

De verloskundige zorg in Nederland

P. VAN DER MEER

PSYCHOLOOG/ONDERZOEKER

In maart 2006 is in opdracht van het maandblad *Kinderen* een enquête gehouden over de verloskundige zorg in Nederland. De mogelijkheid werd geboden de enquête schriftelijk, dan wel online in te vullen. In totaal hebben 1.053 respondenten meegedaan aan dit onderzoek. Over de resultaten is een korte publicatie verschenen in de jubileumuitgave van *Kinderen* van oktober 2006. Het magazine bestond toen dertig jaar.

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek weergegeven en wordt meer in detail ingegaan op de manier waarop zwangere vrouwen en (jonge) moeders de verloskundige zorg in Nederland beoordelen. We vroegen de respondenten naar hun ervaringen bij hun laatste zwangerschap en bevalling.

Het artikel is opgebouwd uit vier delen: de beschrijving van de steekproef, de zwangerschapsperiode, de bevalling en de nazorg. Op basis van de resultaten wordt aan het eind van dit artikel een aantal aanbevelingen gedaan aan de Nederlandse verloskundige zorg.

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

De respons op dit onderzoek is groot. Online en offline samen hebben (747 + 306) 1.053 vrouwen gereageerd. De jongste respondent is 18 jaar en de oudste 42 jaar. De gemiddelde leeftijd is 30 jaar. Het onderwijsniveau van de groep respondenten is hoog te noemen. Het grootste deel van de respondenten heeft onderwijs genoten op mbo-niveau (43%). Hbo en Wetenschappelijk onderwijs is genoten door 38%. Het nettogezinsinkomen is relatief hoog (modus van 2.270–2.723 euro).

De meeste respondenten (61%) hebben één kind. 38% heeft twee of meer kinderen en slechts 1% heeft (nog) geen kinderen. De respondenten 'zitten in de kleine kinderen'. Ruim driekwart van de respondenten (78%) heeft een kind dat 0 of 1 jaar is. Verder is 13% van de respondenten op het moment van onderzoek zwanger. Het merendeel van de groep is ofwel getrouwd (70%), of heeft een vaste relatie (28%). Het aantal jaren dat men een langdurige relatie heeft, is gemiddeld vrij hoog – zeker in relatie met de leeftijd van de respondenten. De grootste groep (11%) heeft een relatie van tien jaar. De gemiddelde duur van een relatie is 8 ¾ jaar. Bijna de helft van de groep respondenten (48%) heeft een geloof of levensovertuiging. Ongeveer de helft van de respondenten woont in een stad (48%), de rest in een dorp.

Als we de onderzoeksgroep vergelijken met de Nederlandse huishoudens met jonge kinderen (jonger dan vijf jaar), kunnen we stellen dat onze onderzoeksgroep een redelijke afspiegeling vormt van de vergelijkbare groep in Nederland. Gezien de oplage van het blad *Kinderen* en gezien de spreiding in leeftijd, woonomgeving, geloof en levensovertuigingen, opleidingsniveau en inkomen van de respondenten, kan gesproken worden over een redelijke afspiegeling van de mening van de Nederlandse vrouw met jonge kinderen.

DE ZWANGERSCHAPS-PERIODE

Wij vroegen de respondenten een rapportcijfer te geven aan de verloskundige zorg in Nederland tijdens de zwangerschapsperiode. De zorg die men krijgt gedurende de zwangerschap, wordt door de

Nederlandse vrouw gewaardeerd met het rapportcijfer 8,0. Gesteld kan worden dat men tevreden is over de zorg tijdens de zwangerschapsperiode. Slechts 3% geeft een onvoldoende. De spreiding van de scores is relatief laag, dat wil zeggen dat veel vrouwen er hetzelfde over denken.

Ofschoon de gemiddelde score hoog te noemen is, is het voor de verbetering van de zorg interessant om te weten waarom sommige vrouwen een onvoldoende geven. De redenen om een onvoldoende te geven voor de zorg tijdens de zwangerschap hadden vooral betrekking op twee aspecten. Ten eerste de persoon die de zorg verleende 'Dit varieerde sterk binnen de praktijk. De een geef ik een 9, de ander een 3!' En ten tweede het systeem 'Te veel druk op vrouwen om thuis en zonder pijnstillers te bevallen'.

