



Bevallen... thuis of poliklinisch?

Het verschil tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen ten aanzien van het verloop en de uitkomst ervan werden bestudeerd in het Gelderse onderzoek 'Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch'. In een eerdere publikatie werd een beschrijving gegeven van de verloskundige praktijken die aan dit onderzoek deelnamen; in dit tweede deelverslag wordt het medisch-verloskundig resultaat van thuis- en poliklinische bevallingen besproken.

T.A. Wieggers
G.A.H. Berghs
NIVEL, Utrecht

THUISBEVALLEN IS IN Nederland, in tegenstelling tot andere geïndustrialiseerde landen, heel gewoon. Het Nederlandse verloskundige systeem biedt elke zwangere met een normaal verlopende zwangerschap, zonder medische indicatie voor een (poli)klinische bevalling, de mogelijkheid om zelf te kiezen waar ze wil bevallen, thuis of poliklinisch. Een poliklinische bevalling onder leiding van een verloskundige wordt daarom ook wel een verplaatste thuisbevalling genoemd. Eerder onderzoek (Damstra-Wijmenga, 1982; Berghs & Spanjaards, 1988), waarin thuisbevallingen en poliklinische bevallingen met elkaar werden vergeleken, leverde echter aanwijzingen op dat er verschillen zijn die te maken hebben met de plaats van bevallen. Damstra-Wijmenga liet zien dat, in de gemeente Groningen in 1981, bij poliklinische bevallingen meer ingrepen plaatsvonden en meer complicaties optraden dan bij thuisbevallingen. Berghs en Spanjaards vonden dat vrouwen die (zonder dat vooraf sprake was van een medische indicatie) gekozen hadden voor een bevalling in de

tweede lijn, meer interventies ondergingen zoals kunstverlossing, anesthesie en episiotomie, dan vrouwen die gekozen hadden voor een bevalling in de eerste lijn. Zij constateerden daarbij tegelijkertijd een verschil in achtergrondkenmerken tussen de groep zwangeren die gekozen had voor een bevalling in de tweede lijn en de groep die in de eerste lijn wilde gaan bevallen. Enkele verloskundigen in Gelderland, die het verschil tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen ook in de praktijk zagen en die vreesden dat een verdere toename van het aantal poliklinische bevallingen zou leiden tot onnodige medicalisering van zwangerschap en bevalling, namen het initiatief tot het hier beschreven onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is ten eerste om vast te stellen of er inderdaad een verschil is tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen ten aanzien van het verloop en de uitkomst ervan en zo ja, wat dit verschil dan is. Vervolgens willen we nagaan of die verschillen te maken hebben met zwangere vrouwen zelf, door te kijken naar enkele achtergrondkenmerken van de vrouwen. De achterliggende gedachte hierbij was dat een eventueel verschil in verloop en uitkomst van de bevallingen niet alleen te maken zou kunnen hebben met de situatie, de ziekenhuissetting, maar ook met de persoon van de zwangere. Niet voor niets wordt zo veel waarde gehecht aan de eigen voorkeur van de zwangere om daar te bevallen waar zij zich het meest gerust en op haar gemak voelt. Misschien, zo was de redenering, is de keus voor een poliklinische bevalling wel een vorm van zelf-

selectie van zwaaiend tot de l een iets verhoog optreden van beeld vanwege minder gunstige

In dit artikel doe vindingen van h met betrekking schillen in resultaat. In een tijdschrift (Wieg beschrijving geg kundige praktijk zoek hebben me gend artikel zal ir vraag waarom sor lage risico groep klinische bevallin uit diezelfde gro valling.

De vraagstelling het onderzoek lu: *Verschild het (medi taat van thuisbeval klinische bevalling obstetrische, algeme kenmerken van de z*

Methode

De gegevens voo verzameld met bel vragenlijsten die z kundigen als door vier weken vóór d vallingsdatum en ná de bevalling zi loskundigen hebb bevalling een doo formulier meegest In Gelderland be verloskundigen val nisch, zodat op ee voldoende gegeve ren over thuisbeval voldoende over po gen. In de daarop zijn daarom alleen meld van zwangee een poliklinische l kent dat het perce bevallingen in de groter is dan in de primiparae vaker c zen voor een poli



interventies onder-
 ossing, anesthesie
 in vrouwen die
 een bevalling in
 aterden daarbij
 schil in achter-
 sen de groep
 n had voor een
 lijn en de groep
 e gaan bevallen.
 i in Gelderland,
 huisbevallingen
 ingen ook in de
 reesden dat een
 et aantal polikli-
 leiden tot on-
 van zwanger-
 en het initiatief
 onderzoek.

oek is ten eerste
 inderdaad een
 bevallingen en
 en ten aanzien
 uitkomst ervan
 l dan is. Vervol-
 of die verschil-
 met zwangere
 kijken naar en-
 erken van de
 gende gedachte
 ntuueel verschil
 van de bevallin-
 en zou kunnen
 de ziekenhuis-
 de persoon van
 niets wordt zo
 de eigen voor-
 m daar te beval-
 est gerust en op
 hien, zo was de
 oor een polikli-
 vorm van zelf-

selectie van zwangeren die, hoewel be-
 horend tot de lage risico groep, toch
 een iets verhoogde kans hebben op het
 optreden van complicaties, bijvoor-
 beeld vanwege een combinatie van
 minder gunstige achtergrondfactoren.

In dit artikel doen we verslag van de be-
 vindingen van het Gelderse onderzoek
 met betrekking tot de gevonden ver-
 schillen in medisch-verloskundig
 resultaat. In een eerder artikel in dit
 tijdschrift (Wiegiers et al, 1993) is een
 beschrijving gegeven van de verlos-
 kundige praktijken die aan dit onder-
 zoek hebben meegewerkt. In een vol-
 gend artikel zal ingegaan worden op de
 vraag waarom sommige vrouwen uit de
 lage risico groep kiezen voor een poli-
 klinische bevalling en andere vrouwen
 uit diezelfde groep voor een thuisbe-
 valling.

De vraagstelling voor dit gedeelte van
 het onderzoek luidt:

*Verschilt het (medisch-)verloskundig resul-
 taat van thuisbevallingen van dat van poli-
 klinische bevallingen, gespecificeerd naar
 obstetrische, algemeen medische en sociale
 kenmerken van de zwangeren?*

Methode

De gegevens voor dit onderzoek zijn
 verzameld met behulp van schriftelijke
 vragenlijsten die zowel door de verlos-
 kundigen als door hun cliënten drie tot
 vier weken vóór de te verwachten be-
 vallingsdatum en twee tot drie weken
 ná de bevalling zijn ingevuld. De ver-
 loskundigen hebben daarnaast van elke
 bevalling, een doorslag van het LVR-
 formulier meegestuurd.

