

Thuis bevalt best

Zowel in Nederland als in Vlaanderen

Wendy Christiaens

Het unieke Nederlandse verloskundige systeem is wereldwijd bekend en wordt vaak als rolmodel beschouwd in de internationale verloskundige literatuur. Nederland fungeert ook als referentiekader voor de Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen die zich inzetten voor de verdere ontplooiing van de eerstelijns verloskunde. De Vlaams-Nederlandse vergelijking is voor de hand liggend gezien de overeenkomsten inzake taal, geografie, politiek regime en type welvaartstaat, maar tegelijk verrassend omwille van de sterk uiteenlopende gezondheidszorgsystemen. Het doel van onze studie was na te gaan hoe verloskundige zorgmodellen, gekenmerkt door een verschillende mate van medicalisering, zich vertalen in maternaal welbevinden.

Nederland en Vlaanderen vergeleken

Een hoog percentage thuisbevallingen en een laag percentage medische interventies zijn twee kenmerken waarmee het Nederlandse zorgmodel zich onderscheidt van andere westerse geïndustrialiseerde landen, zoals België^[1,2]. Verschillende auteurs hebben zich reeds gebogen over de specifieke Nederlandse situatie^[1-9]. De meeste pogingen om de uniciteit van het Nederlandse zorgmodel te begrijpen, concentreren zich op culturele factoren, zoals het zuinigheidsideaal^[8,10], de centrale rol van het gezin^[10,11], de perceptie van pijn^[11] en de verzuiling^[8]. In de vergelijking met Vlaanderen springt het Nederlandse poortwachtersysteem in het oog. Het zorgt ervoor dat vrouwen die een normale baring verwachten, kunnen bevallen onder begeleiding van eerstelijns zorgverleners, verloskundigen en huisartsen. Doordat in Vlaanderen dergelijke echelonnering ontbreekt, klopt 98% van de vrouwen rechtstreeks aan bij een gynaecoloog, versus 14% in Nederland^[12]. Bijgevolg hoeft het niet te verbazen dat in Vlaanderen slechts 1,2% van de bevallingen thuis gebeurt^[13], terwijl dat in Nederland ongeveer 30% is^[14,15]. De plaats van bevallen is indicatief voor het gehanteerde zorgmodel, nl. het medische of het sociale model, en de daarmee gepaard gaande ideologie^[16]. In Vlaanderen en



Nederland zijn zowel het sociale als het medische model vertegenwoordigd, maar in verschillende mate. Het medische is cultureel dominant in Vlaanderen, terwijl in Nederland zwangerschap en bevalling veelal gedefinieerd worden als normale fysiologische gebeurtenissen, wat eigen is aan het sociale model. In Nederland functioneren als het ware twee praktijken naast elkaar. Daarbij opereren in het publieke en medische domein voor- en tegenstanders van thuis bevallen^[8]. In Vlaanderen is dergelijke ambiguïteit afwezig, gezien de kleine vraag naar thuis bevallen. Vrouwen kunnen er vrij de plaats van bevallen kiezen, maar de meesten zijn er zich niet van bewust dat thuis bevallen een beschikbaar en veilig alternatief is. Met andere woorden, de vrije keuze is er beperkt door een gebrek aan informatie over alternatieve modellen van zorg. Wat betekenen de verschillende manieren waarop de verloskundige zorg in Vlaanderen en Nederland georganiseerd wordt voor de post-partum tevredenheid van moeders? In ons crossnationaal onderzoek wilden we, ten eerste te weten komen of de plaats van bevallen (thuis versus ziekenhuis) geassocieerd is met post-partum tevredenheid. We verwachtten dat vrouwen met een thuisbevalling meer tevreden zijn over de geboorte dan vrouwen met een ziekenhuisbevalling, omdat het sociale model continuïteit van zorg, betrokkenheid in beslissingen en controle stimuleert^[17]. Deze drie zorgkenmerken werden reeds eerder geïdentificeerd als de belangrijkste determinanten van tevredenheid^[18]. Ten tweede, wilden

Wendy Christiaens is sociologe en verbonden aan de Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent; wendy.christiaens@ugent.be

we toetsen of de associatie tussen de plaats van bevallen en tevredenheid dezelfde is in Vlaanderen en Nederland. We verwachtten dat Nederlandse vrouwen meer tevreden zijn over de bevalling dan Vlaamse vrouwen omdat het sociale model in Nederland beter vertegenwoordigd en geïntegreerd is dan in Vlaanderen. De resultaten van deze vergelijkende studie werden gepubliceerd in *Midwifery*^[19], *BMC Pregnancy and Childbirth*^[20] en *BMC Health Services Research*^[21], en worden in wat volgt samengevat.