We vroegen de vrouwen wie hen heeft begeleid tijdens hun laatste zwangerschap. Verreweg de meeste vrouwen zijn tijdens hun zwangerschapsperiode begeleid door een verloskundige (69%). 15% kreeg begeleiding van een gynaecoloog en 16% van zowel de verloskundige als later van een gynaecoloog.

Een miskraam is een zeer ingrijpende gebeurtenis in het leven van een vrouw. In ons onderzoek gaf bijna een kwart van de respondenten aan wel eens een miskraam gehad te hebben. Oudere vrouwen hebben significant meer aangegeven een miskraam te hebben gehad dan jongere vrouwen. Over de begeleiding tijdens de miskraam is men niet onverdeeld positief. 20% vond de begeleiding tijdens de miskraam slecht tot zeer slecht en 31% neemt een middenpositie in (niet goed en

niet slecht). Anders geformuleerd, slechts minder dan de helft van de vrouwen die een miskraam heeft gehad (49%), vond de begeleiding goed (tot zeer goed).

Iedereen weet inmiddels dat roken slecht is voor de gezondheid van de roker en zijn omgeving. Sinds de jaren zeventig is bovendien bekend dat roken tijdens de zwangerschapsperiode de kans aanzienlijk vergroot dat de baby met een te laag geboortegewicht ter wereld komt, te vroeg geboren wordt of achterblijft in zijn groei en ontwikkeling. Uit ons onderzoek bleek dat toch nog bijna een op de tien vrouwen heeft gerookt tijdens de zwangerschap (9,7%). Gemiddeld hebben de vrouwen die rookten, 5,7 sigaret per dag gerookt. Het minimum was 1 sigaret, het maximum aantal sigaretten was 25.

De zwangerschapsperiode kan soms gepaard gaan met pijn. Pijnstillers lenigen de pijn, maar gebruik daarvan kan de ontwikkeling van de ongeboren vrucht ook negatief beïnvloeden. Ondanks de nadelen van pijnstillers heeft 13% van de respondenten tijdens de zwangerschap om pijnbestrijding gevraagd.

Sinds januari 2006 krijgt iedereen twee standaard-echoscoopieonderzoeken vergoed. We vroegen de respondenten hoeveel echo's ze tijdens hun laatste zwangerschap hebben gekregen. Vrijwel iedereen heeft een of meer echo's gekregen, slecht 0,5% geeft aan geen echo te hebben gekregen. Twee vrouwen hebben zelfs 25 echo's gekregen. Het gemiddelde aantal echo's dat men tijdens de zwangerschapsperiode heeft gehad is 3,4. De meeste echo's vonden plaats zo rond week 12 en week 20. Bijna een op de vijf vrouwen vindt de vergoeding voor twee echo's onvoldoende (19%). Meer echo's zouden vergoed moeten worden. De belangrijkste reden hiervoor is volgens hen de geruststelling die van echo's uitgaat: 'Het is fijn om te zien dat alles goed gaat.' De tweede reden om meer echo's te vergoeden is medisch 'Want hoe meer echo's hoe meer afwijkingen en/of complicaties er gevonden kunnen worden'.

Buiten de twee 'standaard'echo's heeft precies een kwart van de Nederlandse vrouwen (25%) verder prenataal onderzoek laten doen. Het betrof hier vooral de uitgebreide echo (41%) en de nekplooiemeting (36%). De triplettest en de vlokcentest zijn uitgevoerd bij respectievelijk 5 en 3 procent van de vrouwen. De vruchtwaterpunctie werd door 6% genoemd en 9% noemde iets anders. Het overgrote deel (namelijk 84%) van de vrouwen die verder prenataal onderzoek hebben laten doen (de genoemde 25% van de totale groep respondenten), kwam niet door leeftijd of een verhoogde kans op een erfelijke afwijking in aanmerking voor verder prenataal onderzoek. Dus kennelijk bestaat bij zowel de vrouwen zelf, als de verloskundige hulpverleners in Nederland, behoefte aan verder prenataal onderzoek buiten de twee standaardecho's om.

De vrouwen die de triplettest of de nekplooiemeting hebben laten verrichten (in totaal was dit 11% van de Nederlandse vrouwen), hebben dit in de helft van de gevallen (49%) op eigen verzoek laten doen. Zij hebben hierom gevraagd, zonder dat het initiatief vanuit de verloskundige zorg kwam. Als deze tests wel werden geadviseerd (51%), was het in de meeste gevallen de verloskundige die dit initiatief nam, gevolgd door de gynaecoloog.

