

# Kwaliteit van verloskundige zorg zoals ervaren door niet-westerse zwangeren in de regio Nijmegen

Een eerste evaluatie vanuit het consortium 'Nijmegen bevalt goed'

*L. Verschuren, N.T.L. van Duijnhoven, C.J.M. Groenen, J.A. Stoutjesdijk, J. van Dillen, F.P.H.A. Vandenbussche*

**Binnen Nederland bestaan er grote verschillen in perinatale sterfte waarbij met name niet-westerse vrouwen in de grote steden tot de risicogroep behoren. Eerder onderzoek suggereert dat niet-westerse zwangeren de kwaliteit van zorg lager beoordelen. In de regio Nijmegen is de huidige ervaren kwaliteit van zorg voor de groep niet-westerse zwangeren onbekend. Doel van deze studie is het in kaart brengen van de huidige praktijk van zorgverlening voor niet-westerse zwangeren in de regio Nijmegen, met evaluatie van beleving en verbeterpunten, in vergelijking met een autochtone populatie.**

## Inleiding

In de regio Nijmegen hebben de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor moeder en kind zich verenigd in het consortium 'Nijmegen bevalt goed'. Hierbij zijn de ziekenhuizen Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) en het UMC St Radboud, de Coöperatieve Verloskundigen Nijmegen en omstreken (CVN e.o.), de GGD Regio Nijmegen en de Kraamzorg Zuid-Gelderland betrokken. Gezamenlijk hebben zij als doel de kwaliteit van de verloskundige zorg te verbeteren om uiteindelijk perinatale en maternale sterfte terug te dringen. De nadruk ligt hierbij op organisatorische aspecten, gezondheidsvoorlichting en -bevordering, waarbij moeder en

*L. Verschuren, BSc, coassistent; dr. N.T.L. van Duijnhoven, postdoc verloskunde, UMC St Radboud Nijmegen; drs. C.J.M. Groenen, verloskundige, directeur Coöperatie Verloskundigen Nijmegen en omgeving; drs. J.A. Stoutjesdijk, gynaecoloog CWZ Nijmegen; dr. J. van Dillen, gynaecoloog UMC St Radboud Nijmegen; prof. dr. F.P.H.A. Vandenbussche, hoogleraar verloskunde, UMC St Radboud Nijmegen*  
 Contactpersoon: dr. J. van Dillen, [J.vanDillen@obgyn.umcn.nl](mailto:J.vanDillen@obgyn.umcn.nl)

*Dit artikel is met toestemming van auteurs en redactie overgenomen uit het NTOG van oktober 2012*

## Samenvatting

### Doel

Evaluatie van ervaren kwaliteit van verloskundige zorg door niet-westerse zwangeren vergeleken met een autochtone controlepopulatie in regio Nijmegen.

### Methode

Niet-westerse vrouwen die tijdens hun zwangerschap verloskundige zorg in de regio Nijmegen ontvingen en bevielen in de periode van 1 december 2011 tot en met 19 februari 2012, werden voor het onderzoek geselecteerd. Als controle werd voor iedere niet-westerse vrouw een autochtone zwangere geselecteerd. De vrouwen ontvingen zes tot tien weken postpartum een aangepaste versie van de door het NIVEL opgestelde vragenlijst over kwaliteit van zorg. Een aantal niet-westerse vrouwen werd gevraagd voor deelname aan een semigestructureerd interview.

### Resultaten

In totaal werden 216 vragenlijsten verstuurd, waarvan uiteindelijk 107 zijn geanalyseerd (niet-westerse 39, controlegroep 68). Niet-westerse zwangeren hadden een lagere uitkomst op het thema communicatie en op ontvangen voorlichting over screening op het syndroom van Down en de 20-weeken echo. Er werden 13 interviews uitgevoerd. Niet-westerse vrouwen gaven aan over het algemeen tevreden te zijn over de ontvangen verloskundige zorg. Als verbeterpunt werd het verstrekken van vertaald foldermateriaal benoemd. Luisteren naar cliënten en deskundigheid werden genoemd als pijlers voor goede verloskundige zorg.

*Lees de conclusie op pagina 17*

kind centraal staan. Voor de praktische uitvoering van de samenwerking wordt onder andere gebruik gemaakt van het reeds langer bestaande verloskundig samenwerkingsverband Nijmegen en omstreken (VSVNO).

Binnen Nederland bestaan grote verschillen in perinatale sterfte waarbij vooral niet-westerse vrouwen in de grote steden tot de risicogroep behoren [Bonsel GJ et al, 2009]. Vrouwen uit etnische minderheidsgroepen stromen gemiddeld later het verloskundig zorgtraject in en maken minder adequaat gebruik van verloskundige zorg dan de autochtone controlegroep [Anderlieten ME et al, 2007; Choté AA et al, 2011]. Naar de kwaliteit van zorg zoals deze door niet-westerse vrouwen zelf wordt ervaren is weinig onderzoek verricht. Eerder onderzoek suggereert dat niet-westerse zwangeren de kwaliteit van zorg lager beoordelen [Jonkers M et al, 2011].

