

## Conclusie

Onze registratiestudie lijkt een waardevolle aanvulling te zijn op de reeds lang bestaande registratie van moedersterfte in Nederland en geeft nieuwe inzichten in de klinische problemen van de hedendaagse verloskunde. Men zou ernstige maternale morbiditeit internationaal moeten accepteren als nieuwe parameter voor de kwaliteit van verloskundige zorg, naast moedersterfte. Aangezien substandaard zorg werd aangetoond in de meerderheid van de beoordeelde gevallen, is het mogelijk ernstige maternale morbiditeit verder terug te dringen. Lokale en regionale initiatieven voor audit dienen dan ook te worden aangemoedigd en ondersteund teneinde de frequentie van ernstige maternale morbiditeit en moedersterfte te reduceren.

## Leerpunten

Ernstige maternale morbiditeit compliceert tenminste 0,71% van de bevallingen in Nederland, waarbij immigranten een verhoogd risico hebben. Bij analyse van een selectie van 63 gevallen van ernstige maternale morbiditeit werd in 39 substandaard zorg gevonden (62%). Dit betekent dat de ernstige maternale morbiditeit verder kan worden teruggebracht. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 38a van de digitale versie van dit tijdschrift.

## Pensioen? Goed geregeld bij SPV

Kijk voor meer  
informatie op:

[www.pensioenfondsverloskundigen.nl](http://www.pensioenfondsverloskundigen.nl)

# Etnische verschillen in en het zorgtraject dat

*S. Anthony, K.M. van der Pal-de Bruin,  
M.P. Amelink-Verburg, D.G. Korfker en A.M. van Huis*

In Nederland hebben zwangeren, als zij dat wensen en het medisch gezien verantwoord is, de mogelijkheid om thuis te bevallen. Dit maakt het Nederlandse verloskundige systeem uniek in vergelijking met andere westerse landen, waar de mogelijkheid om thuis te bevallen niet of nauwelijks bestaat. Het zorgtraject dat zwangeren in Nederland doorlopen en de uiteindelijke plaats van baring (thuis, polikliniek of ziekenhuis) is beschreven in een rapportage over de periode 1995-2002<sup>[1]</sup>. Hieruit blijkt dat het percentage thuisbevallingen over deze periode min of meer stabiel gebleven is. Van alle zwangeren in Nederland bevalt rond de 30% thuis. Verder blijkt een aantal kenmerken van de zwangeren, waaronder etniciteit, samen te hangen met het zorgtraject tijdens zwangerschap en bevalling, en dus met de kans op een thuisbevalling.

Inzicht in mogelijke etnische verschillen in de voorkeur voor de plaats van bevalling en in de uiteindelijke plaats van bevalling is relevant om verschillende redenen. In de eerste plaats is het aantal allochtonen onder de zwangeren in Nederland de afgelopen jaren sterk gestegen en dit aantal stijgt nog verder (statline.cbs.nl/statweb; achter-eenvolgens kiezen voor 'Tabellen', 'Bevolking', 'Geboorte', 'Geboorte; herkomstgroepering moeder, TFR', 'Levendgeborenen' en dan bijvoorbeeld 'Autochtone moeders' en 'Totaal allochtone moeders' aanvinken). Daardoor hebben allochtonen een steeds grotere invloed op het Nederlandse verloskundige zorgsysteem. In de tweede plaats is het essentieel rekening te houden met eventuele etnische verschillen bij de diverse initiatieven tot herindeling van de voornamelijk eerstelijns verloskundige zorg in verschillende regio's van Nederland, waaronder de grote steden.

