderzoek. Ze kunnen dat op het bijbehorende formulier aangeven, en aan ons terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvoloppen.

Om geen vertekend beeld te krijgen van de gegevens van de zwangeren verzoeken wij u **alle** zwangeren die tussen 15 mei en 15 juni a.s. zijn uitgerekend de inroductiebrieven uit te reiken. Van deze zwangeren willen we ook de LVR-doorslagen ontvangen. Indien uw cliënt niet bereid is om mee te doen aan dit onderzoek, vraagt u haar toestemming om een LVR-doorslag aan ons te mogen sturen, zodat we kunnen bestuderen of de groep non-respons wezenlijk verschilt van de groep die wel meedoet aan het onderzoek. Wil de cliënt dat ook niet dan ontvangen we helemaal geen gegevens over deze zwangeren. Uit het proefonderzoek is gebleken dat dit aantal te verwaarlozen is. Om inzicht te hebben in de totale respons en non-respons van uw cliënten moeten we daarom exact weten hoeveel bevallingen u tussen 15 mei en 15 juni verwacht.

Alle deelnemende verloskundigen in het hoofdonderzoek ontvangen ter kennismeming vragenlijsten, zoals die door ons aan zwangeren en hun partners worden toegezonden. Dit is bedoeld om eventuele vragen of problemen van de zwangeren te kunnen begrijpen. Voor de inhoudelijke vragen kunt u de zwangeren verzoeken contact op te nemen met de onderzoekers. Zodra de definitieve vragenlijsten van de drukker terug gekomen zijn, worden zij u ter informatie toegezonden.

De vragenlijsten voor dit onderzoek zijn uitvoerig besproken in de bijeenkomst van de begeleidingscommissie, waarin drie initiatiefnemers van het onderzoek. Gelderse verloskundigen (mw.J.J.M. Bruijgel-Hooijsma, Mw. J. van der Heiden, Mw. L. Kamphuis) zijn vertegenwoordigd.

Uiteraard wordt door ons de anonimiteit van uzelf, uw cliënten en hun partners gewaarborgd. De onderzoeksgegevens worden op nummer verwerkt en niet op naam. Voor het verzenden van de vragenlijsten aan uw cliënten hebben we hun namen en adressen nodig. Deze worden na afloop van de dataverzameling echter vernietigd. De verwerking van de onderzoeksgegevens gebeurt verder geheel anoniem. Deze afspraak is schriftelijk vastgelegd in een brief d.d. 8 maart 1990 aan de voorzitter van de N.O.V., afdeling Gelderland, Mw. S. van Leeuwen-Broersma.

Bijgesloten treft u de procedure en de tijdsplanning van het onderzoek aan. Begin volgende week ontvangt u een stapel inroductiebrieven voor uw cliënten, 30 in totaal, met de bijbehorende formulieren en antwoordenvoloppen. Mocht u meer inroductiebrieven nodig hebben, dan vernemen wij dat graag van u. Voor de verloskundigen in een groepspraktijk gaan wij uit van een hoger aantal, daarvoor nemen wij zo spoedig mogelijk contact met u op. Voor nadere informatie kunt u contact met ons opnemen (tel. 030-319 946): Jenny Chatab (dinsdag, woensdag en donderdag).