Momenteel is 12,4% van de inwoners in de gemeente Nijmegen van niet-westerse afkomst (in heel Nederland gemiddeld 11,4%) [CBS, 2012]. De verdeling van niet-westerse allochtonen in de regio Nijmegen en onder verloskundige zorg is onbekend. In een eerste, lokale evaluatie van ervaren kwaliteit van zorg voor niet-westerse zwangeren binnen het UMC St Radboud bleek 9,9% van alle zwangeren van niet-westerse afkomst. In deze evaluatie was men over het algemeen tevreden over de ontvangen zorg. Wel werden enkele aandachtspunten betreffende communicatie en culturele factoren genoemd [Volmeijer EE et al].

Hoewel zorgprofessionals in de regio Nijmegen onderkennen dat cultuur, etniciteit en sociaal milieu van invloed zijn op de zorg rondom zwangerschap en geboorte, is er momenteel geen zicht op de ervaren kwaliteit van zorg voor deze groep zwangeren. Doel van deze studie is de ervaren kwaliteit van zorg voor niet-westerse zwangeren in de regio Nijmegen in kaart te brengen.

## Methode

Deze studie werd geïnitieerd vanuit het consortium 'Nijmegen bevalt goed'. Alle niet-westerse vrouwen die tijdens hun zwangerschap verloskundige zorg van zorgverleners van het VSVNO hadden ontvangen en waren bevallen in de periode van 1 december 2011 tot en met 19 februari 2012, werden voor het onderzoek geselecteerd. Voor definitie van niet-westerse allochtonen werd gebruik gemaakt van de door het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) opgestelde definitie waarbij wordt gesteld dat één van beide ouders in een niet-westers land is geboren. Hieronder worden Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen en Aruba, Afrika, Latijns Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) gerekend [CBS, 2000]. Etniciteit werd vastgesteld op basis van in het dossier geregistreerde gegevens. Tevens werd gebruik gemaakt van achternaam aangezien de Landelijke

Verloskunde Registratie (LVR) een suboptimale codering voor etniciteit kent [Bouwhuis CB & Moll HA, 2003]. Bepaling van etniciteit op basis van achternaam is betrouwbaar gebleken voor de Turkse en Arabische (Marokkaanse) etniciteit [Bouwhuis CB & Moll HA, 2003]. Voor het vormen van de controlegroep werd voor elke niet-westerse vrouw de eerstvolgende bevallen vrouw van Nederlandse afkomst van dezelfde verloskundige afdeling of praktijk geselecteerd. Inclusie vond plaats wanneer uit de ingevulde vragenlijsten bleek dat de vrouw daadwerkelijk ofwel van niet-westerse ofwel van autochtone afkomst was. Vrouwen werden geëxcludeerd indien sprake was van perinatale sterfte of indien verwijzing van buiten de regio had plaatsgevonden en vrouwen minder dan tien weken verloskundige zorg in regio Nijmegen hadden ontvangen. Deze studie werd goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het UMC St Radboud.

Alle vrouwen kregen zes tot tien weken postpartum uit naam van de eigen zorgverlener en het consortium een vragenlijst over kwaliteit van verloskundige zorg toegestuurd. Non-responders ontvingen na twee en vier weken een reminder. De vragenlijst betrof een aangepaste versie van de door het NIVEL opgestelde vragenlijst voor kwaliteit van verloskundige zorg in de eerste lijn en kon anoniem worden ingevuld [Wiegers TA & Bekkema N, 2011]. De aanpassingen betroffen extra vragen over etniciteit, hoogst genoten opleiding en zwangerschapsvoorlichting, mede naar aanleiding van de lokale evaluatie [Volmeijer EE et al, zij]. De gebruikte vragenlijst kan worden opgevraagd bij de onderzoekers. De scorebepalende vragen werden onveranderd gehandhaafd en kennen twee tot vier antwoordcategorieën die een score van minimaal één tot maximaal vier punten vertegenwoordigen. Samen bepalen zij de score van acht kwaliteitsschalen en verschillende losse indicatoren. Voor analyse werd gebruik gemaakt van SPSS. Univariate analyse werd uitgevoerd waarbij gebruik werd gemaakt van t-tests voor de vergelijking van de gemiddelde scores van kwaliteitsschalen en indicatoren.