De dataverzameling

In onze studie worden vier groepen vergeleken, namelijk Vlaamse en Nederlandse vrouwen met respectievelijk een thuis of ziekenhuisbevalling. Er werden daartoe twee gestandaardiseerde vragenlijsten ingevuld, één tijdens de 30ste zwangerschapsweek en één binnen twee weken na de bevalling. De eerste vragenlijst peilde voornamelijk de verwachtingen die de aanstaande moeders hadden over de geboorte, zowel met betrekking tot de plaats van bevallen als de beleving ervan. Bovendien werd er gevraagd naar een aantal persoonskenmerken zoals huwelijksstatus, leeftijd, opleidingsniveau en pariteit. De postnatale vragenlijst daarentegen was vooral gericht op de geboorte-ervaring en de tevredenheid hierover. Post-partum tevredenheid werd hier gebruikt als indicator voor maternaal welbevinden en werd gemeten aan de hand van een multidimensionale schaal, met name de Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Deze schaal is onderverdeeld in zes subdimensies, nl. algemene tevredenheid, tevredenheid met zelf-, baby-, arts-, verloskundigen- en partnergerelateerde aspecten van de geboorte. De minimumscore op elke subdimensie is nul en de maximumscore is vijf. Voor meer informatie aangaande deze schaal, verwijst ik naar de oorspronkelijke auteurs Goodman and Mackey^[22], en voor de Nederlandse versie naar Christiaens en Bracke^[20].

De data voor dit onderzoek werden verzameld tussen september 2004 en september 2005.

Achthonderddrieëndertig respondenten vulden de eerste vragenlijst in, waarvan 611 ook de tweede vragenlijst invulden. De studie vond hoofdzakelijk plaats in de omgeving van twee vergelijkbare steden in Vlaanderen en Nederland, respectievelijk Gent en Tilburg. Hoewel de Vlaamse ziekenhuisbevallers gerekruteerd werden in Gent, werden thuisbevallers over heel Vlaanderen uitgenodigd om deel te nemen, om een voldoende grote vertegenwoordiging van Vlaamse thuisbevallers in de steekproef te verkrijgen. Vrouwen werden door hun verloskundige of arts uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoeksproject. De inclusiecriteria waren vrij ruim: men moest Nederlands kunnen spreken en verstaan, en 18 jaar zijn of ouder. Naast de descriptieve statistieken werden de data ook geanalyseerd door middel van variantie analyse. F-testen geven de significantie weer van de interlandelijke verschillen.

Wat leert de Nederlands-Vlaamse vergelijking?

Binnen de eerste twee weken na de geboorte vulden 611 vrouwen, waarvan 265 Vlaamse en 346 Nederlandse, een vragenlijst in. Deelnemers waren 19 tot 44 jaar oud, met een gemiddelde van 31 jaar. Gemiddeld waren Nederlandse vrouwen iets ouder. Vrouwen die van hun eerste kind bevielen, maakten 45,8% uit van de steekproef, 98,7% was gehuwd of woonde samen. In de Vlaamse subgroep telden we 51% primiparae. Meer Vlaamse (71,1%) dan Nederlandse (40,8%) respondenten hebben hoger onderwijs genoten en 85% van alle respondenten had werk, met 84,7% in Vlaanderen en 86,8% in Nederland. Thuisbevallingen vertegenwoordigen 24,1% van de Vlaamse subsample en 48,0% van de Nederlandse (tabel 1).

Tabel 1: Descriptieve statistieken van socio-demografische variabelen in totaal en voor Vlaamse en Nederlandse vrouwen afzonderlijk

	Totaal		België		Nederland	
	n	%	n	%	n	%
Hoger opgeleid	329	56.1	194	76.1	135	40.8
Gehuwd/samenwonend	596	98.7	257	98.4	339	98.8
Primiparae	276	45.8	133	51.0	143	41.9
Buitenshuis werkend	517	85.9	221	84.7	296	86.8
	n	Gemiddelde (St. afw.)	n	Gemiddelde (St. afw.)	n	Gemiddelde (St. afw.)
Leeftijd	816	31.21 (4.17)	372	30.41 (4.09)	444	31.87 (4.14)

Tabel 2: Gemiddelde scores en F-waarden (gecorrigeerd voor pariteit, leeftijd en opleidingsniveau)

