

# DE IMPACT VAN EEN KEUZE

Beïnvloedt de voorgenomen bevallingsplaats van een zwangere vrouw haar opvattingen over het gebruik van verloskundige technieken en het vóórkomen van verloskundige interventies?

## Samenvatting

Deze studie onderzocht wat de impact is van de voorgenomen bevallingsplaats op de zwangerschap en het verloop van de baring.

## Methoden

Een prospectief onderzoek onder 625 laag risico vrouwen, tussen de 20 en 24 weken amenorroeduur. Het verloop van de baring werd gemeten naar het aantal verrichtte technische interventies door vroedvrouwen en gynaecologen.

## Resultaten

Vrouwen met een voorkeur voor thuis bevallen hadden vaker een non-technologische houding tegenover de baring. Strippen en amniotomie door de vroedvrouw kwamen vaker voor in de nullipara thuisbevallinggroep. Multiparae met een voorkeur voor het ziekenhuis werden vaker voor consulten en verwijzingen gestuurd. Van alle multen die verwezen werden naar de tweedelijnd ondergingen de vrouwen die kozen voor een thuisbevalling de minste interventies.

## Conclusies

Veel vrouwen wensen een thuisbevalling. Deze keuze heeft minder verloskundig-technische interventies tot gevolg. Wij suggereren dat psychologische factoren zowel de keuze voor een bevallingsplaats als het uiteindelijke verloop van de baring beïnvloeden.

*Leonie A.M. van der Hulst, Edwin R. van Teijlingen, Gouke J. Bonsel, Martine Eskes en Otto P. Bleker.*

Onderzoeken over bevallingsuitkomsten in relatie tot de plaats van bevallen wijzen naar het belang van de positie die de thuisbevalling in het verloskundig systeem in een bepaald land inneemt<sup>[1]</sup>. In Nederland heeft thuis bevallen een centrale rol in het verloskundig systeem en wordt het zowel medisch als cultureel gezien als wenselijk beschouwd<sup>[2,3]</sup>. Zwangere vrouwen hebben een vrije keuze tussen bevallen in het ziekenhuis of thuis, ongeacht hun sociaal-economische status of vorm van ziektekostenverzekering<sup>[4]</sup>. Van alle vrouwen die zorg ontvingen van vroedvrouwen tijdens de zwangerschap, ontvingen 46,7 % ook zorg van hen durante partu; 31,8% nam zich voor thuis te bevallen en 15,1% koos voor een poliklinische partus<sup>[5]</sup>. De keuze die vrouwen maken voor een bepaalde plaats van bevallen en voor de verloskundige zorgverleners reflecteert hun onderliggende visie op het geboorteproces<sup>[6]</sup>. Vrouwen die kiezen voor een vroedvrouw zijn meer geneigd het geboorteproces als een normale en natuurlijke gebeurtenis te zien dan vrouwen die kiezen voor een gynaecoloog, die geboorte als risicovol beschouwen<sup>[7,8]</sup>. Laag-risicovrouwen die de voorkeur geven aan het ziekenhuis benadrukken de veiligheid en de beschikbaarheid van obstetrisch personeel en technologie in geval van nood<sup>[9,10]</sup>. Beïnvloeden de opvattingen van vrouwen over geboorte naast hun keus voor een begeleider en de

plaats van bevallen ook het verloop van de partus? Wij testten de hypothese dat vrouwen met een laag risico die kiezen voor een thuisbevalling minder obstetrische interventies zullen ondergaan dan vrouwen die kiezen voor een ziekenhuisbevalling.

## Methoden

De grootte van de steekproef werd ingeschat op basis van eerdere onderzoekservaring en kwam uit op ongeveer 600 deelnemers. Uit de mailing list van de KNOV werden 50 vroedvrouwenpraktijken willekeurig geselecteerd, waarbij rekening werd gehouden met een evenwichtige verdeling tussen stads- en plattelandspraktijken.

*Leonie van de Hulst is vroedvrouw/onderzoeker en socioloog; Otto Bleker is professor obstetrie en gynaecologie, AMC; Gouke Bonsel is professor volksgezondheid afd. sociale geneeskunde, AMC; Edwin van Teijlingen is docent aan het department of public health/ Dugals Baird centre for research on women's health, Aberdeen, Schotland; Martine Eskes is medisch adviseur van het CvZ.*

*Dit artikel verscheen eerder in het tijdschrift Birth (maart 2004. 31:1; p28-33). Vertaling: Kristel Zeeman.*

*Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw.*

*Correspondentieadres: L.A.M. van der Hulst, afdeling obstetrie en gynaecologie H4-210, AMC, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam.*

# WETENSCHAP

## Figuur 1

Als u zich een voorstelling maakt van de bevalling, welke van de volgende beweringen beschrijft uw gevoelens dan het best?

