

De werkdruk van vrijgevestigde verloskundigen (3)

Verwijsgedrag en plaats van de bevalling: waardoor worden zij beïnvloed?

Verloskundigen verminderen hun werkdruk niet door meer te verwijzen of door meer poliklinische bevallingen te begeleiden. Dat blijkt uit het derde artikel over het werkdruk-onderzoek, uitgevoerd door het NIVEL onder vrijgevestigde verloskundigen. In de vorige twee artikelen werd de tijdsbesteding van verloskundigen besproken en werd aangegeven welke factoren daarop van invloed zijn^{1,2}. Dit artikel richt zich op het verwijsgedrag en de plaats van de bevalling.

*Lea Jabaaij,
Marcus Winckers,
Wouter Meijer*

IN HET Regeringsstandpunt Verloskunde uit 1989³ verwoordde de toenmalige staatssecretaris zijn visie op de eerstelijns verloskunde door te verklaren dat het beleid er in zijn algemeenheid op gericht dient te zijn onnodige medicalisering tegen te gaan. Hij geeft aan dat dit kan gebeuren door een verschuiving van het aandeel in de verloskundige zorg van tweedelijns naar eerstelijns beroepsbeoefenaren. De stimulering van de thuisbevalling past ook in dit streven naar demedicalisering. De staatssecretaris stelt hierbij wel dat de vrije keuze van de vrouw gehandhaafd dient te blijven. De vrees bestond zowel bij het Ministerie van WVC als bij de NOV⁴ dat een toenemende werkdruk van verloskundigen dit streven naar demedicalisering zou doorkruisen. Eén van de doelen van het werkdruk-onderzoek was dan ook om meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen werkdruk enerzijds en plaats van de bevalling en verwijsgedrag anderzijds. Het vermoeden bestond dat bij een toenemende werkdruk verloskundigen eerder geneigd zouden zijn meer cliënten te verwijzen

en meer bevallingen poliklinisch te begeleiden. De eerste twee vragen in het hier gerapporteerde onderzoek zijn dan ook of er een verband is (1) tussen werkdruk en verwijsgedrag en (2) tussen werkdruk en het percentage thuisbevallingen.

In het artikel dat verscheen in het vorige nummer van dit tijdschrift² is aangegeven dat de tijd die verloskundigen besteden aan een bevalling niet gerelateerd is aan de lokatie waar deze plaats vindt. Een onderzoek van Van der Hulst³ liet echter zien dat verloskundigen dit anders beleven. Haar vragenlijst-onderzoek toonde aan dat zij het idee hadden bij thuisbevallingen langer aanwezig te zijn. Ook gaven verloskundigen aan dat hoewel de arbeidsvreugde groter is bij een thuisbevalling ook de arbeidsintensiteit groter is. Deze bevindingen zijn van belang aangezien de beleving van verloskundigen van invloed kan zijn op hun feitelijk beleid ten aanzien van bijvoorbeeld de gekozen plaats van bevallen. Niet alleen de beleving van de verloskundige kan van belang zijn, maar ook haar houding ten opzichte van de plaats van bevallen en de mate waarin zij situaties als risicovol inschat. Een derde vraag die dit artikel behandelt is dan ook of de mening van de verloskundige over de plaats van bevalling gerelateerd is aan het percentage begeleide thuisbevallingen.

METHODE

De samenstelling van de deelnemende groep verloskundige praktijken en de wijze van tijdsregistratie zijn beschreven in het eerste deel van de serie artikelen 'De werkdruk van vrijgevestigde verloskundigen in Nederland'¹. Om deze reden geven we hier slechts een

beknopt ove methoden. V schrijving ve het onderzoe In dit onderz ken gegevens tijken werkte zoek in totaa 29 praktijkas vergelijkbaar assistente). Bi tijken isernaar praktijken ev stad en platte praktijkvormt. Alle personen kundige prakturende een j gehouden ho professionele hebben zij eer gevuld omtrek komende we vens omrenting van de pl komstig uit de vulde vragenl De gebruikte door Chatab bruikt door W zoek *Bevallen*. gevoerd onde gen.