Met vriendelijke groet,  
STICHTING NIVEL

Mw. drs. J. Chatab, onderzoeker



**DE PROCEDURE VAN HET ONDERZOEK  
'BEVALLEN ONDER LEIDING VAN  
DE VERLOSKUNDIGE' EN DE TIJDSPLANNING:**

1. De te verzamelen onderzoeksgegevens hebben betrekking op zwangeren die tussen **15 mei en 15 juni** uitgeteld zijn.
2. Begin volgende week ontvangt u **introductiebrieven** voor uw cliënten, 30 in totaal. U wordt verzocht die brieven met de bijbehorende formulieren en antwoordenvoloppen aan de zwangeren uit te reiken. Het formulier waarin uw cliënten kunnen aangeven mee te willen doen aan het onderzoek, ontvangen wij rechtstreeks van hen. Om de vragenlijsten te kunnen verzenden hebben wij hun naam en adres nodig. Die namen en adressen zullen later worden vernietigd. De gegevens worden verder op nummer verwerkt en niet op naam.
3. De zwangeren en hun partners die positief hebben gereageerd op ons verzoek, krijgen onmiddellijk een vragenlijst toegezonden (**vragenlijst voor zwangeren** vóór de bevalling en **vragenlijst voor partners** vóór de bevalling). De zwangeren die verwacht worden rond de 15de mei te bevallen ontvangen medio april vragenlijsten van ons. Degenen die later zijn uitgerekend ontvangen ook later de vragenlijsten. De zwangeren ontvangen ook een briefkaart (portvrij) waarop ze ons de geboortedatum van hun kind kunnen berichten.
4. U ontvangt een **eenmalige vragenlijst** die eenmaal hoeft ingevuld te worden.
5. Daarnaast ontvangt u voor iedere zwangere die meedoet een korte vragenlijst, de **casusgebonden vragenlijst voor de bevalling**. De namen van de zwangeren staan op een zelfklevend geel papiertje, dat u verwijdt als u de lijst ingevuld heeft. Dit om de privacy van de zwangeren te waarborgen. Bij groepspraktijken bepaalt u zelf wie de vragenlijst invult, hetgeen inhoudt dat de verloskundige haar eigen nummer moet invullen. Dit nummer vindt u eveneens op het gele zelfklevende papiertje.
6. Zodra we voldoende reacties van uw cliënten ontvangen, sturen we, het liefst in een keer, een stapel **casusgebonden vragenlijsten voor na de bevalling**. Deze vragenlijsten vult u in als het kind geboren is. Voor de groepspraktijk geldt dat degene die de bevalling heeft geleid, de vragenlijst invult. Is de bevalling door een waarnemer of gynaecoloog geleid dan bepalen de verloskundigen uit de groepspraktijk zelf wie voor welke kraamvrouw de vragenlijst invult. Deze verloskundigen vullen ook haar/zijn nummer in.
7. De casusgebonden vragenlijsten stuurt u samen met de **gele doorslag van het LVR-formulier** aan ons toe. We verzoeken u het casusnummer van de betrokkene op de LVR-doorslag te schrijven, zodat voorkomen wordt dat gegevens van cliënten worden verwisseld. De gele doorslagen worden door ons na afloop van de gegevensverzameling gekopieerd en teruggestuurd. In principe stuurt u de LVR-doorslagen van **alle** vrouwen naar ons toe, tenzij zij daar uitdrukkelijk bezwaar tegen hebben.

8. We vernemen rechtstreeks van de kraamvrouw wanneer hun kind geboren is. Dan krijgen zij en hun partners vragenlijsten voor na de bevalling (**vragenlijst voor de kraamvrouw en vragenlijst voor de partners**). Op zijn vroegst kunnen de zwangeren die meedoen aan dit onderzoek eind april bevallen. Ze ontvangen dan de vragenlijst na de bevalling circa medio mei. De zwangeren die meedoen in dit onderzoek kunnen ook eind juni pas bevallen, dan ontvangen ze pas medio juli de laatste vragenlijst. In augustus hopen we de onderzoeksgegevens te hebben verzameld.

## BIJLAGE 13

---

Aan de cliënten van  
de verloskundigen in de provincie  
Gelderland

---

datum        maart 1990  
kenmerk     REL/VAL/418/GB/MH



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
COLLABORATING CENTRE FOR  
PRIMARY HEALTH CARE

Geachte mevrouw/heer,

Uw verloskundige heeft u deze brief uitgereikt namens het NIVEL te Utrecht. Het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg. Daar horen onder andere huisartsen, maar ook verloskundigen bij.

Via deze weg willen we u verzoeken medewerking te verlenen aan een onderzoek naar thuisbevallingen en poliklinische bevallingen onder leiding van de verloskundige.

Het doel van dit onderzoek is tweeledig: ten eerste het vaststellen of er mogelijk verschillen zijn in de resultaten voor moeder en kind bij thuisbevallingen vergeleken met poliklinische bevallingen. Ten tweede willen we nagaan waarom vrouwen voor een thuis- of een poliklinische bevalling kiezen. Er is nog weinig bekend over thuis- en poliklinisch bevallen en dat geldt speciaal voor de mening van de moeders en vaders (partners), die is tot nu toe nog zelden gehoord.

Ten behoeve van dit onderzoek hebben wij vragenlijsten gemaakt voor uzelf en uw echtgenoot (partner). Ook stellen we vragen aan uw verloskundige om voornamelijk verloskundige gegevens (bloeddruk, Apgar score en dergelijke) te verkrijgen. De vragen die we aan u willen stellen gaan onder andere over uw zwangerschap, over wat u verwacht en voelt ten aanzien van de bevalling en over uw mening over de plaats van de bevalling. Een deel van deze vragen wordt ook aan uw echtgenoot (partner) gesteld.

Onze werkwijze is als volgt. Vóórdat u bevalt ontvangen u en uw echtgenoot (partner) een vragenlijst van ons. Wij hopen dat u beide vóór de bevalling de ingevulde vragenlijsten aan ons terugstuurt. Het invullen van deze vragenlijst kost u 20 à 25 minuten, uw echtgenoot 10 à 15 minuten. Te zijner tijd stuurt u de briefkaart die u van ons gekregen heeft naar ons terug, zodat wij weten wanneer uw kind geboren is.