(slechts een antwoord aankruisen)

- Ik weet zeker dat ik in staat ben te bevallen zonder medisch-technische hulp.
- Ik ben zeer waarschijnlijk in staat te bevallen zonder medisch-technische hulp.
- Misschien kan ik het zelf doen, maar misschien heb ik medisch-technische hulp nodig.
- We zullen zien; gelukkig kan de natuur altijd een handje worden geholpen als dat nodig is.
- Ik weet niet zeker of ik het zelf kan doen, maar in deze moderne tijd heb ik veel vertrouwen in medisch-technische hulp.
- Ik denk dat het heel moeilijk gaat worden, daarom vertrouw ik op medisch-technische hulp.
- Ik weet het niet/ik kan deze vraag niet beantwoorden.

## Tabel 1.

Karakteristieken van een cohort laag-risico zwangere vrouwen naar geplande plaats van geboorte (N=608)

Karakteristieken	Totaal		Ziekenhuis		Thuis		p-waarde
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	
<b>Pariteit N=603</b>							
Nulliparae	345	(57.2)	99	(54.7)	247	(58.5)	0.38
Multiparae	257	(42.6)	82	(45.3)	175	(41.5)	
<b>Leeftijd in jaren N=608</b>							
≤ 24	45	(7.4)	20	(10.9)	25	(7.4)	0.009
25-29	213	(35)	48	(26.2)	165	(38.8)	
30-34	269	(44)	87	(47.5)	182	(42.8)	
≥ 35	81	(13)	28	(15.3)	53	(12.5)	
<b>Opleiding N=602</b>							
Lagere school	154	(26)	52	(29.2)	102	(24.1)	0.062
Middelbare school	92	(15)	34	(19.1)	58	(13.7)	
Beroepsopleiding	147	(24)	42	(23.6)	105	(24.8)	
Academische	177	(29)	39	(21.9)	138	(32.5)	
Anders	32	(5)	11	(6.2)	21	(5.0)	
<b>Relatie N=546</b>							
Met relatie	596	(98.0)	157	(96.9)	377	(98.2)	0.36
Alleenstaand	12	(2)	5	(3.1)	7	(1.8)	
<b>Ziektekostenverzekering N=602</b>							
ziekenfonds	443	(74)	124	(68.9)	319	(75.6)	0.055
particulier	159	(26)	56	(31.1)	103	(24.4)	
<b>Betaald werk N=482**</b>							
Full time	195	(40.5)	50	(36.0)	145	(40.5)	0.20
Part time	159	(59.5)	89	(64.0)	287	(57.7)	

\* P-waarden verkregen met Pearson's (2 or Fisher exact test indien van toepassing.

\*\* 126 (20.7%) vrouwen hebben deze vraag niet beantwoord, waarschijnlijk werkten zij niet.

Praktijken werden gevraagd deel te nemen op volgorde van een door de computer toegekend nummer, totdat 25 praktijken toestemden in participatie.

In 1998-1999 werd aan vroedvrouwen van deze praktijken gevraagd 25 opeenvolgende Nederlandse zwangere vrouwen te benaderen met een zwangerschapsduur tussen de 20 en 24 weken. Als een vrouw niet bereid was deel te nemen werd de volgende in aanmerking komende vrouw benaderd. Vrouwen van etnische minderheden werden geëxcludeerd om de mogelijke invloed van culturele verschillen in opvattingen over geboorteplaats uit te sluiten. Deze groep vrouwen heeft een voorkeur voor een ziekenhuisbevalling<sup>[11]</sup>. De geïncludeerde vrouwen ontvingen van de vroedvrouw een brief met daarin projectinformatie en een toestemmingsformulier.

Laag risico nulliparae en multiparae werden in het onderzoek betrokken wanneer zij een goede algemene gezondheid en een ongecompliceerde anamnese hadden volgens de verloskundige indicatielijst<sup>[12]</sup>. De medisch-ethische commissie gaf toestemming voor het onderzoek.