Ruim de helft van de respondenten (53%) meent dat prenatale diagnostiek aan iedere zwangere vrouw moet worden aangeboden. 38% meent dat dit alleen moet gebeuren bij vrouwen boven de 36 jaar en met een verhoogde kans op erfelijke afwijkingen. 9% van de respondenten heeft een andere mening. Deze laatste groep vraagt zich af wat je moet gaan doen met de verkregen informatie: 'Ik vind (achteraf) dat je hierdoor voor onmenselijke en onethische keuzes wordt gesteld' en 'Iedereen wil een goede uitslag, maar men staat vaak niet stil bij de gevolgen van een slechte uitslag' of is het oneens met de eventueel te nemen beslissingen: 'Bij iedereen zou elk kind welkom moeten zijn! Je ontvangt ze van God! met of zonder handicap.'

DE BEVALLING

De verloskundige zorg in Nederland tijdens de bevalling krijgt van de respondenten het (gemiddelde) rapportcijfer 7,9. Slechts 3% van de respondenten geeft een onvoldoende. De redenen voor die 3% respondenten om een onvoldoende te geven hadden voornamelijk te maken met de persoon die de verloskundige zorg verleende tijdens de bevalling. 'Als ik naar mijn verloskundige had geluisterd had ik nu een dode baby gehad' en 'Er had veel eerder actie ondernomen moeten worden om naar het ziekenhuis te gaan!'

Vrouwen die twee of meer bevallingen hebben meegemaakt, geven de verloskundige hulp bij de laatste geboorte een significant hoger cijfer (8,2) dan vrouwen die één geboorte hebben meegemaakt (7,7). De eerste geboorte is zwaarder, zo zal ook verderop blijken.

Het rapportcijfer dat men geeft aan de verloskundige zorg tijdens de bevalling is gerelateerd aan hoe men achteraf aankijkt tegen de bevalling. Er bestaat een significant (negatieve) correlatie tussen het rapportcijfer en de (on)draaglijkheid, de pijnlijkheid en het al dan niet tegenvallen van de laatste bevalling. Dus een laag rapportcijfer gaat samen met een pijnlijke bevalling, een ondraaglijke bevalling en een bevalling die niet meeviel. Uiteraard is het niet primair de verloskundige zorg die verantwoordelijk is voor een tegenvallende of ondraaglijke bevalling. Maar in de ogen van de klant scoort de hulp lager. Wellicht verwachtte men dat de verloskundige hulpverleners meer konden bijdragen in het draaglijker maken van de bevalling en een betere begeleiding van de pijn.

We vroegen de respondenten waar ze het liefst zouden bevallen en 68% van de respondenten gaf aan het liefst thuis te bevallen. Uiteindelijk is dat de helft gelukt. Een derde (35%) van de respondenten is bij de laatste bevalling thuis bevallen. De rest van de vrouwen is in het ziekenhuis bevallen. 34% van deze vrouwen wist dat van tevoren, omdat ze een medische indicatie hadden. Bijna een vijfde (18%)

begon thuis met de bevalling en moest door naar het ziekenhuis. En ten slotte beviel 13% poliklinisch. De vrouwen die het liefst thuis bevallen, geven daarvoor twee redenen. Ten eerste is er het gevoel van intimiteit, warmte en de vertrouwde omgeving van het eigen huis waardoor deze vrouwen kiezen voor een thuisbevalling. Ten tweede wordt gekozen voor thuisbevalling vanuit het idee dat zwangerschap en bevallen een natuurlijk proces is. 'Zwangerschap en bevallen is geen ziekte, dus je kunt lekker in je eigen omgeving blijven.'

De vrouwen die ervoor kiezen om in het ziekenhuis te bevallen, doen dat ofwel omdat ze zich daar veiliger voelen ofwel omdat dat praktischer is ('het huis is te klein en de muren gehorig', 'je hebt geen troep en toestanden thuis'). Een andere motivatie om te kiezen voor het ziekenhuis is om medische redenen, zoals nabloedingen in de familie of epilepsie van de vrouw.

Je zou kunnen verwachten dat inwoners van kleine gemeenten – waar de reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis relatief langer is – liever in het ziekenhuis bevallen. Maar dat blijkt niet het geval te zijn. De wens om thuis te bevallen hangt niet samen met de grootte van de gemeente waar men woont. De wens om al dan niet thuis te bevallen hangt ook niet samen met hoeveel kinderen men al heeft gebaard. Wel blijkt dat die wens samenhangt met leeftijd. Zij die kiezen voor bevalling in het ziekenhuis, zijn gemiddeld genomen iets ouder.