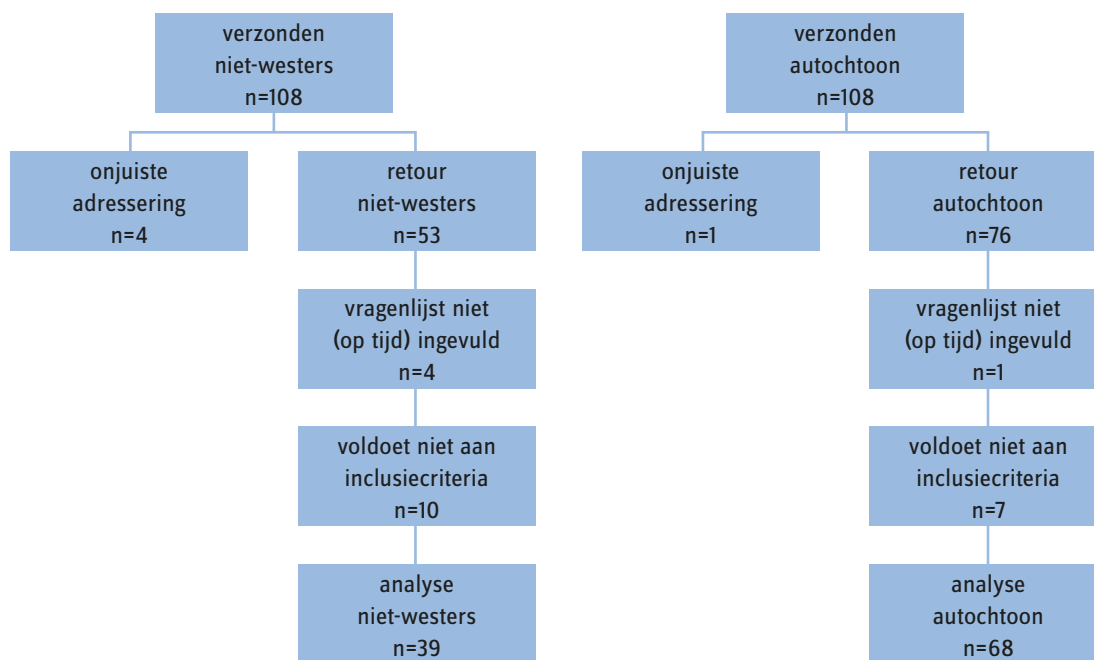
Uit de niet-westerse onderzoekspopulatie werden selectief enkele vrouwen telefonisch benaderd voor medewerking aan een interview over hun ervaringen met de verloskundige zorg tijdens hun meeste recente zwangerschap en partus. Selectie vond plaats op basis van representatie van etniciteit en begeleiding door eerste, tweede of derdelijns zorgverlener. Voldoende beheersing van de Nederlandse of Engelse taal van de vrouw zelf of van een aanwezige begeleider was vereist en werd bepaald door de interviewer. Het interview vond bij de respondent thuis of in het ziekenhuis plaats. Deelnemers tekenden voorafgaand aan het interview voor informed consent. Vrouwen werden individueel of

met aanwezigheid van partner of familie, geïnterviewd. De interviews werden alle door dezelfde interviewer uitgevoerd en waren semigestructureerd, waarbij gebruik werd gemaakt van een vooraf opgestelde interviewgids. Deze interviewgids kwam tot stand naar aanleiding van de eerder uitgevoerde evaluatie van kwaliteit van zorg bij niet-westerse patiënten in het UMC St Radboud en omvatte onder andere de thema's: toegankelijkheid van en verwachtingen over de verloskundige zorg, communicatie & informatievoorziening en respect & bejegening [Volmeijer EE et al, zj]. De interviews werden tevens

### Conclusie

In de regio Nijmegen beoordeelden niet-westerse zwangeren de kwaliteit van verloskundige zorg, met uitzondering van het thema communicatie, even hoog als de autochtone controlepopulatie. Door structureel aan niet-westerse zwangeren met lage Nederlandse taalvaardigheid vertaalde folders aan te bieden en aandacht te schenken aan communicatieproblemen kan de zorg voor deze specifieke groep zwangeren mogelijk verder verbeterd worden.

**Figuur 1.** Flowchart respondenten vragenlijst niet-westerse en autochtone onderzoeksgroep



gebruikt om antwoorden uit de ingevulde vragenlijst verder te exploreren. De geluidsopnames van de interviews werden getranscribeerd en gecodeerd met behulp van MAXQDA, een softwareprogramma voor kwalitatieve tekstanalyse.

### Resultaten

Van de in totaal 216 verzonden vragenlijsten werden 129 (60%) vragenlijsten geretourneerd. In de niet-westerse groep werd een valide responsratio van 51% (53/104) bereikt, in de autochtone groep bedroeg deze 71% (76/107). (Figuur 1) Van de 39 niet-westerse respondenten waren negen vrouwen van Marokkaanse (23%), negen van Afrikaanse (23%), acht van Aziatische (20%), acht van Turkse (20%), vier van Antilliaanse (10%), en één van Latijns-Amerikaanse (3%) afkomst. Persoonsgebonden karakteristieken van de respondenten zijn weergegeven in Tabel 1A. Niet-westerse vrouwen waren vaker laag opgeleid, hadden minder vaak een baan en waren vaker alleenstaand vergeleken met autochtone

vrouwen. Tabel 1B geeft een overzicht van de zwangerschap- en partusgerelateerde karakteristieken van de respondenten. Niet-westerse zwangeren kwamen vaker via de huisarts bij de betreffende zorgverlener en bevielen minder vaak spontaan en zonder medische ingrepen dan autochtone zwangeren.