Speciaal voor dit onderzoek werd een vragenlijst opgesteld (verkrijgbaar bij de eerste auteur). Daarin werden de vrouwen gevraagd naar sociaal-demografische factoren (leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, verzekering, betaald werk), voorgenomen plaats van bevallen en opvattingen over geboorte. De vragen die handelden over opvattingen omvatten de mate van affiniteit van de zwangere vrouw met het gebruik van medisch-technische hulpmiddelen tijdens de bevalling (met gebruikmaking van een Likert-type scale) en de door haarzelf ingeschatte kans dat zij tijdens haar bevalling deze medisch-



technische hulpmiddelen nodig zou hebben. Deze metingen waren gebaseerd op de volgende vraag (de eerste twee antwoorden werden gecodeerd als 'afwijzend', de derde en vierde als 'neutraal' en de vijfde en zesde als 'ontvankelijk'). Zie hiervoor figuur 1.

De pilotstudy wees erop dat de vragenlijsten betrouwbaar en gegrond waren. Alleen de tekst werd na de pilot op een klein aantal punten veranderd. Vrouwen met een zwangerschapsduur van 20 tot 24 weken retourneerden de vragenlijst in een gesloten envelop. De data werden gecodeerd en geanalyseerd in SPSS 10.0<sup>[14]</sup>.

### **Uitkomstmaten van vroedvrouwen en gynaecologen**

De meest gangbare technologische interventies tijdens het geboorteproses kunnen als volgt gecategoriseerd worden:

1. technologische interventies van de vroedvrouw: strippen, amniotomie en episiotomie.
2. management interventies van de vroedvrouw: consult van of verwijzing naar de gynaecoloog op grond van bestaande of geanticiperde problemen.
3. gynaecologische interventies: inleiding van de baring, farmaceutische pijnstilling, instrumentele verlossing (forceps of vacuümextractie) en sectio caesarea.

## WETENSCHAP

De gegevens van de verrichtte interventies werden verzameld door de deelnemende vroedvrouw.

### Statistische analyse

Tijdens de analyse werd telkens uitgegaan van de plaats van bevallen die de voorkeur had en niet de uiteindelijke plaats<sup>[15]</sup>. De vragenlijsten en de verloskundige status werden gecombineerd; de vrouw werd gebruikt als analyse eenheid. Chi-square tests werden gebruikt om de verhoudingsverschillen in kruistabellen te vergelijken. Indien van toepassing werd een Fisher exacttest gebruikt om p waarden te verkrijgen ( $p < 0.05$  is significant).

### Resultaten

Totaal werden 637 vrouwen uitgenodigd en waren 625 van hen bereid te

participeren in het onderzoek (een respons van 98%). Een klein aantal wees deelname af op grond van tijdsgebrek of privé-redenen. Uiteindelijk kwamen van 608 vrouwen (97%) de verloskundige status en attitudevragenlijsten in aanmerking voor analyse. De meeste vrouwen (70%) kozen voor een thuisbevalling en 30 % koos voor ziekenhuisbevalling. De meeste participanten waren tussen de 30 en de 34 jaar. Ze waren over het algemeen goed opgeleid. 26% was particulier verzekerd en de rest was verzekerd via het ziekenfonds. Bijna iedereen was getrouwd of samenwonend en de meesten hadden betaald werk. Ziekenfondsverzekerden waren iets meer geneigd te kiezen voor een thuisbevalling dan particulier verzekerden ( $p=0.055$ ).

### Opvattingen over de baring en gekozen plaats van bevallen

Tabel 2 laat een statistisch significante relatie zien tussen de opvattingen over het gebruik van technologie tijdens de bevalling en de voorkeur voor de plaats van de partus, voor zowel nulliparae als multiparae. Van de nulliparae die ontvankelijk waren voor technologie koos 43,8% voor een thuisbevalling, terwijl de vrouwen die afwijzend tegenover technologie stonden in meerdere mate voor een thuisbevalling kozen (82,1%). Multiparae lieten hetzelfde beeld zien (resp. 22,2% en 81,6%). Dit gold ook voor het zelfingeschatte risico op een kunstverlossing. Van de multiparae die dachten dat hun kans op een kunstverlossing zeer laag was ( $n=124$ ), koos 73,4% voor