In Gelderland bevallen cliënten van
 verloskundigen vaker thuis dan polikli-
 nisch, zodat op een bepaald moment
 voldoende gegevens beschikbaar wa-
 ren over thuisbevallingen maar nog on-
 voldoende over poliklinische bevallin-
 gen. In de daarop volgende maanden
 zijn daarom alleen nog gegevens verza-
 meld van zwangeren die kozen voor
 een poliklinische bevalling. Dit bete-
 kent dat het percentage poliklinische
 bevallingen in de onderzoeksgroep
 groter is dan in de populatie. Omdat
 primiparae vaker dan multiparae kie-
 zen voor een poliklinische bevalling

zijn dus ook primiparae in de onder-
 zoeksgroep oververtegenwoordigd.

De onderzoeksgroep bestaat uit 1836
 zwangeren die de bevalling zijn begon-
 nen onder leiding van een verloskun-
 dige. De groep is verdeeld in 840
 (45.8%) primiparae en 996 (54.2%)
 multiparae.

De gekozen plaats van bevallen is voor

	primiparae	multiparae
thuis	56.1%	67.2%
poliklinisch	43.9%	32.8%

Deze groep respondenten is dus niet re-
 presentatief voor de populatie waar de
 groep uit afkomstig is, dat wil zeggen:
 de totale groep zwangeren die bevalt
 onder leiding van een verloskundige,
 omdat een deel van de gegevensverza-
 meling selectief geweest is.

Het is een bekend gegeven dat de pari-
 teit van invloed is op het verloskundig
 resultaat. De geboorte van een tweede
 kind verloopt in de regel vlotter en
 minder moeizaam dan de geboorte van
 een eerste kind (Berghs & Spanjaards,
 1988; Eskes, 1989). Om nu te voorko-
 men dat bij elke analyse van het verlos-
 kundig resultaat de pariteit als belang-
 rijkste bepalende factor naar voren
 komt, worden de gegevens van primi-
 parae en multiparae steeds afzonderlijk
 geanalyseerd.

Voor het maken van een onderscheid
 tussen thuisbevallingen en polikli-
 nische bevallingen is uitgegaan van de
 gekozen plaats van bevallen zoals is aange-
 geven op het LVR-formulier. De gekozen
 plaats van bevallen is niet altijd
 dezelfde als de werkelijke plaats van
 bevallen, bijvoorbeeld vanwege een
 verwijzing durante partu. Als echter
 alle bevallingen waarbij verwezen is,
 zouden worden gerekend tot de zie-
 kenhuisbevallingen dan zouden de
 thuisbevallingen per definitie de beste
 resultaten geven. Die vertekening van
 de gegevens willen we voorkomen. In
 de medische epidemiologie staat dit be-
 kend als het 'intention to treat'-prin-
 cipe: eenmaal bij een categorie inge-
 deeld betekent bij die categorie blijven,
 omdat anders selectieve verschuiving
 van de resultaten kan optreden (Bouter
 & van Dongen, 1991).

Voor het bepalen van een score voor
 zowel het medisch-verloskundig resul-

taat als de achtergrond van de zwangere is uitgegaan van het concept van de Obstetrische Optimaliteitscore, ontwikkeld in het Perinataal Project Groningen (Touwen et al, 1980). Dat concept houdt in dat voor een groot aantal aspecten van zwangerschap en bevalling een optimale waarde wordt gedefinieerd. Optimaal betekent: de best denkbare omstandigheid of uitkomst, ongeacht andere factoren.

De score wordt berekend door alle aspecten die aan die optimale waarde voldoen één punt toe te kennen en bij elkaar op te tellen. Voor dit onderzoek is, in navolging van het onderzoek van Berghs en Spanjaards (1988), een onderscheid gemaakt in enerzijds aspecten die betrekking hebben op de bevalling zelf en op de toestand van moeder en kind en anderzijds aspecten die aan de bevalling vooraf gaan en die samen de achtergrond van de zwangere vormen. De eerste groep aspecten vormt met elkaar het medisch-verloskundig resultaat.

De score voor het medisch-verloskundig resultaat bestaat uit 36 items, verdeeld over drie groepen (zie de tabellen 1, 2 en 3):

- het verloop van de bevalling (22 items)
- de toestand van de pasgeborene (9 items)
- de toestand van de moeder (5 items)

De maximum score voor het medisch-verloskundig resultaat is dus 36.

De achtergrondscore bestaat ook uit drie onderdelen (zie de tabellen 4, 5 en 6):

- sociale en algemeen medische achtergrond (9 items)
- obstetrische achtergrond (10 items)
- huidige zwangerschap, diagnostiek en therapie (12 items)

De resulterende score voor de achtergrond heeft dus een maximum waarde van 31. Omdat de onderzoeksgroep bestaat uit zwangeren uit de lage risico groep verwachten we een heel scheve verdeling op deze achtergrondscore. Immers, alle zwangeren met achtergrondkenmerken waarvan bekend is dat ze leiden tot een verhoogd risico op complicaties tijdens zwangerschap of bevalling hebben doorgaans een medi-

sche indicatie gekregen en maken dus geen deel meer uit van de onderzoeksgroep. De achtergrondscore wordt daarom vereenvoudigd tot een tweedeling (rond de 50ste percentiel): een groep met een relatief gunstige achtergrond, dat wil zeggen met een hoge achtergrondscore en een groep met een relatief ongunstige achtergrond, dat wil zeggen met een lagere achtergrondscore. Het woord 'relatief' is hier belangrijk, want ook de vrouwen met een 'relatief ongunstige achtergrond' behoren tot de lage risico groep.

Resultaten

Allereerst is gekeken naar het medisch-verloskundig resultaat, omdat we immers willen weten of dat verschillend is voor thuisbevallingen en voor poliklinische bevallingen. De gegevens zijn steeds voor primiparae en multiparae afzonderlijk weergegeven.

De 36 items van het medisch-verloskundig resultaat zijn weergegeven in drie tabellen: het verloop van de bevalling (tabel 1), de toestand van de pasgeborene (tabel 2) en de toestand van de moeder (tabel 3). In de tabellen zijn de percentages *niet-optimale scores* weergegeven voor primiparae en multiparae afzonderlijk en onderverdeeld naar de gekozen plaats van bevallen.

Het verloop van de bevalling:

Bij de primiparae blijken slechts twee items significant te verschillen tussen beide groepen, namelijk: bij de poliklinische groep komen 'gebroken vliezen langer dan 12 uur' en 'overige problemen' vaker voor dan bij de groep die gekozen heeft voor een thuisbevalling. Dit laatste is een restcategorie met als belangrijkste onderdelen 'langdurig gebroken vliezen zonder weeën à terme' en 'noodzaak tot sedatie'. De overige aspecten van het verloop van de bevalling zijn bij de primiparae niet significant verschillend, hoewel een lichte tendens te zien is van een hoger percentage niet-optimale scores bij poliklinische bevallingen.