In dit artikel beschrijven wij de relatie tussen etniciteit, het zorgtraject dat zwangeren doorlopen en de uiteindelijke plaats van baring. Per etnische groepering brachten wij in kaart waar de zwangeren de eerste verloskundige zorg

*S. Anthony, K.M. van der Pal-de Bruin, M.P. Amelink-Verburg, D.G. Korfker en A.M. van Huis*

*Dit artikel is eerder gepubliceerd in het  
NTvG 2008;152:2514-8*

# de voorkeur voor thuisbevallingen zwangeren doorlopen

## Samenvatting

### Doel

Het onderzoeken van etnische verschillen bij zwangeren ten aanzien van het zorgtraject tijdens de zwangerschap en ten aanzien van de plaats van baring.

### Opzet

Descriptief, retrospectief onderzoek.

### Methode

Gegevens uit de Landelijke Verloskunde Registratie van de eerste- en tweedelij (LVR-1 en LVR-2) over alle bevallingen in Nederland in de periode 1995-2002 (n = 1.401.892) werden gekoppeld en geanalyseerd met betrekking tot zorgverlener, plaats van baring en etniciteit van de zwangere. De LVR-indeling van etniciteit was: Nederlands, mediterraan, ander Europees, creools, Hindoestaans, Aziatisch en overig.

### Resultaten

Andere Europese (niet-Nederlandse) en Aziatische zwangeren begonnen de zwangerschapszorg vaak bij de verloskundige en werden niet vaak overgedragen naar de tweedelij.

Zij voltooiden de baring het vaakst onder begeleiding van de verloskundige (45,3% van de andere Europese en 44,6% van de Aziatische zwangeren). Bij Hindoestaanse en creoolse zwangeren gebeurde dat het minst vaak (respectievelijk 33,1 en 28,0%). Zij begonnen de zwangerschapszorg namelijk vaak in de tweedelij om medische redenen en werden ook vaak tijdens de zwangerschap of baring overgedragen. Van de Nederlandse zwangeren voltooide 39% de baring bij de verloskundige. Van hen die onder verantwoordelijkheid van de verloskundige aan de baring begonnen, kozen drie op de vier Nederlandse vrouwen voor een thuisbevalling, tegen een op de drie mediterraanse en een op de vijf Hindoestaanse zwangeren.

### Conclusie

Er bestaan grote etnische verschillen in het doorlopen zorgtraject, de voorkeur voor de plaats van bevalling en de uiteindelijke plaats van baring. Dit is van belang voor de voorlichting over en het beleid binnen het verloskundige systeem in Nederland.

kregen en hoe vaak zij tijdens de zwangerschap of bevalling doorverwezen werden. Ook onderzochten wij de keuzen die verschillende etnische groepen maken als zij een voorkeursplaats van baring mogen aangeven.

## Methode

### Gegevensbestanden

Voor het in kaart brengen van het zorgtraject van zwangeren in Nederland maakten wij gebruik van de Landelijke Verloskunde Registratie van de eerste- en de tweedelij (LVR-1 en LVR-2). Dit zijn twee afzonderlijke registraties waarin verloskundigen en gynaecologen alle zwangerschappen van minstens 16 weken registreren. Deze registraties zijn voor ons onderzoek gekoppeld op basis van een aantal geregistreerde moeder- en kindkenmerken. Hierdoor konden gegevens uit de LVR-1 en LVR-2 die behoorden bij dezelfde zwangere, bijvoorbeeld

na overdracht van de eerste naar de tweedelij, worden samengevoegd. In de onderzoeksperiode 1995-2002 steeg de deelname van verloskundige praktijken en ziekenhuizen aan respectievelijk de LVR-1 en de LVR-2. Dit gekoppelde bestand bevatte dan ook meer dan 90% van alle kinderen die in de bestudeerde onderzoeksjaren in Nederland geboren waren.