**Tabel 2.**

**Opvattingen over technologische interventies bij geboorte in relatie tot geplande plaats van bevallen (n=603)**

Opvattingen over technologische interventies bij geboorte	Nulliparae (N=345)		p*	Multiparae (N=256)		p*
	Ziekenhuis No. (%)	Thuis No. (%)		Ziekenhuis No. (%)	Thuis No. (%)	
ontvankelijk	9 (56.3)	7 (43.8)	0.01	7 (77.8)	2 (22.2)	0.000
neutraal	70 (32.3)	147 (67.7)		48 (45.3)	58 (54.7)	
afwijzend	20 (17.9)	92 (82.1)		26 (18.4)	115 (81.6)	
	Nulliparae (N=334)		p*	Multiparae (N=252)		p*
Ziekenhuis	Thuis			Ziekenhuis	Thuis	
Zelfingeschat risico op een instrumentele verlossing (n=586)***	No. (%)	No. (%)	0.303	No. (%)	No. (%)	
< 1%	27 (28.4)	68 (71.6)		33 (26.6)	91 (73.4)	
1-10%	44 (25)	132 (75)		22 (27.5)	58 (72.5)	
> 10%	23 (36.5)	40 (63.5)		24 (50.0)	24 (50.0)	

\* P-waarden verkregen met Pearson's (2 of Fisher exact test indien van toepassing).

\*\* gegevens ontbreken van 7 vrouwen.

\*\*\* gegevens ontbreken van 22 vrouwen.

**Tabel 3.**  
**Interventies naar pariteit, geplande plaats van bevallen en type zorg (N=603)**

Interventies	Nulliparae (N=346)		p	Multiparae (N=257)		p
	Ziekenhuis No. (%)	Thuis No. (%)		Ziekenhuis No. (%)	Thuis No. (%)	
<b>Eerstelijns interventies</b>						
<i>Technologische interventies</i>						
strippen & amniotomie (n=608)	24 (24.2)	87 (35.2)	0.031	37 (45.1)	93 (53.1)	0.143
episiotomie (n=566)	26 (26.8)	57 (25.6)	0.459	15 (20)	21 (12.3)	0.086
<i>Management interventies</i>						
consult zonder verwijzing (n=603)	13 (13.1)	27 (10.9)	0.341	19 (23.2)	20 (11.4)	0.013
verwijzing naar tweede lijn (n=603)	72 (72.7)	168 (68)	0.234	37 (45.1)	40 (22.9)	0.000
<b>Tweedelijns interventies (n=603)**</b>						
inleiding***	18 (18.2)	30 (12.1)	0.142	5 (6.1)	13 (7.3)	0.697
bijstimulatie	23 (23.2)	48 (19.4)	0.429	6 (7.3)	10 (5.7)	0.620
pijnbestrijding****	31 (31.3)	60 (24.3)	0.180	13 (15.9)	6 (3.4)	0.000
vacuum en forceps	21 (21.2)	59 (23.9)	0.594	6 (7.3)	3 (1.7)	0.023
sectio caesarea	14 (14.1)	31 (12.6)	0.691	6 (7.3)	2 (1.1)	0.008

\* P-waarden verkregen met Pearson's (2 of Fisher exact test indien van toepassing).

\*\* Exact een interventie per persoon.

\*\*\* Meer dan een interventie kan voorkomen

\*\*\*\* Epiduraal 36%, intramusculair 54%, oraal 18%.

een thuisbevalling. Bij nulliparae die hun kans op kunstverlossing laag inschatten was een zelfde trend aanwezig, maar die was niet significant.

### Gekozen plaats van bevallen en de kans op interventies

Nulliparae met een voorkeur voor een thuisbevalling hadden een significant grotere kans op technologische interventies door vroedvrouwen (strippen en amniotomie) dan diegenen die kozen voor een ziekenhuisbevalling (35,2% vs 24,2%;  $p=0.031$ , zie tabel 3). Een zelfde trend werd gezien bij multiparae, maar die was statistisch niet significant. Multiparae in de 'ziekenhuisgroep' kregen vaker een episiotomie dan multi's in de

'thuisbevallinggroep'.

Wanneer multiparae een voorkeur hadden voor een ziekenhuisbevalling, werden ze significant vaker voor een consult gestuurd (23% vs 11,4% van hen die kozen voor thuis). Dit verschil was niet significant bij de nulliparae. Verwijzing naar de tweede lijn kwam significant vaker voor in de multipara ziekenhuisgroep dan in de thuisbevallinggroep, met een zelfde, maar niet significant patroon bij de nulliparae.