Wat is nu de meest prettige manier van bevallen? We zagen al eerder dat twee derde van de Nederlandse vrouwen het liefst thuis zou bevallen, terwijl uiteindelijk slechts een derde daadwerkelijk thuis bevalt. In ons onderzoek kunnen we wat betreft de plaats van bevallen vier groepen onderscheiden: Thuis (35%), thuis begonnen en later naar het ziekenhuis (18%), poliklinisch (13%) en in het ziekenhuis met een medische indicatie (34%).

We hebben alle respondenten gevraagd hoe de laatste bevalling is verlopen. De vraag die we stelden was: 'Hoe kijk je achteraf

Draaglijk	Thuis later ziekenhuis (3,57)	Ziekenhuis medische indicatie (3,26)	Poliklinisch (2,74)	Thuis (2,02)
Tegenvallen	Thuis later ziekenhuis (4,63)	Ziekenhuis medische indicatie (3,89)	Poliklinisch (2,97)	Thuis (2,22)
Pijnlijk	Thuis later in het ziekenhuis (4,99)	Ziekenhuis medische indicatie (4,60)	Poliklinisch (4,24)	Thuis (3,73)

Tabel 1: De gemiddelde scores van de drie aspecten bij de bevalling per plaats van bevallen.

op je laatste bevalling terug?' Dit deden we aan de hand van een drietal 7-puntsschalen (draaglijk-ondraaglijk, veel mee-veel tegen, niet erg pijnlijk-heel erg pijnlijk). Een hogere score betekent dus dat de bevalling onprettiger was. Op basis van de gemiddelde scores van de vier genoemde groepen (plaats van bevallen) kunnen we vaststellen welke plaats de meest prettige is. Zie tabel 1.

Uit deze tabel (onderste rij) blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen die thuis bevallen, de bevalling gemiddeld als minder pijnlijk ervaren (een score van 3,73) dan vrouwen die thuis beginnen en later in het ziekenhuis moeten bevallen (4,99).

Het beeld dat ontstaat, is zeer consistent. Hierbij dient niet vergeten te worden dat deze scores onafhankelijk van elkaar verkregen zijn. We hebben bij deze analyse niet aan iedere respondent gevraagd waar ze het liefst wil bevallen. We hebben, uitgaande van de plaats waar men bevallen is, vastgesteld wat de scores per subgroep zijn en die resultaten zijn in de tabel opgenomen.

De meest prettige manier van bevallen is thuis. Hier is van tevoren ook bewust voor gekozen. En voor deze groep geldt dat er geen grote complicaties zijn opgetreden. Men hoefde immers niet naar het ziekenhuis. Poliklinisch bevallen in het ziekenhuis komt op de tweede plaats. Je weet van tevoren waar je aan toe bent en je kunt je erop instellen. Het is daarentegen weer minder prettig dan thuis bevallen zonder complicaties, omdat poliklinisch bevallen toch wel in een medische omgeving plaatsvindt.

Op de derde plaats komt de bevalling in het ziekenhuis, met een medische indicatie. Met een medische indicatie weet je van tevoren

dat je naar het ziekenhuis gaat (niet zonder reden uiteraard), leuk is het niet, maar je kunt je er in zekere zin op voorbereiden. De minst prettige manier om te bevallen tot slot, is thuis beginnen en eindigen in het ziekenhuis. De verklaring lijkt voor de hand te liggen: je stelt je in op een gezellige bevalling in huiselijke kring en je moet alsnog (halsoverkop) naar het ziekenhuis.

De indicaties bij deze laatste groep voor ziekenhuisopname waren de volgende:

- 1) meconium in vruchtwater;
- 2) verkeerde ligging (aangezichtsligging, stuitligging);
- 3) ontsluitings/persweeënproblemen;
- 4) bloedverlies/placenta-problemen;
- 5) hartproblemen foetus.