Om na te gaan gedrag in verl relateerd is aan deelnemende fers uit de cate gynaecoloog' t de SIG te versc gebruiktte ind hierbij aangeho der zijn nog dr een aantal cat gen. Tabel 1 ge verkregen geg alle praktijken 1 registratie ei categorie niet v dige gegevens tabel aangegeven de gegeven de tabel is het percenteerd op inschrijvingen sing op het aan verloskundige :

beknopt overzicht van de gebruikte methoden. Voor een uitgebreide beschrijving verwijzen we de lezer naar het onderzoeksrapport⁶.

In dit onderzoek zijn van 115 praktijken gegevens verkregen. In deze praktijken werkten ten tijde van het onderzoek in totaal 269 verloskundigen en 29 praktijkassistentes (in een functie vergelijkbaar aan die van een dokters-assistente). Bij de selectie van de praktijken is ernaar gestreefd om het aantal praktijken evenredig te verdelen over stad en platteland en de verschillende praktijkvormen.

Alle personen werkzaam in de verloskundige praktijk hebben dagelijks gedurende een periode van 3 weken bijgehouden hoeveel tijd is besteed aan professionele activiteiten. Daarnaast hebben zij eenmalig een vragenlijst ingevuld omtrent minder-frequent voor-komende werkzaamheden. De gegevens omtrent attitude en risico-inschatting van de plaats van bevallen zijn afkomstig uit de door elke praktijk ingevulde vragenlijst 'Praktijkkenmerken'. De gebruikte schalen zijn ontwikkeld door Chatab et al⁷ en eveneens gebruikt door Wiegers et al⁸ in het onderzoek *Bevallet thuis of poliklinisch uitgevoerd* onder Gelderse verloskundigen.

Om na te gaan in hoeverre het verwijsgedrag in verloskundige praktijken gerelateerd is aan de werkdruk, is aan de deelnemende praktijken gevraagd cijfers uit de categorie 'overdracht aan de gynaecoloog' uit het jaaroverzicht van de SIG te verschaffen. De door de SIG gebruikte indeling in categorieën is hierbij aangehouden (zie tabel 1). Verder zijn nog drie maten gecreëerd door een aantal categorieën samen te voegen. Tabel 1 geeft een overzicht van de verkregen gegevens. Aangezien niet alle praktijken deelnemen aan de LVR-1 registratie en bovendien voor deze categorie niet van alle praktijken volledige gegevens zijn verkregen, is in de tabel aangegeven op hoeveel praktijken de gegevens betrekking hebben. In de tabel is het aantal overdrachten gepercanteerd op het opgegeven aantal inschrijvingen en indien van toepassing op het aantal baringen die bij de verloskundige zijn aangevangen.

Tabel 1. Overzicht van percentage overdrachten op enig moment gedurende de zwangerschap

moment van overdracht	aantal praktijken waarvan gegevens zijn verkregen	% van aantal inschr.	% van aantal begeleide baringen
a. direct na 1e controle	66	2	-
b. vóór 28e week	76	3	-
c. 28e - 36e week	78	6	-
d. na 36e week	79	10	-
e. tijdens baring	80	21	27
f. tijdens nageb. tijdpérk	72	1	2
g. direct post partum	68	2	2
h. tijdens kraambed	34	1	1
a-h. op enig moment gedurende de zorgverlening	80	45	-
a-d. prenatale periode	80	21	-
e-h. tijdens of na de baring	80	24	32

De verkregen cijfers komen redelijk goed overeen met de gegevens uit de LVR-1⁹. Het jaaroverzicht van 1991 vermeldt een percentage overdrachten gedurende de zwangerschap van 18, tegenover 21 in dit onderzoek. Tijdens de baring werden in 1991 20% van de vrouwen die de zorg startten bij de verloskundige overgedragen aan de tweede lijn, tegenover 21% in dit onderzoek. Het percentage vrouwen dat geheel onder zorg blijft bij de verloskundige bedraagt in 1991 62%, wat betekent dat 38% van de vrouwen werd overgedragen. Verloskundige praktijken die deelnemen aan dit onderzoek, melden een hoger overdrachtperscentage, namelijk 45%. Bij een vergelijking van de cijfers verkregen in het huidige onderzoek met de LVR-1 gegevens uit 1991 dient men te bedenken dat er volgens het laatste LVR-overzicht⁹ de laatste jaren een stijgende lijn is waar te nemen in het aantal overdrachten.