Bij multiparae blijkt een aantal aspecten significant vaker niet-optimaal in de groep die gekozen heeft voor een poliklinische bevalling, met name aspecten die wijzen op ingrijpen: meer

Tabel 1. Het verloop in percentages niet-gekozen plaats van

medicatie vóór de ge-
duur gebroken vliezer
vruchtwater niet hield
langer dan 60 minuten
ligging kind anders dan
hulp bij baring
perineum niet gaaf
episiotomie
ontsluitingsduur lange
verwezen durante par
onvoldoende ontsluit
onvoldoende uitdrijvi
foetale nood
baring ingeleid
vaginale kunstverlos
sectio caesarea
hechting (totaalruptu
medicatie na de gebo
retentio placentae
meer dan 1000 ml bl
bloedtransfusie
overige problemen

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

verwijzingen, m
(daarom) vaker h
meer medicatie
voorbeeld oxyto
meer dan 1000
(daarom) vaker l
retentio placenta
sluiting en overig
wen die poliklini
loop van de bev

Tabel 2. De toesta in percentages nie naar gekozen pla

geboortegewicht vlg
groefcurve <p 10 of
Apparscore na 5 min
kind overleden
opgenomen op de k
congenitale afwijking
geboortetrauma
problemen eerste 2
problemen eerste w
zwangerschapsduur:
< 37 weken of ≥ 42

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

en en maken dus n de onderzoeks- ondscore wordt d tot een tweede- percentiel): een f gunstige achter- m met een hoge en groep met een htergrond, dat wil ere 'achtergrond- latief' is hier be- vrouwen met een 'achtergrond' beho- groep.

naar het medisch- a, omdat we im- dat verschillend is i en voor polikli- De gegevens zijn ae en multiparae even.

medisch-verlos- weergegeven in oop van de beval- and van de pasge- e toestand van de le tabellen zijn de ale scores weerge- ae en multiparae verdeeld naar de evallen.

illing: jken slechts twee erschillen tussen ijk: bij de polikli- gebroken vliezen i 'overige proble- bij de groep die n thuisbevalling. categorie met als len 'langdurig ge- r weën à terme' atie'. De overige oop van de beval- parae niet signifi- oewel een lichte n een hoger per- scores bij polikli-

een aantal aspec- niet-optimaal in n heeft voor een ng, met name p ingrijpen: meer

Tabel 1. Het verloop van de bevalling: items van de obstetrische score, in percentages niet-optimale scores voor primiparae en multiparae afzonderlijk, naar gekozen plaats van bevallen.

	primiparae			multiparae		
	allen N=840	thuis %	poli %	allen N=996	thuis %	poli %
medicatie vóór de geboorte	22.3%	21.2	23.6	7.0%	6.1	8.9
duur gebroken vliezen langer dan 12 uur	15.8%	13.4*	19.0*	6.7%	6.4	7.3
vruchtwater niet heider	15.2%	14.2	16.5	13.2%	12.7	14.1
langer dan 60 minuten actief meepersen	28.8%	28.9	28.7	1.5%	1.3	1.8
ligging kind anders dan achterhoofd of kruin	4.0%	3.2	5.1	1.9%	1.9	1.8
hulp bij baring	29.6%	29.5	29.8	4.9%	4.3	6.1
perineum niet gaaf	76.8%	78.3	74.8	55.6%	52.0**	53.0**
episiotomie	52.6%	52.4	52.8	18.9%	15.8***	25.1***
ontsluitingsduur langer dan 10 uur	23.8%	24.6	22.8	4.6%	3.7	6.4
verwezen durante partu	38.5%	36.7	40.7	10.0%	8.7***	12.8***
onvoldoende ontsluiting	9.0%	8.9	9.2	1.5%	0.9%	2.8*
onvoldoende uitdrijving	11.0%	12.1	9.5	0.7%	0.4	1.2
foetale nood	4.6%	4.5	4.9	0.7%	0.6	0.9
baring ingeleid	4.3%	3.6	5.1	2.0%	1.9	2.1
vaginale kunstverlossing	14.6%	13.8	15.7	1.2%	1.2	1.2
sectio caesarea	3.5%	3.0	4.1	0.3%	0.1	0.6
hechting (totaalruptuur	1.4%	1.5	1.4	0.6%	0.6	0.6
medicatie na de geboorte	62.9%	60.5	65.9	44.5%	37.2***	59.3***
retentio placentae	0.6%	0.4	0.8	1.4%	0.7*	2.8*
meer dan 1000 ml bloedverlies	2.9%	1.9	4.1	1.6%	0.6***	3.7***
bloedtransfusie	1.0%	0.8	1.1	0.6%	-	1.8**
overige problemen	14.2%	10.4***	19.0***	6.7%	5.2*	9.8%

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

verwijzingen, meer episiotomieën en (daarom) vaker het perineum niet gaaf, meer medicatie na de geboorte (bijvoorbeeld oxytocine), maar ook vaker meer dan 1000 ml bloedverlies en (daarom) vaker bloedtransfusie, vaker retentio placentae, onvoldoende ontsluiting en overige problemen bij vrouwen die poliklinisch bevielden. Het verloop van de bevalling is daarmee voor

multiparae die hebben gekozen voor een poliklinische bevalling duidelijk anders, minder goed, dan voor multiparae die gekozen hebben voor een thuisbevalling.

De toestand van de pasgeborene:

Zowel bij primiparae als bij multiparae worden bij poliklinische bevallingen vaker problemen tijdens de eerste 24

Tabel 2. De toestand van de pasgeborene: items van de obstetrische score, in percentages niet-optimale scores voor primiparae en multiparae afzonderlijk, naar gekozen plaats van bevallen.

	primiparae			multiparae		
	allen N=840	thuis %	poli %	allen N=996	thuis %	poli %
geboortegewicht vlg. Amsterdamse						
groei-curve <p 10 of >p 90	17.4%	17.4	17.3	17.4%	16.6	19.0
Apgarscore na 5 minuten minder dan 9	8.0%	7.0	9.2	4.2%	4.5	3.7
kind overleden	0.2%	-	0.5	0.4%	0.6	-
opgenomen op de kinderafdeling	13.8%	11.7	16.5	5.3%	4.5	7.0
congenitale afwijking	1.9%	1.5	2.4	1.9%	1.3	3.1
geboortetrauma	0.6%	0.6	0.5	0.7%	0.6	0.9
problemen eerste 24 uur	20.6%	16.6**	25.7**	6.6%	4.5***	11.0***
problemen eerste week	6.9%	7.0	6.8	2.8%	2.7	3.1
zwangerschapsduur: < 37 weken of \geq 42 weken	5.0%	4.9	5.1	4.2%	5.0	2.8

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$

Tabel 3. De toestand van de moeder: items van de obstetrische score, in percentages niet-optimale scores voor primiparae en multiparae afzonderlijk, naar gekozen plaats en bevallen.

	primiparae			multiparae		
	allen N=840	thuis %	poli %	allen N=996	thuis %	poli %
mastitis	-	-	-	0,1%	-	0,3
endometritis	0,2%	-	0,5	0,1%	0,1	-
cystitis	-	-	-	0,2%	0,1	0,3
medicatie kraambed	-	-	-	0,3%	0,3	0,3
overige stoomissen	0,4%	0,4	0,3	0,2%	-	0,6

uur gesignaleerd dan bij bevallingen die thuis zijn begonnen. Dit betreft zaken als: routineonderzoek na kunstverlossing of bepaling bloedsuikergehalte. Het percentage kunstverlossingen is voor beide groepen niet significant verschillend, dus lijkt het aannemelijk dat ook het percentage routineonderzoeken niet verschillend zal zijn. Wel kan het zo zijn dat bij een poliklinische bevalling vaker een bloedsuikerbepaling gedaan wordt, misschien ook als routinehandeling.