Van alle vrouwen die uiteindelijk in de tweede lijn belandden hadden de multiparae met een voorkeur voor een thuisbevalling de laagste kans op een obstetrische interventie ( $p=0.004$ ). Ook bij nulliparae werd wat dit betreft een

verschil gezien; 62,6% van hen die kozen voor een ziekenhuisbevalling kreeg te maken met een obstetrische interventie, tegenover 53,8% van hen die kozen voor thuis. Dit verschil was niet significant.

### Discussie Karakteristieken en opvattingen van vrouwen

In ons onderzoek wilde 70% van de vrouwen het liefst thuis bevallen. Dit ligt iets boven het landelijke percentage van 68,3%<sup>[5]</sup>, waarschijnlijk als gevolg van onze exclusiecriteria. Behalve leeftijd kon geen verschil in demografische factoren of vorm van verzekering worden gevonden tussen vrouwen die kozen voor thuis of het ziekenhuis. De vrouwen

## WETENSCHAP

tussen 25 en 29 jaar kozen significant vaker voor een thuisbevalling. In dit onderzoek waren de ziekenfondsverzekerden iets meer geneigd thuis te bevallen. Dit in tegenstelling tot een eerdere studie in Amsterdam, waar particulier verzekerden meer kozen voor een thuisbevalling. Dit kwam waarschijnlijk door een overrepresentatie van hoog opgeleide vrouwen<sup>[16]</sup>. Wel is er een verschil in opvattingen over technologie. Hoe ontvankelijker de vrouwen waren voor technologie, des te groter was de kans dat zij (primi's zowel als multi's) kozen voor een ziekenhuisbevalling. Bij multiparae was er bovendien een correlatie tussen de eigen inschatting van hun kans op een kunstverlossing en hun keuze voor een bepaalde bevallingsplaats.

### Interventies

De enige interventies die hoger scoorden in de nullipara thuisbevallinggroep dan in de ziekenhuisgroep waren strippen en amniotomie. De verklaring hiervoor kan zijn dat deze interventies van vroedvrouwen als laatste middel worden gebruikt om een bevalling te laten beginnen of versnellen, zodat verwijzing naar het ziekenhuis niet nodig is. Multiparae die kozen voor het ziekenhuis kregen vaker te maken met management interventies van de vroedvrouw en gynaecologische interventies, dan vrouwen die kozen voor thuis. Dat vrouwen die een voorkeur hebben voor thuis bevallen minder vaak voor een consult worden gestuurd blijkt ook uit LVR-cijfers<sup>[17]</sup>. Eerder onderzoek toonde eveneens aan dat vrouwen die liever in het ziekenhuis bevallen vaker worden verwezen naar de gynaecoloog<sup>[18-20]</sup>.

### Voorspellende waarde van de thuisbevalling

Er wordt gesuggereerd dat laag-risicovrouwen met een voorkeur voor een ziekenhuisbevalling intuïtief problemen voorvoelen die tijdens de partus kunnen optreden. Hoewel deze vrouwen klinisch gezien vergelijkbaar lijken met de andere vrouwen in ons onderzoek, zouden zij een minder gunstige achtergrond kunnen hebben wat betreft overgewicht, alcohol en tabaksgebruik en huisvesting. Een Nederlands onderzoek vond echter geen bewijs voor een dergelijke zelfselectie na correctie voor sociaal-economische factoren<sup>[18]</sup>. De gekozen bevallingslocatie heeft meer voorspellende waarde voor multiparae dan voor nulliparae. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat multiparae een meer realistische verwachting hebben van de baring en hun eigen kunnen. Zo waren, van de vrouwen die de baring als risicovol inschatten (zelf ingeschat risico op interventies >10%), de nulliparae meer geneigd voor een thuisbevalling te kiezen (63,3%) dan de multiparae (50%). Omdat beide groepen vrouwen (met resp. voorkeur voor ziekenhuis of thuisbevalling) obstetrisch gezien in een laag risicogroep vallen, zullen de gevonden verschillen eerder toe te schrijven zijn aan psychologische dan aan medische factoren. Onze hypothese was dat psychologische factoren (verwachtingen en standpunten) van zwangere vrouwen het geboorteprocés op een onbewust niveau kunnen beïnvloeden, zowel positief als negatief. Ons onderzoek laat zien dat vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling andere verwachtingen hebben van zichzelf en van de bevalling dan diegenen die kiezen voor het ziekenhuis. Dit komt tot uitdrukking in hun opvattingen over technologische hulpmiddelen