Cijfers voor alle geborenen in Nederland werden geëxtrapoleerd uit de gegevens in het gekoppelde bestand door per jaar te corrigeren voor ontbrekende geboorten met behulp van een wegingsfactor. Deze wegingsfactor werd bepaald door de graad van deelname van verloskundige praktijken aan de LVR-1 en van perifere ziekenhuizen aan de LVR-2. Wij hebben hierbij aangenomen dat de ontbrekende verloskundige praktijken en perifere ziekenhuizen op essentiële punten, bijvoorbeeld ten aanzien van de etniciteit van zwangeren, vergelijkbaar waren met de

registrerende praktijken respectievelijk ziekenhuizen. Aan het geëxtrapolerde bestand ontbraken de geboorten bij verloskundig actieve huisartsen, aangezien zij nog niet bijdroegen aan de LVR-1. Deze geboorten, ongeveer 5% van alle geboorten in Nederland<sup>[1,2]</sup>, lieten wij in deze analyses buiten beschouwing, omdat de etniciteitsverdeling bij geboorten onder leiding van verloskundig actieve huisartsen, die vooral in plattelandsgebieden werkzaam zijn, hoogstwaarschijnlijk anders was dan die onder verloskundigen of gynaecologen. De gehanteerde koppelings- en extrapolatiemethode is elders gedetailleerd beschreven<sup>[3,4]</sup>.

#### Plaats van baring

In het geëxtrapolerde bestand werden alle bevallingen in Nederland ingedeeld in eerstelijns bevallingen, thuis of poliklinisch, en tweedelijns bevallingen, al dan niet na verwijzing vanuit de eerstelijns. Bevallingen in kraam-inrichtingen werden als poliklinische bevallingen beschouwd.

#### Etniciteit

De indeling van etniciteit was gebaseerd op de categorieën die de LVR-1 en LVR-2 hanteren. Deze zijn: Nederlands; mediterraan (Marokkaans en Turks); ander Europees (alle andere Europese landen en Noord-Amerika en Canada); creools (Afrikaans, Surinaams en Antilliaans van negroïde afkomst); Hindoestaans (Pakistaans, Indiaas, of Surinaams en Antilliaans van Hindoestaanse afkomst); Aziatisch (Chinees, Japans, Indonesisch, Ambonees, Vietnamees); overig (onder andere Zuid-Amerikaans). De groep zwangeren met 'overige etniciteit' werd samengevoegd met de zwangeren met onbekende etniciteit. Deze groep hebben wij bij het in kaart brengen van het zorgtraject buiten beschouwing gelaten, aangezien niet duidelijk was welke etnische groepen hieronder begrepen waren. Om een voldoende omvang per etnische groep te hebben voegden wij de bestanden van de jaren 1995-2002 uit de LVR samen. Aan de hand van frequentietabellen en kruistabellen is de relatie tussen etniciteit en het doorlopen zorgtraject bestudeerd. Aangezien het gebruikte onderzoeksbestand bijna de volledige populatie zwangeren uit Nederland bevatte en geen steekproef was, waren alle geobserveerde verschillen tussen etnische groepen absolute verschillen en was statistische toetsing niet nodig.

#### Resultaten

De totale onderzoekspopulatie bestond uit de LVR-registratiejaren 1995-2002 en omvatte 1,4 miljoen zwangeren ( $n = 1.401.892$ ). De verdeling van etniciteit binnen deze onderzoekspopulatie is in de tabel weergegeven. De groep bestond voor 84% uit Nederlandse zwangeren. Mediterraneanen vormden met 7,5% de grootste niet-

Nederlandse groep zwangeren. De Hindoestaanse zwangeren waren de kleinste groep (1,2%;  $n = 16.800$  zwangeren). Zoals eerder aangegeven lieten wij de groep zwangeren met overige of onbekende etniciteit (1,7%) verder buiten beschouwing. Figuur 1 beschrijft voor de verschillende etnische groepen het zorgtraject en de uiteindelijke plaats van baring.