Het merendeel van de respondenten (55%) zag vooraf niet (tot helemaal niet) op tegen de bevalling. En ook het merendeel (60%) vond de bevalling achteraf (best wel) draaglijk. De bevalling lijkt voor de grootste groep vrouwen dus wel mee te vallen. Maar dat wil niet zeggen dat er geen pijn werd geleden. Er bestaat een positieve correlatie tussen de draaglijkheid van de bevalling en de pijn bij de bevalling (Pearson correlatie: 0,62, $P=0,001$). Slechts een kwart van de vrouwen (25%) vond de bevalling niet (erg) pijnlijk. De grootste groep vond de bevalling pijnlijk (25%) of zelfs heel pijnlijk (18%). De rest van de vrouwen (32%) nam een middenpositie in, tussen niet erg pijnlijk en heel pijnlijk. De groep vrouwen die de laatste bevalling gebruik heeft gemaakt van pijnbestrijding, heeft de laatste bevalling ook significant pijnlijker ervaren dan de groep die geen gebruik heeft gemaakt van pijnbestrijding (T-test onafhankelijk samples, $T= -6,004$, $P=0,001$).

Er bestaat een verschil in de beleving van de eerste bevalling

en volgende bevallingen. Het lijkt erop dat vrouwen die voor het eerst bevallen zich vooraf geen duidelijk beeld kunnen vormen van de bevalling. Of ze hebben een te positief beeld ervan. De eerste bevalling – zo geeft men aan – valt significant meer tegen dan volgende bevallingen (T-test independant samples, $T=3,31$, $P=0,001$). Ook is de eerste bevalling significant ondraaglijker (T-test independant samples, $T=3,29$, $P=0,001$) (zie tabel 2).

In vergelijking met andere landen neemt Nederland op verloskundig gebied een bijzondere positie in. De bevalling vindt in de meeste andere landen plaats in het ziekenhuis. In Nederland mag je kiezen waar je wilt bevallen. De mogelijkheid om te kunnen kiezen tussen thuisbevalling en bevallen in het ziekenhuis, wordt door alle respondenten zeer gewaardeerd. Wat duidelijk minder wordt gewaardeerd is de eigen bijdrage voor een ziekenhuisbevalling, wanneer je geen medische indicatie hebt. Het merendeel van de respondenten (57%) is het hier mee oneens. Men vindt het een financiële oneerlijkheid: 'Mensen die het niet kunnen betalen worden dan gedwongen om thuis te bevallen, dit bevoorrecht mensen met een hoger inkomen.' De meningen van de respondenten hieromtrent zijn niet gerelateerd aan het gezinsinkomen van de respondent. Het is dus niet zo dat alleen de minder draagkrachtige personen deze mening hebben. De eigen bijdrage wordt verder gezien als een beperking van de keuzevrijheid: 'Ik vind dat geld (dus een bijdrage) niet het besluit van de zwangere mag beïnvloeden.' Bovendien – zo zeggen veel vrouwen – zijn bijvoorbeeld angst of een onveilig gevoel dat de vrouw heeft bij thuisbevalling, feitelijk medische redenen om in het ziekenhuis te mogen bevallen.

Bij bijna de helft van de bevallingen (48%) is wel eens een complicatie opgetreden. Er is geen relatie gevonden tussen complicaties en leeftijd van de respondent. Vrouwen die aangeven een complicatie te hebben gehad tijdens de bevalling, zullen bij een eerstvolgende bevalling significant sneller vragen naar pijnbestrijdingsmiddelen, zo blijkt uit de gegevens (Mann-

	een kind of meer kinderen	N	Mean
draaglijkheid	een kind	494	3,03
	twee of meer kinderen	313	2,57
meevallen	een kind	493	3,58
	twee of meer kinderen	312	3,03

Tabel 2: De draaglijkheid en het al dan niet meevallen van de bevalling bij de eerste bevalling (een kind) en volgende bevallingen (twee of meer kinderen).

	volgende bevalling vragen om pijnbestrijding?	N	Mean
pijn bevalling	ja	199	5,56
	nee	605	3,93
meevallen	ja	198	4,92
	nee	603	2,83

Tabel 3: De relatie tussen de ervaringen tijdens de laatste bevalling (pijn en meevallen) en de pijnbestrijding bij de eerstkomende bevalling.

Whitney U: $Z=-5,59$, $P=0,000$). De meest voorkomende complicaties waren: verkeerde ligging of beperkte doorgang, problemen met de navelstreng, placenta problemen, meconiumproblemen, weeën en ontsluitingsproblemen, bloedverlies, hartslag/bloeddrukproblemen.