Op alle overige items is het verschil tussen thuis- en poliklinisch bevallen niet significant.

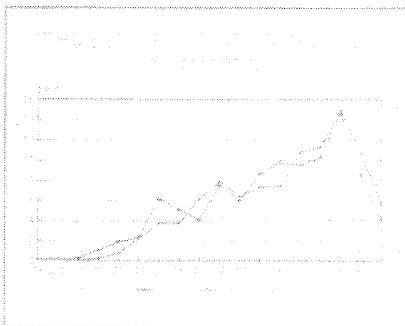
De toestand van de moeder:

Problemen voor de moeder, zoals mastitis of endometritis blijken heel zeldzaam te zijn, niet-optimale scores komen bijna niet voor, significante verschillen tussen thuis- en poliklinisch bevallen zijn niet aanwezig.

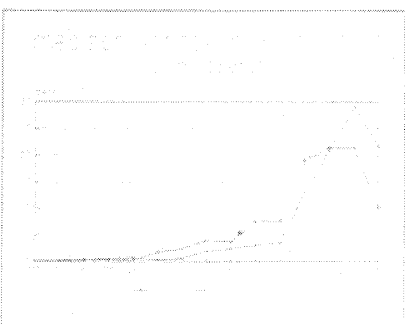
De figuren 1 en 2, respectievelijk voor primiparae en voor multiparae, geven de verdeling in percentages van het medisch-verloskundig resultaat naar plaats van bevallen. Vijf procent van de primiparae heeft een score van 36, wat wil zeggen dat alle items uit bovenstaande tabellen als optimaal gescoord zijn. Vijftig procent van hen heeft een score van 32 of hoger, wat wil zeggen dat de helft van de groep op tenminste 32 van de 36 items optimaal heeft gescoord. Een score lager dan 19 komt niet voor.

Van de multiparae scoort ruim 17% op alle 36 items optimaal en heeft 65% een score van 34 of hoger. Een score lager dan 22 komt bij multiparae niet voor. De figuren tonen het verschil tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen: bij primiparae is het verschil klein en met name zichtbaar in het gedeelte van de lagere scores. De gemiddelde score van de groep die heeft gekozen voor een thuisbevalling is 31.1 en voor de groep die heeft gekozen voor een poliklinische bevalling 30.6. Bij multiparae is het verschil aan beide kanten van de grafiek zichtbaar: bij de lagere scores hebben de poliklinische bevallingen een groter aandeel en bij de hoogste scores komen meer thuisbevallingen voor. De gemiddelde score van de groep multiparae die heeft gekozen voor een thuisbevalling is 34.0 en voor de groep multiparae die heeft gekozen voor een poliklinische bevalling 33.1.

figuur 1. De verdeling van de scores voor het medisch-verloskundig resultaat van primiparae, naar plaats van bevallen, in percentages



figuur 2. De verdeling van de scores voor het medisch-verloskundig resultaat van multiparae, naar plaats van bevallen, in percentages



De 31 achtergr in drie tabelle betreffende de discische achtergr trische achtergr dige zwangersc rapie (tabel 6) zijn de percen weergegeven v tiparae afzondi naar de gekoze

Sociale en algem. Uit tabel 4 blij primiparae deg ben voor een significant min zwangerschaps

Tabel 4. Sociale in percentages n naar gekozen pl

niet gehuwd of sar etnische minderhe geen deelname zw rookt drinkt meer dan tw alcohol per week gebruikt drugs Quetelet-index <1 leeftijd <20 of >31 pre-existente hype diabetes mellitus

(tussen haakjes het aa ***p<.001; **p<.01; *p

Tabel 5. Obstetr in percentages n naar gekozen pli

meer dan één abor vroeggeboorte <28 vroeggeboorte 28- intra-uteriene vruch vaginale kunstverlo sectio caesarea in a dysmaturitas (<2,3 toxicose in anamne andere complicatie infertilitaetsprobleem

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

%	multiparae	
	thuis	poli
afzonderlijk		
n		
99%	%	%
1%	-	0.3
1%	0.1	-
2%	0.1	0.3
3%	0.3	0.3
2%	-	0.6

moeder, zoals misschien heel zeldzaam optimale scores kort, significante verschillen en poliklinisch aanwezig.

repectievelijk voor multiparae, geven percentages van het lig resultaat naar Vijf procent van de score van 36, wat items uit bovenoptimaal gescoord van hen heeft een er, wat wil zeggen groep op tenminste optimaal heeft geger dan 19 komt

coort ruim 17% op l en heeft 65% een er. Een score lager ltiparae niet voor. et verschil tussen poliklinische bearae is het verschil ichtbaar in het gescores. De gemidgroep die heeft geisbevalling is 31.1 lie heeft gekozen he bevalling 30.6. verschil aan beide zichtbaar: bij de lae poliklinische beaandeel en bij de n meer thuisbevaldelde score van de reeft gekozen voor 34.0 en voor de reeft gekozen voor alling 33.1.

De 31 achtergrondkenmerken zijn ook in drie tabellen weergegeven: items betreffende de sociale en algemeen medische achtergrond (tabel 4), de obstetrische achtergrond (tabel 5) en de huidige zwangerschap, diagnostiek en therapie (tabel 6). Ook in deze tabellen zijn de percentages *niet-optimale scores* weergegeven voor primiparae en multiparae afzonderlijk en onderverdeeld naar de gekozen plaats van bevallen.

Sociale en algemeen medische achtergrond: Uit tabel 4 blijkt dat binnen de groep primiparae degenen die gekozen hebben voor een poliklinische bevalling significant minder vaak deelnamen aan zwangerschapsgym. Zowel bij primi-

parae als bij multiparae blijken vrouwen uit een etnische minderheidsgroepering vaker gekozen te hebben voor een poliklinische bevalling en bij de multiparae die kiezen voor een poliklinische bevalling zijn meer vrouwen die niet voldoen aan het criterium voor de Quetelet-index (gewicht in kilo's, gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters, berekend op grond van het gewicht vóór de zwangerschap).