**Tabel 1**

Aantal zwangeren per etnische groep in Nederland in de jaren 1995-2002

etnische groep <sup>1</sup>	n	%
Nederlands	1.177.748	84,0
mediterraan <sup>2</sup>	104.747	7,5
creools <sup>3</sup>	31.788	2,3
ander Europees <sup>4</sup>	24.701	1,8
Aziatisch <sup>5</sup>	21.618	1,5
Hindoestaans <sup>6</sup>	16.800	1,2
overig of onbekend	24.492	1,7
<b>totaal</b>	<b>1.401.892</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Volgens de indeling van de Landelijke Verloskundige Registratie.  
<sup>2</sup>Marokkaans en Turks.  
<sup>3</sup>Afrikaanse, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen van negroïde afkomst.  
<sup>4</sup>Alle Europese landen behalve Nederland, en Noord-Amerika en Canada.  
<sup>5</sup>Chinees, Japans, Indonesisch, Ambonees, Vietnamees.  
<sup>6</sup>Pakistaans, Indiaas, en Surinaams en Antilliaans van Hindoestaanse afkomst.

#### Zorgtraject

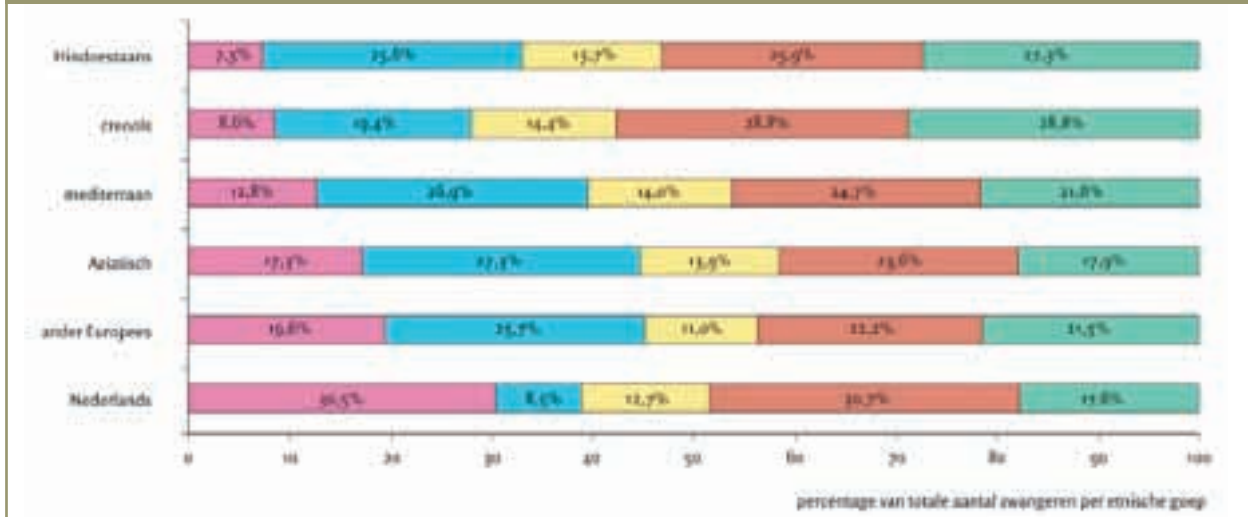
Hindoestaanse en creoolse zwangeren beginnen het vaakst direct in de tweedelijns met de zwangerschapszorg, resp. 27,3% van de Hindoestaanse en 28,8% van de creoolse zwangeren. Nederlandse en Aziatische zwangeren beginnen de zwangerschapszorg het vaakst bij een verloskundige in de eerstelijns, resp. 82,4 en 82,1%. Tussen de etnische groepen bestaat een grote spreiding in het percentage zwangeren dat tijdens de zwangerschap alsnog verwezen wordt naar de tweedelijns (zie figuur 1). Bij Nederlandse zwangeren gebeurt dat het vaakst (30,7%). Ook bij creoolse en Hindoestaanse zwangeren ligt het verwijzingspercentage tijdens de zwangerschap hoog (respectievelijk 28,8 en 25,9). Andere Europese zwangeren worden het minst vaak tijdens de zwangerschap verwezen (22,2%).