Meer expliciet vroegen we naar stuitliggingen. 5% van de respondenten had tijdens de laatste bevalling een stuitligging van de baby. De helft van deze stuitliggingen is op een natuurlijke manier ter wereld gekomen. Bijna een kwart (23%) van de stuitliggingen is op verzoek van de vrouwen zelf natuurlijk bevallen. Bij 30% van de stuitliggingen was het de gynaecoloog die de beslissing nam om de bevalling natuurlijk te laten verlopen. Bij de rest van de stuitliggingen (47%) is de baby ter wereld gekomen door middel van de keizersnee. De keizersnee werd door de vrouw zelf gevraagd in 12% van de gevallen. In 35% was het de gynaecoloog die de keizersnede heeft aangeraden.

Dat een bevalling niet zonder pijn gaat, zagen we al eerder. Bij meer dan een kwart van de bevallingen (26%) is gebruikgemaakt van pijnbestrijding. De meest gebruikte vorm hierbij was de ruggenprik (43%), gevolgd door Pethidine (26%). Alternatieve pijnbestrijding werd in slechts 2% van die gevallen toegepast. Verder (29%) werd ge-

noemd lachgas, volledige narcose, morfine en een combinatie van pijnbestrijdingsmiddelen.

De eerste bevalling is voor elke vrouw een compleet nieuwe ervaring. De pijn die gepaard gaat met bevallen is onbekend als je van je eerste kind bevalt. Vrouwen die voor de eerste keer bevallen, hebben tijdens die bevalling significant meer gebruikgemaakt van pijnbestrijdingsmiddelen dan vrouwen die twee of meer kinderen hebben (T-test independant samples, $T=3,0$, $P=0,003$).

We stelden ook de vraag of men bij een eerstvolgende bevalling om pijnbestrijding gaat vragen. Precies een kwart van de respondenten (25%) geeft aan dit te gaan doen. De vrouwen die aangeven bij een eerstvolgende bevalling pijnbestrijding te gaan gebruiken, hebben de laatste bevalling significant pijnlijker ervaren (T-test independant samples, $T=11,29$, $P=0,001$). Ook vonden zij de laatste bevalling significant meer tegenvallen (T-test independant samples, $T=12,05$, $P=0,001$). Met (de pijn van) de laatste bevalling in het achterhoofd, wordt geanticipeerd op de eventueel komende bevalling.

Vrouwen die bij hun laatste bevalling gebruik hebben gemaakt van pijnbestrijdingsmiddelen, zullen dat significant vaker doen bij hun eerstvolgende bevalling (Wilcoxon

Signed ranks test: $Z = -15,747$, $P = 0,000$). De redenen om gebruik te maken van pijnbestrijding zijn voor de hand liggend. 'Het is soms echt onmenselijk'. 'Ik ga het de eerstkomende keer vooraf regelen. Bij een tand trekken, krijg je al verdoving en hier niet?' 'Ik wil die pijn niet nog eens meemaken.'

Veel gehoorde redenen om juist geen pijnbestrijdingsmiddelen te gebruiken zijn de volgende: 'De pijn is nodig voor een goede bevalling', 'Die middelen brengen de nodige risico's met zich mee. De baby krijgt ook de medicijnen binnen en dat wil ik niet.', 'Je lijf is gemaakt voor het krijgen van kinderen, pijn hoort erbij.'

We legden de groep vrouwen drie stellingen voor over het toedienen van een ruggenprik tijdens de bevalling. Een derde (30%) is het eens met de stelling 'Een ruggenprik is niet nodig en brengt onnodige risico's met zich mee, zoals een verhoogde kans op een kunstverlossing.' 66% kiest voor de stelling 'Iedere vrouw moet kunnen kiezen of ze wel of niet wil bevallen met behulp van een ruggenprik.' En tot slot is slechts 4% het eens met de stelling 'Een ruggenprik moet standaard aan iedere zwangere vrouw worden aangeboden.'

Het babysterftecijfer rond de geboorte neemt in Nederland een middenpositie in van alle Europese landen. We vroegen onze respondenten wat volgens hen de belangrijkste oorzaak hiervan is. Een derde van alle respondenten (34%) schrijft de relatieve hoge babysterfte in Nederland toe aan de hoge leeftijd waarop vrouwen in Nederland voor het eerst moeder worden. Op de tweede plaats (met 22%) wordt genoemd het minder screenen naar aangeboren afwijkingen tijdens de zwangerschap in Nederland in vergelijking met andere landen. Bijna een derde van de respondenten geeft aan het antwoord niet te weten. Roken tijdens zwangerschap (4%), gebrekkige voorlichting aan allochtone vrouwen (4%) en thuisbevallingen (2%) scoren lager.