en hun zelfingeschatte kans op interventies. De keuze van een vrouw voor een bepaalde zorgverlener of baringsplaats reflecteert hun onderliggende opvattingen over geboorte<sup>[6-8]</sup>. Onze voorzichtige verklaring hiervoor is dat de verschillende onderliggende opvattingen die een vrouw doen kiezen voor een specifieke plaats voor de bevalling ook haar gemoedstoestand beïnvloeden gedurende de bevalling. Vrouwen die kiezen voor het ziekenhuis stellen zich meer open voor het gebruik van technologie tijdens de bevalling. Mogelijk hebben zij minder vertrouwen in hun eigen capaciteiten en benadrukken daarom het veiligheidsaspect van het ziekenhuis<sup>[9]</sup>. Onzekerheid en angst kunnen de bevalling negatief beïnvloeden<sup>[21,22]</sup>. Vrouwen die kiezen voor een thuisbevalling definiëren geboorte als een normale en natuurlijke aangelegenheid en stellen zich meer afwijzend op tegenover technologie<sup>[9,23]</sup>. Zo redenerend kan gesteld worden dat zij er wellicht meer vertrouwen in hebben dat ze in staat zijn deel te nemen in dit natuurlijke proces. Wanneer een vrouw op een bepaalde plaats aan de bevalling begint met de daarbij horende verwachtingen en waarnemingen, ontstaat er een interactie met de vroedvrouw. Wij veronderstellen dat vroedvrouwen in een ziekenhuis, met medische technologie voorhanden, meer geneigd zullen zijn die technologie te gebruiken en bovendien daar ook eerder een vrouw begeleiden die voor het gebruik van techniek ontvankelijk is. Thuis hebben vroedvrouwen minder makkelijk toegang tot technologie en zij zullen daar eerder vrouwen begeleiden die afwijzend tegenover die technologie staan. Daarbij ontstaat het fenomeen dat een thuisbevalling effect heeft op zorg van vroedvrouwen: haar 'doula'

vermogen gemaximaliseerd<sup>[24]</sup>. Een thuisbevalling intensiveert de relationele zorg van de vroedvrouw en genereert gevoelens van betrokkenheid en verantwoordelijkheid<sup>[25]</sup>. Relationele zorg is, volgens Van der Hulst, het beroepshalve en systematisch uitvoeren van gerichte activiteiten die dienen om een relatie tot stand te brengen waarin gelijkwaardigheid, zelfwerkzaamheid en een open communicatie het geboorteprocés bevorderen vanuit een vroedvrouwenperspectief. Deze intensieve relationele zorg door vroedvrouwen schept voorwaarden voor een vertrouwensrelatie die de omstandigheden voor barendende vrouwen optimaliseert.

### Conclusies

Dit onderzoek laat zien dat wanneer het gezondheidszorgsysteem vrouwen zonder medische indicatie een werkelijke keuze geeft voor de plaats van de bevalling er een authentieke wens tot thuis bevallen bestaat. Opvattingen over het gebruik van verloskundige technologie zijn belangrijke voorspellers voor de keuze voor een bepaalde bevallingsplaats. De wens van vrouwen om thuis te bevallen weerspiegelt niet alleen de keus voor intimiteit en een 'natuurlijke geboorte', maar is ook gerelateerd aan een non-technologische benadering van geboorte [26]. Vrouwen met een voorkeur voor een thuisbevalling hebben minder kans op verwijzing naar de tweede lijn en op obstetrische interventies, maar wel een iets grotere kans op strippen en amniotomie.