Aziatische zwangeren starten het vaakst de baring onder leiding van een verloskundige (58,5%). Van de Nederlandse zwangeren begint 51,7% de baring bij de verloskundige. De verloskundige is het minst vaak betrokken bij het begin van de baring bij Hindoestaanse en creoolse zwangeren (46,8 respectievelijk 42,4%). De etnische spreiding in het percentage zwangeren dat tijdens de baring nog wordt overgedragen naar de tweedelijns is gering (zie figuur 1).

Het percentage vrouwen dat de bevalling bij de verloskundige voltooit, loopt zeer uiteen tussen de etnische

**Figuur 1.**

Zorgtraject en plaats van baring voor zwangeren van verschillende etniciteit. De volgende zorgtrajecten zijn weergegeven: begeleiding in de eerstelijns, thuisbevalling (■), poliklinische bevalling (■); klinische bevalling in de tweedelijns na overdracht tijdens de baring (■); klinische bevalling na overdracht na overdracht tijdens de zwangerschap (■); begeleiding in de tweedelijns vanaf het begin van de zwangerschap (■). De percentages zijn berekend als percentage van het totaal per etnische groep.



groepen door de verschillen in initiële zorgverlener bij het begin van de zwangerschap en in de overdrachten tijdens de zwangerschap. Van de andere Europese zwangeren voltooit uiteindelijk 45,3% de baring bij de verloskundige, terwijl dit bij de creoolse zwangeren slechts 28,0% is (zie figuur 1). Van de Nederlandse zwangeren voltooit 39,0% de baring onder leiding van een verloskundige.

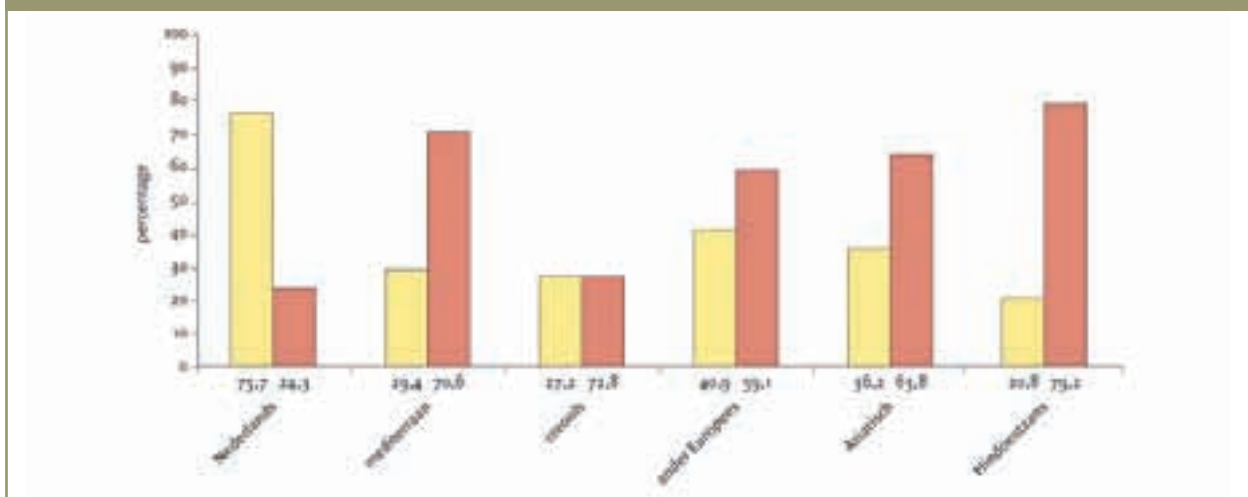
#### Voorkeur voor de plaats van baring

De plaats waar de bevalling onder leiding van een verloskundige plaatsvindt, thuis of in de polikliniek, verschilde aanzienlijk voor de verschillende etnische groepen. De voorkeur van de zwangere is bepalend voor de uiteinde-