Obstetrische achtergrond:

Primiparae hebben, op eventuele abortus of infertiliteitsproblematiek na, geen obstetrische anamnese en bij de multiparae komen genoemde items maar heel zelden voor. Wat uit deze

Tabel 4. Sociale en algemeen medische achtergrond: items van de obstetrische score, in percentages niet-optimale scores voor primiparae en multiparae afzonderlijk, naar gekozen plaats van bevallen.

	primiparae			multiparae		
	allen N=840	thuis %	poli %	allen N=996	thuis %	poli %
niet gehuwd of samenwonend	(55) 2.4%	2.2	2.7	(63) 1.3%	0.8	2.4
etnische minderheid	(9) 3.5%	2.1*	5.2*	(3) 3.3%	2.2*	5.6*
geen deelname zwangerschapsgym	(59) 16.8%	13.7*	20.9*	(76) 41.7%	41.8	41.6
rookt	(59) 27.0%	25.4	29.2	(64) 25.5%	25.8	24.9
drinkt meer dan twee glazen alcohol per week	(56) 4.0%	4.3	3.6	(64) 5.2%	5.4	4.5
gebruikt drugs	(62) 0.5%	0.2	0.9	(70) 0.3%	0.5	-
Quetelet-index <10.8 of >24.2	(72) 26.7%	29.0	23.5	(88) 30.3%	27.9*	35.6*
leeftijd <20 of >31	(17) 19.7%	18.0	21.9	(20) 44.3%	43.8	45.1
pre-existente hypertensie of diabetes mellitus	(-) 0.2%	0.4	-	(-) -	-	-

(tussen haakjes het aantal ontbrekende waarden)

***p<0.01; **p<0.05; *p<0.1

Tabel 5. Obstetrische achtergrond: items van de obstetrische score, in percentages niet-optimale scores voor primiparae en multiparae afzonderlijk, naar gekozen plaats van bevallen.

	primiparae			multiparae		
	allen N=840	thuis %	poli %	allen N=996	thuis %	poli %
meer dan één abortus	1.4%	1.9	0.8	4.5%	4.8	4.0
vroegeboorte <28 wk in anamnese	-	-	-	0.5%	0.4	0.6
vroegeboorte 28-36 wk in anamnese	-	-	-	0.8%	0.3*	1.8*
intra-uteriene vruchtdood in anamnese	-	-	-	0.1%	-	0.3
vaginale kunstverlossing in anamnese	-	-	-	3.9%	1.9***	8.0***
sectio caesarea in anamnese	-	-	-	0.2%	-	0.6
dysmaturitas (<2.3 perc.) in anamnese	-	-	-	0.6%	0.9	-
toxicose in anamnese	-	-	-	0.5%	0.4	0.6
andere complicaties in anamnese	-	-	-	1.5%	0.4***	3.7***
infertiliteitsproblematiek	0.5%	0.2	0.8	0.2%	0.1	0.3

***p<0.01; **p<0.05; *p<0.1

Tabel 6. Huidige zwangerschap, diagnostiek en therapie: items van de obstetrische score, in percentage niet-optimale scores voor primiparae en multiparae afzonderlijk, naar gekozen plaats van bevallen.

	primiparae			multiparae		
	allen N=840	thuis %	poli %	allen N=996	thuis %	poli %
vaginaal bloedverlies	1.4%	1.1	1.9	1.8%	1.6	2.1
pre-eclampsie (hypertensie/toxicose)	1.5%	1.1	2.2	0.9%	0.6	1.5
anaemie (Hb < 6.8 mmol/l)	16.1%	14.2	18.4	20.5%	18.8	23.9
hypertensie (RR diast > 90)	5.0%	4.9	5.1	3.2%	3.4	2.8
termijn onzeker	6.5%	4.9*	8.7*	4.5%	3.9	5.8
Rhesussensibilisatie	-	-	-	0.1%	0.1	-
andere complicaties	13.9%	14.2	13.6	10.4%	10.5	10.4
laatste gynaecologisch consult tijdens zwangerschap (niet tijdens baring)	(14) 17.6%	16.5	18.9	(9) 17.6%	16.0	21.0
aantal zwangerschapscontroles < 10 of > 15	(16) 13.7%	13.5	14.1	(11) 14.8%	16.9*	10.5*
amniopunctie verricht	0.1%	0.2	-	2.1%	2.2	1.8
CTG verricht tijdens de zwangerschap	2.1%	1.7	2.7	2.1%	1.9	2.4
medicijnen gebruikt tijdens de zwangerschap	(95) 78.3%	78.6	77.8	(101) 84.9%	83.1*	89.0*

(tussen haakjes het aantal onthrekende waarden)

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

tabel wel naar voren komt is dat multiparae met een vaginale kunstverlossing en/of met andere (niet nader genoemde) complicaties in de anamnese vaker kiezen voor een poliklinische bevalling dan voor een thuisbevalling.

Huidige zwangerschap, diagnostiek en therapie:

Op dit onderdeel zijn een paar verschillen aanwezig: de termijn blijkt vaker onzeker bij primiparae die gekozen hebben voor een poliklinische bevalling. Multiparae die gekozen hebben voor een thuisbevalling hebben vaker minder dan 10 zwangerschapscontroles gehad. Wat verder opvalt is het hoge medicijngebruik in beide groepen. Dit is overigens inclusief frequent voorgeschreven middelen en middelen voor zelfmedicatie, zoals ijzer- en vitaminepreparaten, aspirine en homeopathische middelen.

De achtergrondscore, als som van de voorgaande 31 achtergrondkenmerken, is voor primiparae en multiparae afzonderlijk vereenvoudigd tot een tweedeling. Voor primiparae is de grens gelegd bij 29, dat wil zeggen: een score lager dan 29 wordt beschouwd als een 'relatief ongunstige achtergrond' terwijl een score van 29 of hoger beschouwd wordt als een 'relatief gunstige achtergrond'. Bij multiparae is die

grens één punt lager, bij 28 gelegd, zodat ook daar de grens zo dicht mogelijk bij de 50ste percentiel ligt. Dit levert de volgende verdeling op.

Primiparae:

356 (51.7%) met een 'relatief gunstige achtergrond'
333 (48.3%) met een 'relatief ongunstige achtergrond'

Multiparae:

507 (60.9%) met een 'relatief gunstige achtergrond'
326 (39.1%) met een 'relatief ongunstige achtergrond'

De scores voor het medisch-verloskundig resultaat zijn voor verdere analyse omgezet in een driedeling: 'heel goed resultaat' - 'goed resultaat' en 'minder goed resultaat', met voor primiparae en multiparae verschillende afkappunten. De afkappunten zijn zo gekozen dat in beide groepen de $\pm 20\%$ met de hoogste score in de groep met 'heel goed resultaat' valt en de $\pm 20\%$ met de laagste score in de groep met het 'minder goed resultaat' valt.