Variabelen	Land		F	Plaats van bevallen		Land* plaats van bevallen	
	Vlaanderen	Nederland		thuis	ziekenhuis	F	F
Tevredenheid met:							
De geboorte algemeen	4.139	3.929	18.178***	4.082	3.973	8.652**	7.775**
Zelf	3.992	3.663	47.829***	3.942	3.698	37.176***	12.606***
Baby	4.487	4.337	13.542***	4.516	4.313	13.946***	-
Verloskundige	4.624	4.325	36.428***	4.558	4.377	20.396***	-
Arts	4.365	4.046	19.382***	-	-	-	-
Partner	4.737	4.590	10.664**	4.692	4.625	5.426*	-

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Uit de vergelijking tussen Vlaamse en Nederlandse respondenten, springen twee bevindingen in het oog (tabel 2). Ten eerste, vrouwen die planden om thuis te bevallen, waren meer tevreden dan vrouwen die de intentie hadden om in een ziekenhuis te bevallen, zowel in Nederland als in België. Dit gaat op voor elke subdimensie van tevredenheid. Ten tweede, Vlaamse vrouwen waren meer tevreden over de bevalling dan Nederlandse, eveneens betreffende iedere subdimensie, en ongeacht de plaats van de bevallen.

Thuis bevalt best

De niet-gemedicaliseerde thuissituatie heeft dus een gunstig effect op de tevredenheid van moeders. Bovendien waren Vlaamse zowel als Nederlandse vrouwen meer tevreden met de steun van vroedvrouwen/verloskundigen dan van artsen. Dit is een verrassend resultaat voor Vlaanderen, aangezien artsen een hechte arts-patiënt relatie kunnen opbouwen gedurende de hele zwangerschap, terwijl vrouwen de vroedvrouw niet voor de bevalling ontmoeten. De verklaring kan gezocht worden in de determinanten van tevredenheid die in de Engelstalige literatuur benadrukt worden, namelijk continuïteit van zorg, betrokkenheid in zorgkeuzes en controle. Deze factoren worden meer geassocieerd met verloskundige dan obstetrische praktijk [23;24].

Vlaanderen bevalt beter

De meest opvallende bevinding is wel dat hoewel de obstetrische praktijk (ziekenhuisbevallingen) resulteert in een lagere post-partum tevredenheid dan de verloskundige praktijk (thuisbevallingen), en de obstetrische praktijk cultureel dominant is in Vlaanderen, de Vlaamse vrouwen toch meer tevredenheid rapporteren dan de Nederlandse. Gezien de Nederlandse organisatie van zorg beter aansluit bij het sociale model, dan de Vlaamse, en het

sociale model verwacht wordt te resulteren in een hogere tevredenheid, hadden we hogere tevredenheidsscores verwacht bij de Nederlandse vrouwen dan bij de Vlaamse. Onze bevindingen spreken deze hypothese echter tegen.

Verklaringen gezocht

De interpretatie van deze bevindingen moet gedifferentieerd worden naar de plaats van bevallen. In beide zorgsettings (thuis en ziekenhuis) is er een dubbele logica mogelijk: ofwel zijn de zorgsettings die we afgebakend hebben niet de vertegenwoordigers van de vooropgestelde zorgmodellen, dat wil zeggen, Vlaanderen van het medische en Nederland van het sociale model. Ofwel resulteren de zorgmodellen, sociaal versus medisch, niet in de verwachte uitkomsten wat betreft welbevinden.

Nederlandse en Vlaamse bevallingen in het ziekenhuis

Wat de Nederlandse ziekenhuizen betreft, zou – rekening houdende met de lage obstetrische interventiecijfers in Nederland – verwacht kunnen worden dat de Nederlandse obstetrische praktijk beïnvloed wordt door de Nederlandse culturele opvattingen over geboorte, met



centraal dat bevallen een normaal proces is en dat de spontaniteit ervan moet bewaakt worden. Met andere woorden, we zouden kunnen verwachten dat de biomedische ideologie minder sterk de Nederlandse, dan de Vlaamse obstetrische praktijk kenmerkt. De bevinding dat vrouwen meer tevreden zijn in Vlaamse dan in Nederlandse ziekenhuizen, kan dan ofwel betekenen dat deze veronderstelling niet klopt, ofwel dat de Vlaamse gemedicaliseerde aanpak niet funest is voor het maternaal welbevinden. Dit laatste gaat in tegen de medicaliseringskritieken.