lijke plaats van baring. Deze voorkeur werd per etnische groep bepaald bij zwangeren die aan het begin van de baring nog konden kiezen; dit waren de zwangeren die vóór de baring niet om medische redenen naar de tweedelijns waren verwezen (figuur 2). Binnen deze groep zwangeren koos 75,7% van de Nederlandse zwangeren voor een thuisbevalling en 24,3% voor een poliklinische bevalling. Zwangeren van alle andere etnische groepen kozen veel vaker voor een poliklinische bevalling dan voor een thuisbevalling. Na de Nederlandse zwangeren kozen andere Europese zwangeren en Aziatische zwangeren het vaakst voor een thuisbevalling, respectievelijk 40,9 en 36,2%. Hindoestaanse zwangeren die de keuze

**Figuur 2**

Voorkeur voor thuisbevalling (■) of poliklinische bevalling (■) van zwangeren die onder leiding van een verloskundige aan de baring beginnen. De voorkeur is weergegeven per etnische groep.



hadden, kozen het minst vaak voor een thuisbevalling, slechts 20,8%.

### Beschouwing

Deze studie toont aan dat er grote etnische verschillen zijn in het zorgtraject dat zwangeren doorlopen en in de uiteindelijke plaats van baring. Aziatische en andere Europese zwangeren starten en voltooien het vaakst de baring bij de verloskundige, doordat zij vaak de zwangerschapszorg in de eerstelijns beginnen en relatief weinig worden doorverwezen naar de tweedelijns. Creoolse en Hindoestaanse zwangeren starten en voltooien de bevalling het minst vaak bij de verloskundige, doordat zij vaak de zwangerschapszorg om medische redenen a priori in de tweedelijns beginnen. Ook worden deze zwangeren relatief vaak tijdens zwangerschap of baring alsnog aan de tweedelijns overgedragen. Nederlandse zwangeren bevinden zich wat betreft het percentage bevallingen onder leiding van de verloskundige in de middenmoot. Zij beginnen het vaakst met de zwangerschapszorg bij de verloskundige, maar worden ook het vaakst doorgestuurd naar de tweedelijns.

Bij zwangeren die de bevalling onder leiding van de verloskundige begonnen, bleken ook grote etnische

verschillen te bestaan in hun voorkeur voor de plaats van baring, namelijk thuis of in de polikliniek. Van de Nederlandse zwangeren kozen drie op de vier voor een thuisbevalling. Bij mediterrane zwangeren koos een op de drie voor een thuisbevalling en van de Hindoestaanse zwangeren slechts een op de vijf.

Deze studie is gebaseerd op een grote onderzoeksgroep van ruim 1,4 miljoen zwangeren; zelfs de kleinste etnische groep, de Hindoestaanse zwangeren, omvat nog bijna 17.000 zwangeren. Misclassificatie binnen de gebruikte indeling naar etniciteit kan niet worden uitgesloten, omdat de etniciteitscategorieën zoals gedefinieerd binnen de LVR voor zorgverleners multi-interpretabel zijn. Zo kan de ene zorgverlener een Turkse van de tweede generatie als Nederlands coderen, terwijl een andere zorgverlener haar als mediterrane zal classificeren. Bovendien is de etnische diversiteit in Nederland sinds het instellen van deze definitie veranderd. Deze potentiële misclassificatie kan de geobserveerde verbanden tussen etniciteit, zorgtraject en voorkeur voor de plaats van baring verzwakken, maar niet verklaren.

Etnische verschillen binnen de zorg bij zwangerschap en bevalling zijn in Nederland eerder beschreven. Zo is gemeld dat creoolse en andere Afrikaanse vrouwen vaker

## DE VERLOSKUNDIGE



## ECHOPRAKTIJK

Wegens uitbreiding van "De Verloskundige Echopraktijk" hebben wij een vacature voor een fulltime verloskundige echoscopist.