### Vragenlijst

In Tabel 2 en Tabel 3 zijn de scores van de verschillende NIVEL-schalen en indicatoren weergegeven. De schaal communicatie werd door de niet-westerse onderzoekspopulatie lager beoordeeld dan door de autochtone populatie ( $p=0,015$ ). Tevens gaven niet-westerse vrouwen aan minder voorlichting te hebben ontvangen betreffende screening op het syndroom van Down en de 20-weken echo (respectievelijk  $p<0,001$  en  $p=0,017$ ). Het spoednummer was bij 100% van de ondervraagden bekend. Niet-westerse vrouwen gaven vaker dan autochtone vrouwen aan onvoldoende of onbegrijpelijke

informatie te hebben ontvangen over onderwerpen als gebruik van alcohol, medicijnen, risicovolle voedingsmiddelen en foliumzuur (niet significant). In de vragenlijst gaf geen van de respondenten aan foldermateriaal in een andere taal dan Nederlands te hebben ontvangen. Een derde van de niet-westerse vrouwen had tijdens de consulten hulp nodig om met hun zorgverlener te communiceren (n=13). Van hen ontving 75% hulp van haar partner of een andere begeleider. Toch had 46% graag meer hulp bij de communicatie gewild. Alle autochtone en alle niet-westerse vrouwen hadden kraamzorg ontvangen. De algemene indicator voor

evaluatie van zorg werd door beide onderzoeksgroepen hoog beoordeeld (niet-westerse groep  $8,4 \pm 1,2$ ; autochtone groep  $8,5 \pm 1,0$ ). Er bestond geen relatie tussen de in de vragenlijst opgenomen partusuitkomsten (wijze van bevallen en gezondheid kind) en de algemene indicator voor evaluatie van zorg. Verbeterpunten werden door 59% van de autochtone en 67% van de niet-westerse vrouwen genoemd. In beide groepen werden vooral verbetering van de communicatie tussen zorgverleners onderling en verkorting van de wachttijd voor consulten genoemd.

Van de niet-westerse vrouwen heeft 43% hulp gehad bij

**Tabel 1A.** Persoonsgebonden karakteristieken niet-westerse (n=39) en autochtone (n=68) onderzoekspopulatie regio Nijmegen

	Niet-westers (%)	Autochtoon (%)	p
<b>Leeftijd</b>			0,156
18 t/m 29 jaar	37,8	25,0	
30 t/m 39 jaar	59,4	73,5	
40 jaar of ouder	2,7	1,5	
<b>Opleiding</b>			0,021
Lagere school	8,1	0	
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	8,1	1,5	
Middelbaar algemeen onderwijs	13,5	10,3	
MBO	27,0	27,9	
HAVO	2,7	1,5	
HBO	18,9	38,2	
WO	16,2	20,6	
Anders	5,4	0	
<b>Baan</b>			<0,001
Geen	59,5	16,2	
Parttime < 3 dagen	2,7	14,7	
Parttime $\geq$ 3 dagen	21,6	54,4	
Fulltime	16,2	14,7	
<b>Woonachtig in Nederland</b>			0,021
In Nederland geboren	21,6	95,6	
Langer dan 10 jaar	29,7	4,4	
5-10 jaar	18,9	0	
0-5 jaar	29,7	0	
<b>Woonsituatie</b>			<0,001
Alleenstaand	18,9	0	
Gehuwd of samenwonend met partner	81,1	98,5	
Samenwonend met familie of vrienden	0	1,5	
<b>Pariteit</b>			0,313
Nullipara	35,9	47,1	
Multipara	64,1	52,9	

Door missende data verschilt het aantal geanalyseerde respondenten per karakteristiek



het invullen van de vragenlijst, meestal in de vorm van een vertaling van de vragen.

### Interviews

In totaal vonden dertien interviews plaats, waarna theoretische saturatie werd bereikt. Onder de respondenten bevonden zich drie Turkse vrouwen, drie Marokkaanse vrouwen, twee Chinese vrouwen, twee Antilliaanse vrouwen, één Latijns-Amerikaanse vrouw, één Iraakse vrouw, en één vrouw uit Soedan. Hoewel het merendeel van de respondenten de ontvangen verloskundige zorg als positief beoordeelde, werden wel enkele verbeterpun-

ten benoemd. Van de geïnterviewde vrouwen met lage Nederlandse taalvaardigheid (n=7) had slechts één vrouw foldermateriaal in een andere taal ontvangen. Een van de vrouwen was wel verwezen naar een website met vertaalde folders, maar deze had zij niet allemaal kunnen vinden. Alle vrouwen gaven aan dat zij het ontvangen van folders in een andere taal zeker als meerwaarde voor de verloskundige zorg zouden ervaren. [cursief]“Ja extra hulp, dat is méér dan extra hulp. Als zij heeft Arabische informatie gekregen dan kan zij dat meer ook eigenlijk bij haar bewaren, maar met Nederlands, zij gooit eigenlijk gewoon alles weg.” (Partner 30-jarige Soedanese vrouw,

**Tabel 1B.** Zwangerschap- en partusgerelateerde karakteristieken niet-westerse en autochtone onderzoekspopulatie regio Nijmegen