Dat ziekenhuisbevallingen in Vlaanderen resulteren in een hogere tevredenheid kan bovendien te maken hebben met de betekenis die vrouwen aan deze omgeving toekennen. In Vlaanderen staat het ziekenhuis voor veiligheid en comfort. In Nederland ook, maar voor sommige vrouwen met tegenzin (bijv. na een doorverwijzing) en voor andere, degenen die bewust voor een ziekenhuis kiezen, gaat het misschien niet ver genoeg. We hebben geen zicht op hoe de specifieke ziekenhuisorganisatie verschilt in termen van bijvoorbeeld continuïteit van zorg, inspraak in beslissingen en toegang tot medische technologie zoals pijnstilling. Wanneer we even dieper ingaan op de specifieke situatie waarbij vrouwen die gepland hadden om thuis te bevallen, toch naar het ziekenhuis werden doorverwezen

tijdens de zwangerschap of bevalling, blijkt dat doorverwezen worden, gepaard gaat met een daling van de post-partum tevredenheid in het algemeen, en de zelfgerelateerde aspecten van tevredenheid in het bijzonder. Deze negatieve associatie gold echter niet voor de andere subdimensies van tevredenheid (baby, vroedvrouw/verloskundige en partner). Opvallend was dat Nederlandse respondenten na doorverwijzing een lagere post-partum tevredenheid rapporteerden dan Vlaamse. Daar waar Vlaamse doorverwezen vrouwen minder tevreden waren dan degenen die thuis bevielen, maar meer tevreden dan zij die zoals gepland in een ziekenhuis bevielen, waren de Nederlandse doorverwezen vrouwen het minst tevreden van de vier groepen.

Nederlandse en Vlaamse thuis bevallingen

Wat de thuisbevallingen betreft, stellen we vast dat de Vlaamse verloskundige praktijk resulteert in meer tevredenheid dan de Nederlandse. Opnieuw kan dat betekenen dat ofwel de Vlaamse thuisbevallingen meer aan het sociale model beantwoorden, ofwel dat het sociale model niet resulteert in een hoger welbevinden. Hierboven hebben we geargumenteed dat, wat betreft de ziekenhuizen, het medische model niet zo funest is als het door critici voorspeld wordt. Voor de thuisbevallingen, lijkt de andere logica meer aannemelijk, namelijk, dat de Vlaamse verloskundige praktijk in feite meer op het sociale model georiënteerd is, dan de Nederlandse. De Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen onderscheiden zich van de Nederlandse verloskundigen door hun minderheidspositie. Ze maken deel uit van een tegenbeweging die moet begrepen worden binnen een emancipatorisch discours tegen het medische "establishment". Zij streven het ideaaltype van het sociale model na en slagen daar ook beter in dan hun Nederlandse collega's door hun lagere werkbelasting. Vlaamse zelfstandige vroedvrouwen beschikken over de ruimte om vrouwen thuis intensief en continu te begeleiden doordat hun aantal cliënten laag ligt en werken in minder grote verbanden dan verloskundigen in Nederland. In Nederland is deze continuïteit niet gegarandeerd, door de hogere werkdruk die een andere werkorganisatie vereist dan in Vlaanderen: verloskundigen binnen een groepspraktijk lossen elkaar af en worden ondersteund door kraamverzorgenden. Desalniettemin moeten Nederlandse vrouwen een groot deel van de bevalling zelfstandig doorstaan, terwijl Vlaamse vrouwen beroep kunnen doen op de continue steun van een vroedvrouw, die als het moet, uren en uren op de bedrand zit. In bijkomende analyses hebben we vervolgens de verwachtingen van vrouwen over de naderende bevallingen vergeleken met de ervaringen die ze achteraf rapporteerden. Daaruit bleek dat vrouwen die een thuisbevalling hadden gepland, positievere verwachtingen en ervaringen

hadden dan de respondenten die een ziekenhuisbevalling hadden gepland. Vlaamse vrouwen hadden bovendien positievere verwachtingen en ervaringen dan Nederlandse, ongeacht de plaats van bevallen. Met andere woorden, Nederlandse vrouwen met een thuisbevalling waren minder optimistisch dan Vlaamse thuis bevallen vrouwen, en hetzelfde geldt voor de vrouwen met een ziekenhuisbevalling. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met bovenstaande resultaten. Dit betekent dat verwachtingspatronen een gedeeltelijke verklaring kunnen vormen voor de verschillen in post-partum tevredenheid tussen Vlaamse en Nederlandse vrouwen.