DE NAZORG

De verloskundige zorg in Nederland tijdens de nazorg krijgt van de respondenten het (gemiddelde) rapportcijfer 7,1. De nazorg krijgt daarmee het laagste cijfer. Maar liefst 12% van de respondenten geeft de Nederlandse verloskundige zorg na de geboorte een onvoldoende.

De redenen om een onvoldoende te geven zijn op te delen in twee categorieën. Een groot deel van de respondenten die een onvoldoende geven, doet dit omdat ze überhaupt geen nazorg hebben gehad: 'Nazorg? Welke nazorg? De verloskundige kwam even naar de kleine kijken en dat was het...', 'Totaal geen nazorg gehad.' 'Eén keer zijn ze langs geweest en daarna nooit meer wat gehoord.' De tweede reden om een onvoldoende te geven kwam voort uit onvoldoende professioneel gedrag van de hulpverleners: 'Geen aandacht voor ernstige bekkenklachten die tijdens de bevalling zijn ontstaan', 'Ik had een depressie en daar kwamen ze pas na maanden achter', 'Ik heb al in de kraamweek aangegeven, dat ik me somber voelde.' 'Ja, mijn dochter huilde heel veel en het leek net of dat niet meer hun zorg was.'

Vrouwen geven de nazorg van hun eerste kind een significant lager cijfer (6,9) dan vrouwen die de nazorg beoordelen van hun tweede (of derde, vierde, vijfde) kind (7,4). Ook hier geldt weer dat ervaring en kennis die je hebt opgedaan bij je eerste kind wellicht een realistischer beeld geeft over wat je te wachten staat bij een tweede of volgend kind.

Het overgrote deel van de respondenten (78%) heeft thuis kraamzorg gehad. 12% van de respondenten heeft nazorg in het ziekenhuis genoten. Het gemiddelde aantal dagen kraamzorg thuis is 6,7. Het gemiddelde aantal dagen in het ziekenhuis is 4, met als minimum 1 en als maximum 9. Van het kraamhotel is nauwelijks gebruikgemaakt door de respondenten (letterlijk 1 respondent heeft hier gebruik van gemaakt). Driekwart van de respondenten (77%) geeft aan (zeer) tevreden te zijn over de kraamzorg.

12% zegt (zeer) ontevreden te zijn. Een ruime meerderheid van de respondenten (81%) geeft aan dat de vergoeding voor de kraamzorg voldoende is. Deze mening is niet gerelateerd aan hun gezinsinkomen.

De meeste vrouwen (69%) hebben hun kind meer dan een week borstvoeding gegeven. 15% van de respondenten wilde geen borstvoeding geven en bij 10% lukte het niet. 6% heeft geen borstvoeding gegeven vanwege redenen zoals borstverkleining, medicijngebruik, of een te hoge bloeddruk.

Bij de borstvoeding werd men het meest begeleid door de kraamhulp (64%). 12% gaf aan door niemand te zijn begeleid. De verloskundige (10%) en de lactatiedeskundige (3%) volgen daarop. Tot slot werd 12% van de vrouwen bij de borstvoeding begeleid door andere personen, zoals hun moeder of iemand van het consultatiebureau. Het aantal weken dat men borstvoeding heeft gegeven loopt zeer uiteen. Van 1 tot 172 weken. Het gemiddelde aantal weken borstvoeding is 20 weken. Op de vraag wat de belangrijkste reden was om te stoppen met borstvoeding geeft 65% van de vrouwen drie hoofdredenen: onvoldoende melkproductie, medische redenen (bijvoorbeeld borstontsteking) en problemen bij de baby (zoals tandjes). 12% gaf als reden dat de baby niet uit de borst wilde drinken. In 8% van de gevallen groeide de baby niet goed genoeg. 6% van de vrouwen had er geen zin meer in en eveneens 6% kon borstvoeding niet combineren met haar werk. Slechts 2% gaf als reden dat ze haar eigen lijf weer terug wilde.

Het overgrote deel van de respondenten (78%) ging na de bevalling (weer) buitenshuis werken. De meesten vrouwen werken 24 uur per week.

We waren benieuwd hoe de situatie in Nederland is voor werkende moeders die borstvoeding geven. We stelden de vraag: Indien je na je bevalling ging werken en je borstvoeding gaf, kon je dit dan goed combineren met je werk?