Voor primiparae zijn als afkappunt de scores 28 en 34 gehanteerd: een score lager dan 28, dat wil zeggen acht of meer van de 36 aspecten niet optimaal wordt beschouwd als een 'minder goed resultaat', een score van 35 of 36 is een 'heel goed resultaat'.

Bij multiparae zijn ger gelegd, bij 33 en als geheel hoger score wordt dus eerder dat wil zeggen vaker niet optimaal, besder goed resultaat als een 'heel goed

De samenhang tussen score, de score van verloskundig resultaat, gekozen plaats van manieren bekeken behulp van kruis kwadraat-toets niet is tussen:

a. de gekozen plaats of poliklinisch verloskundig resultaat voor multiparae het resultaat bij is dan bij polik kwadraat = 3.2

Tabel 7. Verschil in rekening houdend primiparae en multiparae

gekozen plaats van bevallen: thuis
gekozen plaats van bevallen: poliklinisch

gekozen plaats van bevallen: thuis
gekozen plaats van bevallen: poliklinisch

**statistische
afzonderlijk,**

multiparae	
thuis %	poli %
1.6	2.1
0.6	1.5
18.8	23.9
3.4	2.8
3.9	5.8
0.1	-
10.5	10.4
16.0	21.0
16.9*	10.5*
2.2	1.8
1.9	2.4
83.1*	89.0*

28 gelegd, zo-
dicht mogelijk
gt. Dit levert de

relatief
achtergrond'
relatief
e achtergrond'

relatief
achtergrond'
relatief
e achtergrond'

sch-verloskun-
verdere analyse
ing: 'heel goed
at' en 'minder
r primiparae en
e afkappunten.
gekozen dat in
b met de hoog-
t 'heel goed re-
b met de laagste
et 'minder goed

s afkappunt de
eerd: een score
zeggen acht of
n niet optimaal
n 'minder goed
35 of 36 is een

Bij multiparae zijn de afkappunten hoger gelegd, bij 33 en 35, omdat de groep als geheel hoger scoort. Voor multiparae wordt dus een score lager dan 33, dat wil zeggen vier of meer aspecten niet optimaal, beschouwd als een 'minder goed resultaat' en een score van 36 als een 'heel goed resultaat'.

De samenhang tussen de achtergrondscore, de score voor het medisch-verloskundig resultaat als driedeling en de gekozen plaats van bevallen is op twee manieren bekeken. Allereerst is met behulp van kruistabellen en een Chi-kwadraat-toets nagegaan of er verband is tussen:

a. de gekozen plaats van bevallen, thuis of poliklinisch en het medisch-verloskundig resultaat; dit blijkt alleen voor multiparae significant waarbij het resultaat bij thuisbevallen beter is dan bij poliklinisch bevallen (Chi-kwadraat = 33.38 p < 0.001).

b. de gekozen plaats van bevallen, thuis of poliklinisch en de achtergrond, relatief gunstig of relatief ongunstig; bij primiparae is het verband significant (Chi-kwadraat = 4.21 p < 0.05); primiparae met een relatief ongunstige achtergrond hebben vaker dan primiparae met een relatief gunstige achtergrond gekozen voor een poliklinische bevalling. Bij multiparae is het verband tussen een relatief gunstige dan wel relatief ongunstige achtergrond en de gekozen plaats van bevallen niet significant.

c. de gekozen plaats van bevallen en het medisch-verloskundig resultaat, rekening houdend met de achtergrond: dat wil zeggen afzonderlijk voor de groep met een relatief ongunstige en de groep met een relatief gunstige achtergrond; dit blijkt geen verandering te brengen in de relatie tussen gekozen plaats van bevallen en medisch-verloskundig resultaat

Tabel 7. Verschil in medisch-verloskundig resultaat naar gekozen plaats van bevallen, rekening houdend met een relatief gunstig of ongunstige achtergrond, voor primiparae en multiparae afzonderlijk (absolute aantallen en rij-percentages).

	primiparae							
	achtergrond relatief ongunstig (score < 29) N = 333				achtergrond relatief gunstig (score ≥ 29) N = 356			
	resultaat minder goed (< 28)	resultaat goed (28-34)	resultaat heel goed (> 34)		resultaat minder goed (< 28)	resultaat goed (28-34)	resultaat heel goed (> 34)	
gekozen plaats van bevallen: thuis	39 21.4%	116 63.7%	27 14.8%	182 100%	29 13.0%	154 69.1%	40 17.9%	223 100%
gekozen plaats van bevallen: poliklinisch	38 25.2%	91 60.3%	22 14.6%	151 100%	22 16.5%	97 72.9%	14 10.5%	133 100%
	77 23.1%	207 62.2%	49 14.7%		51 14.3%	251 70.5%	54 15.2%	
	$\chi^2=6.62$ p=0.718				$\chi^2=3.921$ p=0.141			
	multiparae							
	achtergrond relatief ongunstig (score < 28) N = 326				achtergrond relatief gunstig (score ≥ 28) N = 507			
	resultaat minder goed (< 33)	resultaat goed (33-35)	resultaat heel goed (> 35)		resultaat minder goed (< 33)	resultaat goed (33-35)	resultaat heel goed (> 35)	
gekozen plaats van bevallen: thuis	39 18.1%	135 62.8%	41 19.1%	215 100%	49 13.4%	237 64.6%	61 22.1%	367 100%
gekozen plaats van bevallen: poliklinisch	36 32.4%	67 60.4%	8 7.2%	111 100%	34 24.3%	92 65.7%	14 10.0%	140 100%
	75 23.0%	202 62.0%	49 15.0%		83 16.4%	329 64.9%	95 18.7%	
	$\chi^2=13.424$ p=0.001				$\chi^2=15.302$ p=0.000			

die we al eerder hadden gevonden met de analyse genoemd onder a: bij primiparae is in beide groepen het verband niet statistisch significant, bij multiparae wel (zie tabel 7).

De achtergrondscore als geheel blijkt weinig samen te hangen met de relatie tussen de plaats van bevallen en het medisch-verloskundig resultaat.