Met dank aan de verloskundige praktijken en hun cliënten uit Amsterdam, Asten, Bodegraven, Tilburg, Breda, IJsselstein en Vianen, Zeist, Gouda, Oudenbosch, Rotterdam, Voorschoten, Noord Scharwoude, Veldhoven, Veenendaal, Helmond,

Zaandam, Dordrecht, Alphen aan de Rijn, Someren, Katwijk aan Zee, Mijdrecht, Berkel en Rodenrijs, Schiedam en Hoorn. □

### literatuurlijst

1. Olsen O. Meta-analysis of the safety of homebirth. *Birth* 1997;24:4-14.
2. Van Teijlingen ER, Van der Hulst LAM. Midwifery in the Netherlands. In Johnson J, Larkin G, Saks M, eds. *In Health and State in Europe*. New York: Routledge, 1995:178-186.
3. Bleker OP. Thuisbevallen: herwonnen ideaal of anachronisme? (In Dutch: Home delivery: regained ideal or anachronism?) *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie (Netherlands J Obstet Gynaecol)* 1997;110:409-410.
4. Bonsel GJ, van der Maas PJ. Scenario's voor de zorg rond de menselijke voortplanting 1995-2010. *Aan de wieg van de toekomst*. (In Dutch: Scenarios for health care concerning human reproduction 1995-2010. *At the cradle of the future*) Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
5. Brinkman K. Cijfers over de thuisbevalling (In Dutch: Data on home delivery). *Tijdschrift voor Verloskundigen (J. Midwives)*, 2000;25:568-573.
6. Treffers PE, Eskes M, Kleiverda G, Van Alten D. Home births and minimal medical interventions. *JAMA* 1990;264:2203-2208.
7. Howell-White S. Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition. *Soc Sci Med* 1997;45:925-936.
8. Albers L, Katz V. Birth setting for low risk pregnancies: an analysis of the current literature. *J Nurse Midwifery* 1991; 36:215-8.
9. Kleiverda G, Steen AM, Andersen I, Treffers PE, Everaerd W. Place of delivery in the Netherlands: maternal motives and background variables related to preference for home or hospital confinement. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1990;36:1-9.
10. Hingstman L, Foets M, Ritico JA. Meningen van de consument: Thuis of in het ziekenhuis bevallen. (In Dutch: Consumer opinions: home or hospital birth) *Tijdschrift voor Verloskundigen (J. Midwifery)* 1993;18:66-74.
11. Perinatal Data-Primary Care[LVR-1]. *Utrecht: SIG Health Care Information*, 1997.
12. *Obstetrical Guidelines in English for sale from: Royal Dutch Association of Midwives, Rembrandtlaan 44, 3723 BK Bilthoven, The Netherlands.*
13. Van Teijlingen ER, Hundley V. The importance of Pilot Study. *Soc Research Update, University of Surrey, UK*, 2001; 35.
14. Norusis MJ. *SPSS for Windows. 7.5. Reference Manuals. SPSS Inc., Chigago*, 1997.
15. Pocock SJ. *Clinical Trials*. New York: John Wiley, 1991.
16. Van der Hulst LAM, Van Gelder-Hertzberger A, Simons EV. *Vroedvrouwelijke zorgverlening; verloskundige kring Amsterdam*. (In Dutch: Midwifery care; Amsterdam Midwife district). *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 1991; 16:146-154.
17. Offerhaus PM, Anthony A, Oudshoorn CGM, Van der Pal-de Bruin KM, Buitendijk SE. *De thuisbevalling in Nederland, Eindrapportage 1995- 2000*. (In Dutch Home birth in the Netherlands: Finalreport 1995-2000). TNO-rapport PG/JGDI/2001.235, Leiden, 2002.
18. Wiegers TA, Keirse MJNC, Berghs GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ* 1996;313:1309-13.
19. Damstra-Wymenga SI. Home confinements, the positive results in Holland. *J R Coll Gen Pract* 1984;235:425-430.
20. Kleiverda G, Steen AM, Anderson I, Treffers P, Everaerd W. Place of delivery in the Netherlands: actual location of confinement. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1991;39:139-46.
21. Vartiainen H, Suonio S, Halonen P, et al. Psychosocial factors female fertility and pregnancy: a prospective study. *J Psychosomatic Obstet Gynaecol*, 1994;15:77-84.
22. Ryding EA, Wijma B, Wijma K, et al. Fear of Childbirth during Pregnancy may Increase the Risk of Emergency Cesarean Section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77(5):542-7.
23. Eakins P. Out-of-hospital birth. In Eakins P, ed. *The American Way of Birth*. Temple University Press, Philadelphia, PA, 1986:218-245.
24. Kitzinger S. Sheila Kitzinger's letter from Europe: Awake, Aware-and Action. *Birth*, 2001; 28:210-212.
25. Van der Hulst LAM. Dutch midwives: relational care and birth location. *Health Soc Care Community*. 1999; 7(4):242-7.
26. Davies-Floyd RE. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med* 1994;38:1125-40.