Ook de cijfers omtrent het percentage thuisbevallingen zijn afkomstig uit de LVR.

Om het verband tussen de verschillende variabelen te kunnen vast stellen, hebben we maten nodig voor werkdruk. Hierbij hebben we gekozen voor de volgende indicatoren:

1. de gemiddelde gewerkte tijd per week per verloskundige, berekend op basis van de registratie-gegevens
2. praktijkgrootte:
 - aantal inschrijvingen in de praktijk per jaar

Tabel 3. Correlaties tussen praktijkgroottes en verwijsgedrag

- aantal begeleide partus *in de praktijk* per jaar
- aantal inschrijvingen *per verloskundige* per jaar
- aantal begeleide partus *per verloskundige* per jaar.

Praktijkgrootte is hier gedefinieerd als het aantal inschrijvingen en het aantal begeleide baringen in de praktijk én per verloskundige.

De cijfers omtrent praktijkgrootte, plaats van de bevalling en verwijsgedrag zijn afkomstig uit het jaaroverzicht van de praktijkgegevens dat de SIG jaarlijks toestuurt aan de aan de LVR-1 deelnemende verloskundigen. Verloskundigen die niet deelnemen aan de LVR-1 hebben waar mogelijk de benodigde gegevens afgeleid uit de eigen praktijk-administratie.

Het verband tussen werkdruk enerzijds en plaats van de baring en verwijsgedrag anderzijds kan in principe twee oorzaken hebben:

1. De werkdruk kan van invloed zijn op de gekozen plaats van bevalling en/of het verwijsgedrag. Men zou bij een dergelijk verband bijvoorbeeld kunnen verwachten dat verloskundige praktijken met een hogere werkdruk vaker zullen kiezen voor poliklinische bevallingen en ook meer cliënten zullen doorverwijzen naar de tweede lijn.

2. Omgekeerd kan de gekozen plaats van bevalling en/of het verwijsgedrag van invloed zijn op de werkdruk. Bij een verband in deze richting zou men bijvoorbeeld kunnen verwachten dat praktijken die meer thuisbevallingen begeleiden of minder verwijzen naar de tweede lijn een hogere werkdruk hebben.

In de huidige onderzoeksopzet is het bepalen van een dergelijke causaliteit niet mogelijk. Om deze reden is gekozen om correlaties (verbanden) te berekenen tussen de variabelen. Bij een significante correlatie kunnen we dus wel vaststellen dat er een verband is, maar niet welke van de twee variabelen het effect op de andere veroorzaakt. De waarde van correlatie-coëfficiënten kunnen fluctueren tussen +1 en -1. Een correlatie-coëfficiënt van +1 of -1 wil zeggen dat er een perfecte positieve of negatieve relatie is tussen de twee va-

riabelen. Bij een coëfficiënt van 0 is er geen verband. Het significantieniveau geeft aan hoe groot de kans is dat het gevonden verschil op toeval berust. In dit onderzoek gebruiken we respectievelijk 1% ($p < 0,01$) of 5% ($p < 0,05$).

RESULTATEN

We zullen eerst nagaan of er een verband is tussen werkdruk en verwijsgedrag. Vervolgens bespreken we de relatie tussen werkdruk en de plaats van de baring. Ten slotte gaan we na in hoeverre er een relatie is tussen de mening van verloskundigen over de plaats van bevallen en het percentage thuisbevallingen.

Relatie tussen werkdruk en verwijsgedrag

Relatie tussen de gewerkte tijd en verwijsgedrag
Tabel 2 geeft een overzicht van de correlaties tussen het percentage overdrachten (gepercenteerd op het aantal inschrijvingen) en de gewerkte tijd per week. Er zijn geen significante correlaties, hetgeen betekent dat er geen verband is tussen het verwijsgedrag en de gewerkte tijd per week als maat voor de werkdruk.