	Niet-westers (%)	Autochtoon (%)	p
<b>Tijdstip eerste controle</b>			0,528
In de eerste 9 weken	71,8	73,5	
Tussen de 10e en 17e week	25,6	26,5	
Tussen de 18e en 23e week	2,6	0	
<b>Keuze zorgverlener</b>			0,012
Ervaring eerdere zwangerschap	51,3	47,1	
Via huisarts	33,3	10,3	
Via familie of kennissen	5,1	8,8	
Zelf gezocht via internet of telefoonboek	5,1	14,7	
Anders	5,1	19,1	
<b>Plaats eerste controle</b>			0,903
Eerstelijns praktijk	66,7	70,6	
Ziekenhuis	33,3	29,4	
<b>Plaats partus</b>			0,223
Thuis	10,3	20,6	
Ziekenhuis	89,7	77,9	
Geboortecentrum of kraamhotel	0	1,5	
<b>Verloop bevalling</b>			0,043
Spontaan en zonder ingrepen	18,2	37,8	
Vliezen kunstmatig gebroken	24,2	22,2	
Knip geplaatst	6,1	2,2	
Inleiding in ziekenhuis	15,2	22,2	
Weeën kunstmatig versterkt	15,2	0	
Kunstverlossing	0	0	
Keizersnede	21,2	15,6	
<b>Gezondheid baby bij invullen vragenlijst</b>			0,659
Uitstekend	24,3	33,8	
Zeer goed	40,5	38,2	
Goed	27,0	23,5	
Matig	8,1	4,4	
Slecht	0	0	

Door missende data verschilt het aantal geanalyseerde respondenten per karakteristiek

**Tabel 2.** Score NIVEL-schalen landelijke praktijktest en niet-westerse (n=39) en autochtone (n=68) onderzoekspopulatie regio Nijmegen

NIVEL-schaal	Score (1-4) NIVEL landelijke praktijktest	Score (1-4) Nijmegen niet-westers	Score (1-4) Nijmegen autochtoon	p*
Voorlichting	3,65	3,62	3,60	0,892
Bejegening	3,83	3,69	3,72	0,739
Cliëntgerichtheid	3,84	3,71	3,74	0,789
Communicatie	3,89	3,53	3,74	<b>0,015</b>
Ervaren steun	3,67	3,50	3,56	0,637
Omgaan met pijn	3,58	3,33	3,40	0,696
Samenwerking tweede lijn#	3,44	3,35	3,49	0,563
Samenwerking kraamzorg#	3,60	3,53	3,40	0,447

\*p-waarde betreft vergelijking niet-westerse en autochtone onderzoeksgroep regio Nijmegen # item samenwerking tweede lijn is gescoord door 17 niet-westerse en 35 autochtone vrouwen  
#item samenwerking kraamzorg door 37 niet-westerse en 36 autochtone vrouwen

*para 2 met lage Nederlandse taalvaardigheid)*

Een groot deel van de vrouwen maakte gebruik van het internet bij het zoeken naar informatie betreffende zwangerschap en bevalling, waarbij zowel in het Nederlands als in de moedertaal gezocht werd. Alle zeven vrouwen met lage Nederlandse taalvaardigheid hadden hulp bij de communicatie ontvangen van een partner. Hoewel zij deze hulp als voldoende beoordeelden, werd door twee vrouwen de kanttekening geplaatst dat communicatie via de partner niet optimaal is. Alle geïnterviewde vrouwen voelden zich tijdens het zorgtraject met respect behandeld en geen van hen had op enigerwijze een negatieve bejegening of ervaring betreffende het hebben van een andere cultuur meegeemaakt. Wel vond men het belangrijk dat zorgverleners zich realiseren dat de verloskundige zorg in het land van herkomst vaak anders georganiseerd is dan in Nederland. *"Ik denk dat zij er wel rekening mee moeten houden dat het voor ons misschien een grote shock is als jij naar Nederland komt en je hoort dat jij gaat niet naar de gynaecoloog hier. Dat is best een beetje zwaar!"* (39 jarige vrouw uit Panama, para 2 met goede Nederlandse taalvaardigheid)

Vrijwel alle vrouwen hadden voldoende ondersteuning bij het geven van borstvoeding ontvangen. Aspecten die genoemd werden als pijlers voor goede verloskundige zorg waren goed luisteren naar cliënten en deskundigheid.

### Discussie

In de regio Nijmegen hebben niet-westerse vrouwen op de NIVEL-schaal communicatie en op de NIVEL-indicator

voorlichting, een lagere uitkomst in vergelijking met autochtone vrouwen. Aangezien vrouwen met een lage Nederlandse taalvaardigheid mogelijk niet bereikt werden met dit onderzoek, is het verschil in uitkomst wellicht zelfs groter.