De Verloskundige Echopraktijk is een zelfstandige echopraktijk, die voor twintig verloskundige praktijken in Den Haag, Voorburg, Rijswijk, Leidschendam en Wateringen de eerstelijns echoscopie verzorgt.

Wij zoeken een verloskundige die, net als wij, de echoscopie beschouwt als een specialisatie op de verloskunde.

Wij bieden

- Een plaats in een enthousiast team van 8 echoscopisten en 5 baliemedewerkers.
- Wij werken op vier verschillende locaties (6 echokamers).
- Salariëring volgens functiegroep 60 CAO Ziekenhuizen.
- Bij- en nascholing ook binnen de praktijk.

Wij vragen

- Een voltooide opleiding tot verloskundige.
- Sociale vaardigheid.
- Big-registratie.
- Certificering voor SEO en combinatietest.

Uw schriftelijke sollicitatie kunt u richten aan:

De Verloskundige Echopraktijk  
T.a.v. mevrouw C. Minderaa - ten Berge  
Bonistraat 18  
2585 TA Den Haag

Voor nadere inlichtingen kunt u contact opnemen via telefoonnummer 06-29522003.

een medische indicatie hebben voor een klinische bevalling en ook vaker tijdens de zwangerschap opgenomen worden<sup>5</sup>. Dit komt overeen met onze bevindingen. In het bewuste onderzoek omvatte de groep Aziatische vrouwen echter ook de Hindoestaanse zwangeren. Die groep is daardoor niet te vergelijken met de Aziatische groep in onze studie. De mediterrane groep had in het eerdere onderzoek veel minder medische indicaties en een lagere opnamefrequentie dan de andere immigrantengroepen. 5 Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) rapporteerde recentelijk een toename van het aantal zwangere vrouwen dat met complicaties in het ziekenhuis wordt opgenomen en beschreef dat het onder de allochtone vrouwen met name de Surinaamse en Antilliaanse zijn die tijdens de zwangerschap in het ziekenhuis terechtkomen<sup>6</sup>. Van hen is onder meer bekend dat zij vaak hypertensie hebben.

Het is ook eerder beschreven dat niet-Nederlandse zwangeren in Nederland vaker voor een poliklinische bevalling kiezen dan voor een thuisbevalling als zij de keuze hebben<sup>7,8</sup>. Uit Amerikaans onderzoek is gebleken dat blanke zwangeren vaker voor een thuisbevalling kiezen dan niet-blanke<sup>9</sup>. Er zijn verschillende redenen voor dit etnische verschil in voorkeursplaats en in uiteindelijke plaats van baring<sup>10,11</sup>. Ten eerste bestaan er genetisch bepaalde etnische verschillen die de kans op een bevalling in het ziekenhuis op medische indicatie vergroten. Een voorbeeld hiervan is de etnische variatie in de prevalentie van hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap. Ten tweede blijkt de sociaaleconomische status van zwangeren zowel de uiteindelijke plaats van baring als de voorkeursplaats van baring te bepalen<sup>11</sup>. Woonomstandigheden, die deels aan de sociaaleconomische status gerelateerd zijn, kunnen ook een rol spelen bij het maken van de keuze voor de plaats van bevalling. Ten derde kunnen cultureel bepaalde verschillen een verklaring zijn voor de geobserveerde etnische variatie. Onbekendheid met het Nederlandse verloskundige zorgsysteem speelt hierin onder meer een rol.

Thuis bevallen is vrij uniek voor Nederland. In andere landen in of rond Europa kan men vaak niet kiezen voor een thuisbevalling, omdat daar geen zelfstandig prak-

tiserende verloskundigen werkzaam zijn. In deze landen wordt geen onderscheid gemaakt tussen fysiologische of medische zwangerschappen en bevallingen en vinden alle bevallingen in het ziekenhuis plaats. Er is daar geen systeem van risicoselectie door zelfstandig opererende verloskundigen, zoals in Nederland. Ook kan in het land van herkomst een thuisbevalling niet mogelijk zijn door het ontbreken van randvoorwaarden, zoals een ziekenhuis op veilige afstand van de woning.