Een derde (32%) van de vrouwen, antwoordde hierop met 'Nee'. Zij konden werk en borstvoeding niet goed combineren. Over het algemeen is het gebrek aan kolfruimtes en het gebrek aan tijd het grote probleem. ('Ik werk freelance en bij klanten is er geen kolfruimte', 'Voor het werk moet ik veel klanten bezoeken, ik ben dus te veel onderweg', 'Er zijn niet echt aparte kamers makkelijk te vinden en ik voel me er niet prettig bij', 'In een mannenwereld vind ik afkolven erg lastig').

Gemiddeld hebben de moeders achttien weken vrij gehad rondom de geboorte, waarvan gemiddeld vijf weken voor de bevalling en dertien weken na de bevalling. Het gemiddeld aantal weken zwangerschapsverlof is zestien. Het gemiddelde aantal weken vakantie en/of ouderschapsverlof dat men heeft opgenomen is vier.

De periode die men vrij had (genomen) rondom de geboorte was voor het merendeel van de respondenten voldoende (64%). Daarentegen geeft ruim een derde deel van de respondenten aan dat deze rustperiode onvoldoende was. Daarvan geeft 31% aan dat ze zich nog niet echt fit voelde, maar desondanks weer aan het werken is gegaan. En 4% heeft zich na die periode nog drie (of meer) weken ziek moeten melden.

SAMENVATTEND

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de Nederlandse vrouw tevreden is over de verloskundige zorg die zij tijdens haar zwangerschap, tijdens de bevalling en ge-

urende de nazorg heeft gehad. Dit is goed nieuws, maar het kan altijd nog beter. Op basis van de resultaten kunnen de volgende verbeterpunten worden opgetekend.

Om de verloskundige zorg verder te verbeteren zou meer aandacht besteed moeten worden aan de begeleiding van vrouwen die een miskraam hebben gehad. Daarbuiten blijkt dat het gebrek aan ervaring bij de eerste geboorte ertoe kan leiden dat men verkeerde verwachtingen heeft omtrent de bevalling en de nazorg. Ook hier zou de verloskundige zorg kunnen worden verbeterd door zoveel mogelijk voorlichting te geven over deze gebeurtenissen, zodat het beeld dat de aanstaande moeders hebben, meer overeenkomt met de werkelijkheid. Met name op het gebied van pijn bij de bevalling blijkt bij de eerste bevalling een groot contrast te bestaan tussen de verwachtingen en de realiteit.

De nazorg in het algemeen verdient extra aandacht. Het betreft hier de verloskundige nazorg en de kraamhulp. Vlak voor en tijdens de bevalling staat de moeder volop in de belangstelling. Zij en haar kind krijgen alle aandacht. Na de geboorte, wordt deze aandacht logischerwijs minder. Het gevaar bestaat dat wegens drukte en andere zaken de verloskundige nazorg niet of onvoldoende verstrekt wordt.

Thuis bevallen blijkt de meest prettige manier te zijn om je kind ter wereld te brengen. Er blijkt echter een groot verschil te bestaan tussen de wens om thuis te bevallen en de realiteit. Twee derde van de vrouwen zou graag thuis bevallen,

terwijl dat maar in een derde van de gevallen bij de laatste bevalling is gelukt. Bijna een op de vijf vrouwen (18%) stelt zich in op een thuisbevalling en moet alsnog naar het ziekenhuis. Dit is buiten twijfel de minst prettige manier van bevallen. Een vroegtijdige signalering van de indicaties voor ziekenhuisopname, zoals eerder besproken, zou de verloskundige zorgverlening verbeteren. Wellicht dat dit onderwerp door verder onderzoek kan worden verdiept.

De Nederlandse vrouw waardeert en koestert een systeem waar de beslissing over belangrijke zaken (zoals de plaats van de bevalling, pijnbestrijding, de periode vrij rondom de bevalling) bij de vrouw zelf ligt.

Er zijn duidelijk twee stromingen te onderscheiden in de mening en benadering van de geboorte van kinderen. Een deel van de Nederlandse vrouwen ziet de bevalling als een natuurlijk proces, waarbij men bij voorkeur thuis bevalt en geen pijnbestrijdingsmiddelen gebruikt. Een kleiner deel ziet de bevalling als een medische ingreep die bij voorkeur in het ziekenhuis plaatsvindt en waarbij pijnbestrijding – indien nodig – wordt toegepast.

Het is zaak in de verloskundige zorgverlening open te staan voor beide meningen en niet een van beide visies te laten prevaleren.

Dit onderzoek is uitgevoerd door TeraKnowledge® in samenwerking met de redactie van het maandblad *Kinderen*.