In deze studie is bij een kleine groep niet-westerse zwangeren en een autochtone controlepopulatie in de regio Nijmegen de kwaliteit van verloskundige zorg geëvalueerd. Onze studie laat zien dat het mogelijk is om de door NIVEL ontwikkelde vragenlijst voor de eerstelijns verloskundige, te gebruiken voor lokale evaluatie van de kwaliteit van verloskundige zorg. Voor zover ons bekend is dit de eerste regionale, lijnoverstijgende evaluatie van de kwaliteit van verloskundige zorg. Nadeel van deze studie is echter, naast de kleine aantallen, de relatief grote groep niet-westerse vrouwen die niet voldeden aan de inclusiecriteria waardoor uiteindelijk slechts van 39 niet-westerse vrouwen de resultaten zijn geanalyseerd. Bij de eerder door het NIVEL uitgevoerde praktijktest werden landelijk de vragenlijsten van 649 respondenten geanalyseerd, waarbij respondenten die de vragenlijst door iemand hadden laten invullen verwijderd waren. Mogelijk zijn hierdoor juist de vragenlijsten van allochtone vrouwen met lage Nederlandse taalvaardigheid buiten beschouwing gelaten. Tevens bevonden zich onder de respondenten van deze praktijktest geen vrouwen van Turkse of Marokkaanse afkomst [Wiegers TA & Bekkema N, 2011]. De uitkomsten met betrekking tot de NIVEL-schalen zijn, met uitzondering van de indicator samenwerking tweede lijn, allen lager in de regio Nijmegen vergeleken met de landelijke praktijktest van NIVEL. Een statische analyse op significantie is echter niet

mogelijk. Mogelijk is het verschil in onderzoeksgroep van invloed op deze uitkomst: de praktijktest door NIVEL betreft een landelijke evaluatie van eerstelijns verloskundige zorg, terwijl onze studie een regionaal evaluatie betreft onder vrouwen uit zowel eerste, tweede als derde lijn. Meer onderzoek in zowel eerste als tweede lijn is nodig voor verder evaluatie van de NIVEL-vragenlijst. Hoewel in onze studie de niet-westerse groep op de

NIVEL-schaal voorlichting gelijk scoorde aan de autochtone groep bleek uit zowel de vragenlijsten (NIVEL-indicatoren) als de interviews, dat zij ervaren minder vaak voldoende en begrijpelijke informatie te ontvangen over screening op het syndroom van Down, de 20-weeken echo en het gebruik van alcohol, risicovolle voedingsmiddelen en foliumzuur. Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen van niet-westerse afkomst minder vaak bekend zijn met

**Tabel 3.** Score NIVEL-indicatoren niet-westerse (n=39) en autochtone (n=68) onderzoekspopulatie regio Nijmegen

	Score (1-4) Niet-westers (%)	Score (1-4) Autochtoon (%)	p
<b>Voorlichting</b>			
Screening syndroom van Down	3,46	4,00	<0,001
20-weeken echo	3,76	4,00	0,017
Schriftelijke informatie zwangerschap ontvangen	3,62	3,82	0,236
<b>Autonomie</b>			
Gemaakt geboortepan besproken met zorgverlener*	2,62	3,43	0,097
Ervaren controle tijdens partus	2,82	3,03	0,293
<b>Tijdigheid</b>			
Snelle aanwezigheid partus	3,90	4,00	0,264
<b>Bereikbaarheid</b>			
Telefonisch	3,40	3,56	0,295
Spoednummer bekend	4,00	4,00	1,000
Bereikbaarheid bij spoed	3,67	3,89	0,049
Openbaar vervoer*	3,67	3,83	0,521
Parkeermogelijkheid	3,40	3,43	0,901
<b>Borstvoeding</b>			
Ondersteuning borstvoeding ontvangen	3,50	3,51	0,967
<b>Beschikbaarheid</b>			
Binnen 24 uur consult mogelijk*	3,67	3,92	0,032
Wachttijd voorafgaand aan consult	2,79	2,82	0,831
<b>Zorg op maat</b>			
Uitgenodigd voor nacontrole zes weken postpartum	3,69	3,82	0,446
<b>Continuïteit</b>			
Steeds dezelfde zorgverlener	2,08	1,53	0,034
Meerdere zorgverleners: ervaren als probleem*	3,22	3,58	0,083
Zorg afgestemd*	3,05	3,41	0,051
Hoofdbehandelaar	2,11	2,05	0,841
<b>Algemeen oordeel zorginstelling#</b>	<b>8,4 ± 1,2</b>	<b>8,5 ± 1,0</b>	<b>0,715</b>

\*Door missende data of het niet van toepassing zijn van vragen is het aantal respondenten bij deze indicatoren lager