Daarom is vervolgens gekeken naar het verband tussen de afzonderlijke achtergrondkenmerken en het medisch-verloskundig resultaat in dezelfde driedeling 'minder goed', 'goed' en 'heel goed'. Dan blijken (eveneens getoetst met een Chi-kwadraat toets) voor primiparae de volgende kenmerken significant samen te hangen met een minder hoge resultaatscore:

- een niet optimale Quetelet-score ($p < 0.05$)
- andere complicaties tijdens de zwangerschap, zoals serotiniteit of liggingsafwijking ($p < 0.01$)

Voor multiparae blijken de volgende kenmerken significant met een minder hoge resultaatscore samen te hangen:

- een niet optimale Quetelet-score ($p < 0.05$)
- een vaginale kunstverlossing in de anamnese ($p < 0.01$)
- dysmaturitas in de anamnese ($p < 0.05$)
- overige complicaties in de anamnese ($p < 0.05$)
- andere complicaties tijdens de zwangerschap, zoals serotiniteit of liggingsafwijking ($p < 0.01$)

Bij primiparae zijn (zie tabellen 4 en 6) de twee factoren die verband blijken te houden met het medisch-verloskundig resultaat niet verschillend verdeeld over vrouwen die thuis- en vrouwen die poliklinisch wilden bevallen. In de tabellen 4 en 5 is te zien dat multiparae met een niet optimale Quetelet-score en multiparae met een vaginale kunstverlossing en/of met andere complicaties in de anamnese vaker voor een poliklinische bevalling gekozen hebben dan voor een thuisbevalling. Dit zou erop kunnen wijzen dat er bij multiparae sprake is van zelfselectie, in die zin dat een aantal van de factoren die samen blijken te hangen met het

medisch-verloskundig resultaat ook verband blijken te houden met de gekozen plaats van bevallen. Bij primiparae geven de resultaten geen aanleiding voor de verwachting dat er sprake zou zijn van zelfselectie.

Hoe die keus voor de plaats van bevallen precies gemaakt wordt en wat voor overwegingen daarin een rol spelen is de centrale vraag in het tweede gedeelte van dit onderzoek. Daarover zal in een volgend artikel gerapporteerd worden.

Discussie

Bij multiparae is het medisch-verloskundig resultaat van thuisbevallingen beter dan van poliklinische bevallingen, maar bij primiparae is geen verband gevonden tussen gekozen plaats van bevallen en medisch-verloskundig resultaat, ook niet als rekening wordt gehouden met obstetrische, algemeen medische en sociale kenmerken van de zwangere.

Met andere woorden: voor primiparae is het medisch-verloskundig resultaat thuis even goed als in het ziekenhuis, voor multiparae is het resultaat thuis beter.

Onze gegevens wijzen er niet op dat bij primiparae in het ziekenhuis vaker wordt ingegrepen dan bij primiparae die thuis bevallen. Bij multiparae zijn daar wel aanwijzingen voor gevonden, die althans voor een deel het verschil in medisch-verloskundig resultaat tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen kunnen verklaren. Daarnaast blijkt er bij multiparae ook sprake te zijn van een zekere mate van zelfselectie, omdat sommige van de achtergrondkenmerken die samen blijken te hangen met het verloskundig resultaat, zoals vaginale kunstverlossing of andere complicaties in de anamnese, ook een rol blijken te spelen in de keus die zij maken voor de plaats van bevallen. Deze resultaten zijn anders dan verwacht, immers, eerder onderzoek zoals van Damstra-Wijmenga (1982) had aanleiding gegeven voor de verwachting dat ook bij primiparae meer ingrepen zouden plaatsvinden en meer complicaties zouden optreden bij poliklinisch bevallen in vergelijking met thuisbevallen. Discussies hierover in de

begeleidingscommissie en op de afdeling de NOV in Geldersche schil tussen resultaat niet echt verheldert wel de volgende voorbereidingen voor ruim tien jaar geleden. Dat betekent dat ook zijn gebaseerd op meer dan tien jaar geleden van verloskundigen voor het begeleidingscommissie bevallingen 'heel goed' was geregeld. Het jaar is er veel verandering en het overgenomen, kinderartsen ziekenhuis. Dit kan gedragen dat de thuisbevallingen 'heel goed' bevallingen kleiner zaaan zien van primiparae zijn verdwenen. In dat, volgens de verloskundigen samenwerkingsafdeling ziekenhuizen dat met name poliklinische bevallingen een thuisbevalling wezen. De bevindingen van Van der in de richting van thuis en poliklinisch ver daar geconcludeerd verloskundigen 'heel goed' thuis sterker selectie bij een thuis wordt toegepast. Of deze factoren die dat het in eerder vonden verschil en thuisbevallingen en complicaties multiparae wordt afgevolgd is op grond van onze zeggen maar is zeker waard.

Naast het gevonden verband tussen thuisbevallingen en poliklinische bevallingen voor een aantal achtergrondkenmerken constateerd met het resultaat, namelijk dat 'heel goed' is bij een optimale Quetelet

resultaat ook
iden met de ge-
len. Bij primipa-
geen aanleiding
lat er sprake zou

plaats van beval-
ordt en wat voor
en rol spelen is
het tweede ge-
ek. Daarover zal
il gerapporteerd

medisch-verlos-
huisbevallingen
nische bevallin-
rae is geen ver-
gekozen plaats
ch-verloskundig
rekening wordt
ische, algemeen
nmerken van de

voor primiparae is
g resultaat thuis
nhuis, voor multi-
tis beter.

er niet op dat bij
ekenhuis vaker
bij primiparae
multiparae zijn
voor gevonden,
el het verschil in
resultaat tussen
oliklinische be-
laren. Daarnaast
e ook sprake te
te van zelfselec-
van de achter-
amen blijken te
undig resultaat,
rlossing of an-
anamnese, ook
n in de keus die
ts van bevallen.
nders dan ver-
onderzoek zoals
ga (1982) had
or de verwach-
rae meer ingre-
n en meer com-
den bij polikli-
ergelijking met
es hierover in de

begeleidingscommissie van het onder-
zoek en op de afdelingsvergadering van
de NOV in Gelderland konden dit ver-
schil tussen resultaat en verwachtingen
niet echt verhelderen, maar leverden
wel de volgende suggestie op. De voor-
bereidingen voor dit onderzoek zijn al
ruim tien jaar geleden van start gegaan.
Dat betekent dat ook de verwachtingen
zijn gebaseerd op de situatie van onge-
veer tien jaar geleden, toen de toegang
van verloskundigen tot de ziekenhui-
zen voor het begeleiden van poliklini-
sche bevallingen nog lang niet overal
goed was geregeld. In de afgelopen tien
jaar is er veel verbeterd in de samen-
werking en het overleg met gynaecolo-
gen, kinderartsen en verpleging in het
ziekenhuis. Dit kan er toe hebben bij-
gedragen dat de verschillen tussen
thuisbevallingen en poliklinische be-
vallingen kleiner zijn geworden en ten
aanzien van primiparae zelfs helemaal
zijn verdwenen. Daar staat tegenover
dat, volgens de verloskundigen zelf, de
samenwerkingsafspraken met som-
mige ziekenhuizen er toe kunnen lei-
den dat met name multiparae bij een
poliklinische bevalling vaker dan bij
een thuisbevalling zullen worden ver-
wezen. De bevindingen in het onder-
zoek van Van der Hulst (1993) wijzen
in de richting van een verschil tussen
thuis en poliklinisch bevallen, voor zo-
ver daar geconcludeerd wordt dat door
verloskundigen de verantwoordelijk-
heid thuis sterker wordt gevoeld en de
selectie bij een thuisbevalling strenger
wordt toegepast.