Goed, beter, best

Binnen het bestek van deze studie kunnen we geen uitsluitend geven over de geopperde verklaringen, gezien ze onze data overstijgen. Om de bevindingen te begrijpen zijn contextspecifieke verklaringen nodig. Er is dus informatie nodig over hoe de Vlaamse en Nederlandse verloskundige en obstetrische praktijk precies van elkaar verschillen. Met andere woorden, welke zijn de verschillen tussen Vlaamse en Nederlandse thuisbevallingen die aanleiding kunnen geven tot een verschillende tevredenheid? Deze vraag geldt nog meer voor de ziekenhuisbevallingen, want over de verschillen in de sociale organisatie van Vlaamse en Nederlandse verloskundige klinieken of afdelingen bestaat nog meer onduidelijkheid. Het zorgmodel dat maternaal welbevinden maximaliseert, lijkt op basis van de bovenstaande resultaten, de Vlaamse thuisbevalling te zijn. Op populatieniveau dient echter rekening gehouden te worden met het feit dat dit zorgmodel in Vlaanderen slechts voor een select publiek mogelijk is. Meer nog, mocht de vraag naar Vlaamse thuisbevallingen fors toenemen, dan zou (1) het aanbod in termen van aantal zelfstandige vroedvrouwen te klein zijn en (2) er zich een andere werkorganisatie opdringen, waardoor de sterke kanten van het model verloren zouden gaan. Door de hogere werkdruk zou het model evolueren in de richting van de Nederlandse verloskundige praktijk. Daar is de zorgverlening georganiseerd in verloskundige praktijken, waardoor aan continuïteit ingeboet wordt, maar aan efficiëntie gewonnen wordt. Op die manier wordt thuis bevallen mogelijk gemaakt voor een groot segment van de bevolking.

Noot van de redactie

Met haar artikel zond mevrouw Wendy Christiaens verschillende foto's op van de Universiteit van Gent, een prachtig bouwwerk. Twee daarvan wilden wij u niet onthouden: een blik op een muur en plafond van de aula en een foto van een deel van de binnentuin van het universteitsgebouw. Er spreekt een hoge mate van kwaliteit uit! ■

Referenties

1. Kerssens JJ. Patient Satisfaction with Home-Birth Care in the Netherlands. *J Adv Nurs*. 1994; 20: 344-350.
2. Wiegers TA, van der Zee J, Keirse MJNC. Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth-Issues in Perinatal Care* 1998; 25:190-197.
3. Treffers PE, Vanalten D, Pel M. Condemnation of Obstetric Care in the Netherlands. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 146: 871-872.
4. Hiddinga A. Obstetrical Research in the Netherlands in the 19Th-Century. *Med Hist*. 1987; 31: 281-305.
5. Van Teijlingen E, McCaffery PG. The profession of midwife in the Netherlands. *Midwifery* 1987; 3: 178-186.
6. Kleiverda G, Steen AM, Andersen I, Treffers PE, Everaerd W. Place of Delivery in the Netherlands - Actual Location of Confinement. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991; 39: 139-146.
7. Oppenheimer C. Organizing Midwifery Led Care in the Netherlands. *Br Med J*. 1993; 307: 1400-1402.
8. DeVries R. A Pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands. Philadelphia: Temple University Press; 2004.
9. Johnson TR, Callister LC, Freeborn DS, Beckstrand RL, Huender K. Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007; 32: 170-177.
10. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, DeVries R, Van Teijlingen ER. Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociol Health Illn*. 2005; 27: 722-737.
11. van Teijlingen E. Dutch midwives: the difference between image and reality. In: Earle S, Letherby G, (Eds.), *Gender, identity and reproduction: social perspectives*. London: Palgrave; 2003.
12. Wiegers TA, Van der Zee J, Kerssens JJ, Keirse MJNC. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Soc Sci Med*. 1998; 46: 1505-1511.
13. Gilleur C. Thuis bevallen in Vlaanderen: een kwestie van reflexiviteit. *Tijdschr Sociol*. 2007; 28: 25-51.
14. Wiegers TA. Home or hospital birth: a prospective study of midwifery care in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998; 79: 139-141.
15. Studiecentrum Perinatale Registratie Nederland (SPRN). Verloskunde in Nederland: grote lijnen 1995-1999. Bilthoven: SPRN; 2005.
16. Van Teijlingen E. A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. 2005. *Sociological Research Online* 10, <http://www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html>.
17. Hyde A, Roche-Reid B. Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife. *Soc Sci Med*. 2004; 58: 2613-2623.
18. Hundley VA, Milne JM, Glazener CMA, Mollison J. Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 1273-1280.
19. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* doi:10.1016/j.midw.2007.02.001, (in press).
20. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007; 7: 26.
21. Christiaens W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 109.
22. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004; 46: 212-219.
23. Van der Hulst LAM. Dutch midwives: relational care and birth location. *Health Soc Care Community* 1999; 7: 242-247.
24. Longworth L, Ratcliffe J, Boulton M. Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health Soc Care Community* 2001; 9: 404-413.