het foliumzuuradvies dan autochtone vrouwen en dat kennis van foliumzuurgebruik sterk samenhangt met de mate van taalvaardigheid [Van Eijsden M et al, 2006]. Uit focusgroep interviews met vrouwen van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaans-Arubaanse vrouwen blijkt dat de meerderheid van deze vrouwen wel geïnteresseerd is in preconceptiezorg [Hosli EJ et al, 2005]. De landelijke werkgroep Preconceptie Voorlichting lanceerde recent de website [www.strakswangerworden.nl](http://www.strakswangerworden.nl) waar naast veel informatiemateriaal ook voorlichtingsfilmpjes in andere talen en animaties voor laaggeletterden te vinden zijn. Om tegemoet te komen aan de vraag naar foldermateriaal in andere talen kan gebruik worden gemaakt van de folders die beschikbaar worden gesteld via de websites van het RIVM en de KNOV. In de regio Nijmegen worden deze folders lokaal beschikbaar gesteld en worden zorgverleners gestimuleerd vertaalde folders aan te bieden aan anderstalige zwangeren om de zorg voor deze specifieke groep zwangeren verder te optimaliseren. Tenslotte bleek in ons onderzoek bij het benaderen van vrouwen voor medewerking aan een interview, dat de Nederlandse of Engelse taalvaardigheid meerdere keren onvoldoende was voor participatie. Met deze selectiebias dient rekening gehouden te worden bij interpretatie van de resultaten van zowel de vragenlijsten als de interviews. Tevens bleek uit eerder onderzoek dat ook factoren als leeftijd en opleidingsniveau invloed hebben op de ervaren kwaliteit van verloskundige zorg [Waldenström U et al, 2004]. Tijdens onze studie bleek etniciteit niet altijd juist geregistreerd te zijn, waardoor mogelijk niet-westerse vrouwen gemist zijn. Bij de huidige manier van etniciteitsregistratie voor zwangeren wordt gebruikt gemaakt van verschillende systemen. Zo kan een vrouw uit Turkije zowel als 'Mediterraan' als 'Overig Europees' geregistreerd worden. De suboptimale registratie van etniciteit bij de huidige registratiesystemen is een bekend probleem [6]. Implementatie van een nationale etniciteitsregistratie op basis van het geboorteland van beide ouders is wenselijk om toekomstig onderzoek naar kwaliteit van zorg bij verschillende etniciteitsgroepen mogelijk te maken. Momenteel wordt in de regio Nijmegen een pilot verricht waarbij gedurende een jaar de etniciteit van alle zwangeren wordt geregistreerd. Met een correcte, prospectieve registratie en een koppeling met de door de zorgverlener geregistreerde data (LVR-1 en LVR-2) kan aanvullend inzicht worden verkregen in de daadwerkelijke situatie met betrekking tot verloskundige zorg voor niet-westerse vrouwen.

## Conclusie

Deze studie biedt een eerste inzicht in de ervaren kwaliteit van verloskundige zorg bij niet-westerse zwangeren ten opzichte van autochtone zwangeren in de

regio Nijmegen. De niet-westerse vrouwen waren op de verschillende NIVEL-schalen, met uitzondering van de schaal communicatie, even tevreden als de autochtone controlepopulatie. Ook de uitgevoerde interviews tonen dat niet-westerse zwangeren in de regio Nijmegen over het algemeen tevreden zijn over de ontvangen verloskundige zorg. Door aan niet-westerse zwangeren met lage Nederlandse taalvaardigheid structureel vertaalde folders aan te bieden kan de zorg voor deze specifieke groep zwangeren mogelijk verbeterd worden. Gezien de tekortkomingen van de huidige systemen voor etniciteitsregistratie van zwangeren en de beperkingen die dit met zich meebrengt bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, verdient het aanbeveling hier landelijk aandacht aan te besteden.

## Literatuur

- Anderlieden, M.E., Vrijkotte, T.G.M., Van der Wal, M.F. et al. (2007). Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG*, 114, 1232-9.
- Bonsel, G.J., Birnie, E., Denktas, S., & Steegers, E.A.P. (2009). Signalementstudie zwangerschap en geboorte – lijnen in de perinatale sterfte. Rotterdam: Erasmus MC.
- Bouwhuis, C.B., & Moll, H.A. (2003). Determination of ethnicity in children in The Netherlands: two methods compared. *Eur.J.Epidemiol*, 18, 385-8.
- CBS. (2000). Hoe doet het CBS dat nou? Standaarddefinitie allochtonen. 2.
- CBS. (2012, februari, 22). Bevolking; ontwikkeling in gemeenten met 100 000 of meer inwoners. Cijfers over 2011. [08-05-2012] Toegankelijk via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication?DM=SLNL&PA=70748NED&D1=0,2,416,18,20,22,24&D2=a&D3=0&D4=a&D5=l&HDR=T&STB=G4,G2,G1,G3&VW=T>.
- Choté, A.A., De Groot, C.J.M., Bruijnzeels, M.A. et al. (2011). Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery*, 27, 36-41.
- Hosli, E.J., Çinibulak, L. & Van der Pal –de Bruin, K.M. (2005). Meningen over en behoefte aan preconceptie advisering van allochtone vrouwen: een focusgroep onderzoek. Leiden: TNO.
- Jonkers, M., Richters, A., Zwart, J. et al. (2011). Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reprod Health Matters*, 19, 144-53.
- Van Eijsden, M., Van der Wal, M.F., & Bonsel, G.J. (2006). Folic acid knowledge and use in a multi-ethnic pregnancy cohort: the role of language proficiency. *BJOG*, 113, 1446-51.
- Volmeijer, E.E., Van der Wilt, G.J., Van den Muijsenbergh, M., Van Dillen, J., & Van der Ven, A. (n.d.). Quality of obstetric care for non-Western women in a tertiary hospital in the Netherlands: a mixed methods study on outcomes and perceived barriers. (submitted)
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31, 17-27.
- Wiegiers, T.A., & Bekkema, N. (2011). Rapport Cliëntvervals Indicatoren en Etalageplus-informatie voor de Eerstelijns Verloskunde. Meetinstrumentontwikkeling en praktijktest 2011. NIVEL.