Ongeveer twee weken na de bevalling sturen wij u wederom twee vragenlijsten, één voor uzelf en één voor uw echtgenoot (partner). Het invullen kost u ditmaal 15 à 20 minuten, uw echtgenoot (partner) 5 à 10 minuten.

Uiteraard wordt door ons de anonimiteit van uzelf, uw echtgenoot en van uw verloskundige gewaarborgd. De onderzoeksgegevens worden uiterst zorgvuldig en vertrouwelijk behandeld. Behalve de onderzoekers krijgt niemand inzage in uw antwoorden.

-2-

REL/VAL/418/GB/MH

Wij hopen dat u als zwangere die onder leiding van de verloskundige gaat bevallen het belang inziet van dit onderzoek, waarvan het welslagen mede van uw medewerking afhangt.

Bijgaand treft u een formulier aan waarop u kunt aangeven of u aan ons onderzoek wilt meewerken. Na verwerking van de antwoorden worden alle namen en adressen door ons vernietigd. Wij verzoeken u dit formulier in de bijvoegde antwoord- enveloppe aan ons terug te sturen.

Hoogachtend,  
Stichting NIVEL

Mw. drs. J. Chatab , onderzoeker

BIJLAGE: 13

Casusnr : 

--	--	--	--

  
Verlosk.nr : 

--	--

  
Praktijknr : 

--	--

Zou U mee willen doen aan het onderzoek "Bevallen onder leiding van de verloskundige, thuis of poliklinisch" ?

JA, we willen meedoen aan het onderzoek.

Naam :  
Adres:  
Postcode en woonplaats:  
Tel:

(Na het verzamelen van de onderzoeksgegevens worden uw naam en adres vernietigd).

Te verwachten bevallingsdatum:.....

NEE, omdat.....

## BIJLAGE 14

Tabel 1: afgesproken plaats van bevalling afgezet tegen het opleidingsniveau van zwangeren

	o p l e i d i n g		
	L %	M %	H %
thuis	84.2	83.3	73.3
poli.kl.	15.8	16.7	26.7
	100.0 (19)	100.0 (24)	100.0 (15)

missing = 7  
 $X^2 = .77$  df = 2      p = .68  
 tau = .09              p = .23

Tabel 2: meer of minder negatieve gevoelens (associaties) van zwangeren t.a.v. het ziekenhuis afgezet tegen de afgesproken plaats van de bevalling

		thuis %	poli.kl. %
gevoelens	-	71.7	9.1
	+	28.3	90.9
		100.0 (46)	100.0 (11)

missing = 8  
 $X^2 = 14.4$  df = 1      p = .00  
 tau = .50              p = .00

Tabel 3: angst voor pijn van de zwangere afgezet tegen de afgesproken plaats van de bevalling

afgesproken plaats		thuis	poliklinisch
angst voor pijn	veel	34.7	50.0
	weinig	65.3	50.0
		100.0 (49)	100.0 (10)

$\chi^2 = .83$  df = 1    p = .36  
 tau = -.12            p = .18

Tabel 4: zelfvertrouwen van de zwangere afgezet tegen de afgesproken plaats van de bevalling

afgesproken plaats		thuis	poliklinisch
zelfvertrouwen	meer	52.0	27.3
	minder	48.0	72.7
		100.0 (50)	100.0 (11)

$\chi^2 = 2.31$  df = 1    p = .13  
 tau = .19            p = .07

Tabel 5: vertrouwen van de zwangere in de verloskundige afgezet tegen de afgesproken plaats van de bevalling

afgesproken plaats		thuis	poliklinisch
vertrouwen in de verloskundige	meer	62.0	45.5
	minder	38.0	54.5
		100.0 (50)	100.0 (11)

$\chi^2 = 1.02$  df = 1 p = .31  
tau = .13 p = .16

Tabel 6: de werkelijke plaats van bevalling afgezet tegen de geplande plaats van bevallingen

	gepland	
	thuis %	polikl. %
thuis	71.5	0.0
polikl.	2.0	41.7
klinisch	26.5	58.3
	100.0 (49)	100.0 (12)

missing = 4  
 $\chi^2 = 26.9$  df = 2 p = .00  
tau = .46 p = .00



Tabel 7: al dan niet gehecht naar de werkelijke plaats van bevalling

		thuis %	poli(klinisch) %
gehecht	nee	36.1	18.5
	ja	63.9	81.5
		100.0 (36)	100.0 (27)

missing = 2  
 $\chi^2 = 1.6$  df = 1 p = .21  
 tau = .19 p = .06

Tabel 8: uitspraken over gevoelens (pijn, bezorgdheid) omtrent de bevalling en oververwachtingen die zwangeren hebben omtrent de plaats van de bevalling (Cronbach Alpha)

		cliënten	
		vrouw	partner
items analyse	'gevoelens'	.64	.74
	'verwachtingen'	.80	.79