Of deze factoren er inderdaad toe lei-
den dat het in eerdere onderzoeken ge-
vonden verschil tussen poliklinische
en thuisbevallingen ten aanzien van in-
grepen en complicaties juist bij primi-
parae wordt afgevlakt of zelfs verdwijnt
is op grond van onze gegevens niet te
zeggen maar is zeker verder onderzoek
waard.

Naast het gevonden verschil in resul-
taat tussen thuisbevallingen en polikli-
nische bevallingen hebben we ook
voor een aantal afzonderlijke achter-
grondkenmerken een samenhang ge-
constateerd met het verloskundig re-
sultaat, namelijk dat het resultaat min-
der goed is bij vrouwen met een niet
optimale Quetelet-index, bij vrouwen

bij wie 'andere complicaties tijdens de
zwangerschap' optreden, zoals seroti-
niteit of liggingsafwijking en bij multi-
parae met een aantal niet optimale ob-
stetrische achtergrondkenmerken, zo-
als vaginale kunstverlossing, dysmatu-
ritas of overige complicaties in de
anamnese. Verder onderzoek naar het
verband tussen deze achtergrondken-
merken en het verloskundig resultaat is
noodzakelijk om vast te stellen of dit
implicaties kan of moet hebben voor de
keuze die vrouwen maken voor de
plaats van bevallen. Immers, één van de
minder prettige aspecten aan een thuis-
bevalling waarbij toch moet worden
verwezen naar de gynaecoloog is het
alsnog naar het ziekenhuis gaan en de
ongerustheid die dat met zich mee kan
brengen. Willen we er toe bijdragen
dat het verloskundig resultaat van
thuisbevallingen zo goed mogelijk is,
met zo min mogelijk verwijzingen du-
rante partu, dan is het verder uitdiepen
van deze verbanden van groot belang.

Vergelijken we onze resultaten met de
uitkomsten van eerder onderzoek, dan
valt op dat de percentages verwijzing
durante partu en kunstverlossing in dit
onderzoek relatief hoog zijn. Eskes
(1989) vond bij primiparae 15.7% ver-
wijzingen tijdens de baring (bij multi-
parae 4.1%), 7.4% vaginale kunstver-
lossing (multi 0.5%) en 0.7% sectio's
(multi 0.2%). Daarbij constateerde zij
in de loop van haar onderzoek, tussen
1969 en 1983, een duidelijke stijging in
alle drie die percentages. De percenta-
ges voor verwijzing tijdens de baring
die Berghs en Spanjaards (1988) von-
den voor vrouwen die bij een verlos-
kundige bevielien liggen hoger dan die
van Eskes: namelijk 21.7% voor primi-
parae en 6.5% voor multiparae. De
door ons gevonden cijfers liggen nog
hoger: 38.5% verwijzingen durante
partu bij primiparae en 10.0% verwij-
zingen durante partu bij multiparae.
Onze cijfers zijn wel vergelijkbaar met
de landelijke cijfers van de SIG over
1991: 39.1% verwijzingen durante
partu bij primiparae en 11.8% bij multi-
parae. Ook deze percentages zijn bere-
kend over de groep vrouwen die de be-
valling begonnen is onder leiding van
een verloskundige.

Ook de door ons gevonden percentages voor vaginale kunstverlossing en sectio caesarea zijn hoger dan de cijfers die Eskes rapporteert: 14,6% resp. 3,5% bij primiparae en 1,2% resp. 0,3% bij multiparae. Dit wijst er op dat de toename die Eskes tussen 1969 en 1983 waarnam, nog verder heeft doorgezet, ook in Gelderland.

De veelgehoorde opvatting dat een eerste bevalling het beste in het ziekenhuis kan plaatsvinden, wordt door onze bevindingen niet gesteund. De verschillen tussen de thuis- en de poliklinische bevallingen bij primiparae zijn daarvoor te klein. Wel kunnen we op grond van onze gegevens constateren dat voor primiparae met een normaal verlopende zwangerschap een thuisbevalling ten minste even veilig is als een poliklinische bevalling. Aansluitend bij het beleid van de overheid, dat gericht is op het teweegbrengen van een verantwoorde verschuiving van (poli)klinische bevallingen naar thuisbevallingen (Regeringsstandpunt Verloskunde, 1989), zouden we primiparae op grond van de resultaten van dit onderzoek willen aanbevelen om te kiezen voor een thuisbevalling. Bij multiparae met een normaal verlopende zwangerschap is het resultaat van thuisbevallingen significant beter dan het resultaat van poliklinische bevallingen. Ook aan multiparae kan daarom in de meeste gevallen geadviseerd worden om te kiezen voor een thuisbevalling.

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidie van het Praeventiefonds, projectnr. 28-1644

„ Voor primiparae met een normaal verlopende zwangerschap is een thuisbevalling ten minste even veilig als een poliklinische bevalling. „

Literatuur

- Adviescommissie verloskunde. Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Rijswijk September 1987
- Berghs G, Spanjaards E. De normale zwangerschap: Bevalling en beleid. Nijmegen KUIN 1988, dissertatie
- Bouter LM, Dongen MCJM van. Epidemiologisch onderzoek; opzet en interpretatie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen 1991
- Chatab J, Berghs GAH. Bevallen onder leiding van een verloskundige: thuis of poliklinisch? Een voorbereidend onderzoek. Utrecht, NIVEL 1990
- Damstra-Wijmenga SMI. Veilig bevallen. Een vergelijkende studie tussen de thuisbevalling en de klinische bevalling. Groningen 1982
- Eskes M. Het Wormerveer onderzoek: meerjarenonderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg rond een vroedvrouwenpraktijk. Zaandijk, Heynis & Schipper 1989, dissertatie
- Hulst L vd. Attitude-onderzoek onder verloskundigen. Utrecht 1993
- SIG. Jaarboek Verloskunde 1991. Utrecht 1992
- Touwen BCL, Huisjes HJ, Jurgens-van der Zee AD, Bierman-van Eendenburg MEC, Smrkovsky M, Olinga AA. Obstetrical condition and neonatal neurological morbidity. An analysis with the help of the optimality concept. Early Human Development 1980; 4, 3: 207-228
- Wiegers T, Berghs G, Meijer W, Kersten D. De verloskundige en haar praktijk in Gelderland. Tijdschr v Verlosk 1993; 18, 7/8: 298-306

„ Bij multiparae met een normaal verlopende zwangerschap is het resultaat van thuisbevallingen significant beter dan het resultaat van poliklinische bevallingen. „

Spanning

Voorli
over d

Voorlichten
recent vers
vrouwerij. V
op uiteenlo
van de Publ
beter' zulle
praktijken v
methode en
deze 'voorli

L.A.M. van der
Hulst, vroedv
sociologe