Ook heersende opvattingen, bijvoorbeeld dat een ziekenhuisbevalling veiliger is of dat bevallen in het ziekenhuis een teken van welvaart is, zijn motieven die de voorkeursplaats en de uiteindelijke plaats van baring beïnvloeden.

### Conclusie

Meer onderzoek naar de diverse motieven achter de keuzen van de verschillende etnische groeperingen in Nederland is nodig. Als deze motieven duidelijker zijn, kan de verloskundige hier bijvoorbeeld op inspelen bij het geven van voorlichting over de keuze rond de plaats van de bevalling. Ook is informatie over het verband tussen etniciteit, de voorkeursplaats en de uiteindelijke plaats van bevalling van essentieel belang en dient deze informatie betrokken te worden bij een eventuele herstructurering van de verloskundige zorg in een bepaalde regio, bijvoorbeeld bij het opzetten van eerstelijnsgeboortecentra.

Dit onderzoek wijst uit dat allochtone zwangeren veel vaker in het ziekenhuis bevallen (poliklinisch of klinisch) dan thuis, om medische redenen, maar zeker ook omdat ze daar zelf de voorkeur aan geven. Dit gegeven, samen met de stijging van het aantal allochtone zwangeren in Nederland, is van belang voor onder meer de voorlichting over en het beleid binnen het verloskundige systeem in Nederland.

Dit onderzoek was niet mogelijk zonder de registratie door alle verloskundigen en gynaecologen van gegevens in de Landelijke Verloskunde Registratie 1 en 2. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 43a van de digitale versie van dit tijdschrift.

## SPV zorgt voor nú en later

Kijk voor meer informatie op:  
[www.pensioenfondsverloskundigen.nl](http://www.pensioenfondsverloskundigen.nl)

## Etnische verschillen in de voorkeur voor thuisbevallingen en het zorgtraject dat zwangeren doorlopen

- 1 Anthony S, Amelink-Verburg MP, Jacobusse GW, Pal-de Bruin KM van der. De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002. Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN)/TNO Kwaliteit van Leven. Rapport 2005. Bilthoven: PRN; 2005.
- 2 Wiegers TA. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. Huisarts Wet. 2003;46:432-4.
- 3 Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, Pal-de Bruin KM van der, Buitendijk SE. De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage: 1995-2000. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid; 2000.
- 4 Anthony S. The Dutch Perinatal and Neonatal Registers: applications in perinatal epidemiology [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden; 2005.
- 5 Enk van A, Klomp J, Doornbos JPR. De etnische factor in de verloskundige. Med Contact. 1982;37:1189-92
- 6 Gezondheid en zorg in cijfers 2005. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2005.
- 7 Centraal Bureau voor de Statistiek. Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1990. Maandbericht Gezondheid. 1992;11(5):27-37.
- 8 Wiegers TA, Keirse MJ, Zee J van der, Berghs GA. 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.
- 9 Declercq ER, Paine LL, Winter MR. Home birth in the United States, 1989-1992. A longitudinal descriptive report of national birth certificate data. J Nurse Midwifery. 1995;40:474-82.
- 10 Crébas A. Zwanger tussen twee culturen. Verslag van een onderzoek naar gezondheidsvoorlichting voor allochtone aanstaande moeders, opgezet rond een zwangerschapscursus. Utrecht: Pharos; 2001.
- 11 Çinibulak L. Zwanger worden en bevallen op Nederlandse bodem: een medisch-antropologisch onderzoek naar de ervaringen van verloskundige zorg onder vrouwen van Turkse afkomst [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2002.