Nederlandse verloskundigen en zwangeren hebben behoefte aan meer wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid, voordat ze het apparaatje respectievelijk willen aanraden of gebruiken. Met de aangekondigde RCT zal onderzocht worden of de geboortetrainer effectief is in het voorkomen van een episiotomie of ruptuur en de daarmee samenhangende morbiditeit.

Er is geen sprake van belangenconflict, het onderzoek wordt niet bekostigd door de fabrikant en er zijn geen banden met de fabrikant. Er is nog geen subsidie voor dit onderzoek, het geheel wordt momenteel gedragen door de onderzoekers zelf met ondersteuning van de faculteit vrouwenstudies Medische Wetenschappen, UMC st Radboud

### Referenties KNOV

- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. (2012) Perineal techniques during second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Data of Systematic reviews* 2012, Issue 2.
- Beckmann MM, Garrett AJ. (2006) Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic reviews*, Issue 1.
- Carrolli G, Mignini L. (2009) Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic reviews*, Issue 1.
- Dannecker C, Baur C, Ruckhaberle E, Peschers U, Jundt K, Reich A, Bäuerle M, Schneider KTM, Hepp H. (2004) The effect of the pelvic floor training device Epi-no on the maternal pelvic floor six months after childbirth-Follow up studie of a randomized controlled trial. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*; 64(11): 1192-1198
- Delancey JO, Morgan DM, Fenner DE, et al (2007) Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*; 109: 295
- Guyton AC. (1991) *Textbook of medical physiology*. Philadelphia: W.B. Saunders company
- Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. (2008) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2008, Issue 4.
- Johanson R, Menon V. (2010) Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2010, withdrawn 2000.
- Lai Shek K, Chantarasorn V, Langer S, Phipps H, Dietz HP. (2011) Does the epi-no Birth Trainer reduce Levator trauma? A randomized controlled trial. *Int Urogynecol Journal*; 22(12):1521-8.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. (2008) More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BCM Med*; 14;6:7
- Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. (1982) Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 mothersurvey). *Lancet*; Mar 2(8302):808-10.
- Olde E, vander Hart O, Kleber R, van Son M. (2006) Posttraumatic stress following childbirth: a Review. *Clinical Psychological Review*; Jan;26(1):1-16
- Ruckhaberle E, Jundt K, Bäuerle M, Brisch KH, Ulm K, Dannecker, Schneider KTM. (2009) Prospective randomized multicenter trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma Australien and New Zealand journal of Obstetrics and Gynaecologie; 49:478-483
- Shifren JL, Barbieri RL, Falk SJ. (2010) Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. *UpToDate*, 2010; January last update literature review
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2006) Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4.
- Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. (2000) Fecal incontinence: prevalence and role of rupture of the anal sphincter during delivery; literature analysis. *Ned Tijdschrift voor geneeskunde* 144(27):1318-23

## Referaat

# Snorkel op, zwemvliezen aan

*Brigitte Tebbe*

**In Groot-Brittannië hoort de waterbevalling bij de normale geboortezorg. De overheid adviseerde in de jaren negentig klinieken en geboortecentra de National Health Service om een bevalbad aan te schaffen. Inmiddels beschikt zo'n 95% van de instellingen daarover. Het is goed toeven in de Britse tobbe, aldus sociologe Ethel Burns en collega's. De plaats van de waterbevalling is mede bepalend voor het verloop: hoe dichter bij huis, hoe fysiologischer.**

De data van Burns' prospectieve cohortstudie zijn afkomstig uit verschillende NHS-settings in Engeland, Schotland en Ierland: negen zelfstandige geboortecentra (freestanding midwifery practice FMP), vijf aan het ziekenhuis verbonden geboortecentra (alongside midwifery center AMC) en vijftien ziekenhuizen (obstetric centre OC). Dataverzameling vond plaats in de periode 2000-2008. In de geboortecentra hebben verloskundigen de leiding, in de ziekenhuizen de gynaecologen. Er werden eveneens 155 thuisbevallingen meegenomen in de analyse. Deze werden na een sensitiviteitsanalyse geschaard onder de categorie bevallingen in zelfstandige geboortecentra. Burns en collega's includeerden 8924 vrouwen, welke zich achtereenvolgens meldden tijdens het spreekuur met de ambitie om in bad te bevallen. De deelnemende vrouwen hadden een laagrisicoprofiel (vereiste voor een waterbevalling in de UK). Daaronder verstond men: een ongecompliceerde voorgeschiedenis en zwangerschap, een eenling in hoofdligging en een zwangerschapsduur van minimaal 37 weken.

Van de 8924 vrouwen waren 4953 (55,5%) nulliparae en 3970 (44,4%) multiparae. Alle vrouwen maakten tijdens de bevalling gebruik van het bad. Bij 58,3% werd het kind daadwerkelijk in water geboren. In de resterende gevallen verliet de vrouw het bad om op het droge te

*Brigitte Tebbe MSc is verloskundige en freelance schrijfster*

*Burns, E.E., Boulton, M.G., Cluett, E., Cornelius, V.R., Smith, L.A. (2012). Characteristics, interventions and outcomes of women who used a birthing pool: a prospective observational study. Birth 2012, 39(3), 192-202.*