Tabel 2. Correlaties tussen het aantal overdrachten gepercenteerd op het aantal inschrijvingen en de gewerkte tijd per week

moment van overdracht	gewerkte tijd per week
a. direct na 1e controle	-0,01
b. vóór 28e week	0,09
c. tussen de 28e en 36e week	-0,07
d. na 36e week	-0,26
e. tijdens baring	0,00
f. tijdens nageboorte tijdperk	0,16
g. direct post partum	0,19
h. tijdens kraambed	-0,05
a-h. op enig moment gedurende de zorgverlening	-0,09
a-d. prenatale periode	-0,20
e-h. tijdens of na de baring	0,06

Relatie tussen praktijkgroote en verwijsgedrag
Een overzicht van de correlaties tussen praktijkgroote en verwijsgedrag is gegeven in tabel 3.

Tabel 3. Correlaties tussen praktijkgroote en verwijsgedrag

moment van e	praktijkgroote
a. direct na 1e	-0,01
b. vóór 28e w	-0,09
c. tussen de 2	-0,07
d. na 36e wee	-0,26
e. tijdens bair	0,00
f. tijdens nage	0,16
g. direct post	0,19
h. tijdens kraai	-0,05
a-h. op enig m	-0,09
de zorgverle	-0,20
a-d. prenatale	0,06
e-h. tijdens of i	-0,01

* $p < 0,01$

Er blijken weiden te bestaan ten voor praktijkgedrag. Het enige dat is tussen e verwezen krambed en inschrijvingen op praktijknive hoog aantal is leide partus ver door gedurend-

Relatie tussen plaats van de baring en verwijsgedrag

Relatie tussen de plaats van de baring en verwijsgedrag
Tabel 4 geeft een overzicht van de correlaties tussen de plaats van de baring en de gewerkte totale groep van kundige praktijnsing naar praktijknive significante verbanden.

Relatie tussen praktijkgroote thuisbevallin
Parallel aan de gevonden resultaten zou ook de praktijkgroote kunnen zijn op de

nt van O is er
antie-niveau
ns is dat het
val berust. In
we respectie-
b ($p < 0,05$).

f er een ver-
en verwijsges-
n we de rela-
plaats van de
re na in hoe-
en de mening
de plaats van
e thuisbeval-

en verwijsges-
it van de cor-
entage over-
op het aantal
erkte tijd per
ante correla-
ter geen ver-
gedrag en de
maat voor de

het aantal
rd op het
gewerkte
tijd per week

-0,01
0,09
-0,07
-0,26
0,00
0,16
0,19
-0,05
0,09
-0,20
0,06

en verwijsges-
relaties tussen
gedrag is ge-

Tabel 3. Correlaties tussen het aantal overdrachten gepercanteerd op het aantal inschrijvingen en praktijkgrootte

moment van overdracht	per praktijk		per verloskundige	
	aantal inschrijvingen	aantal baringen	aantal inschrijvingen	aantal baringen
a. direct na 1e controle	-0,08	—	0,13	—
b. voor 28e week	-0,09	—	0,15	—
c. tussen de 28e en 36e week	-0,01	—	0,03	—
d. na 36e week	0,05	—	-0,09	—
e. tijdens baring	0,20	0,14	0,05	0,01
f. tijdens nageboorte tijdperk	-0,22	-0,22	-0,11	0,12
g. direct post partum	0,01	-0,05	0,21	0,13
h. tijdens kraambed	-0,48*	-0,52*	-0,18	-0,26
a-h. op enig moment gedurende de zorgverlening	0,19	—	0,03	—
a-d. prenatale periode	0,06	—	-0,03	—
e-h. tijdens of na de baring	0,20	0,13	0,07	0,01

* $p < 0,01$

Er blijken weinig significante verbanden te bestaan tussen de gebruikte maten voor praktijkgrootte en het verwijsgedrag. Het enige verband dat is gevonden is tussen enerzijds het percentage verwezen kraamvrouwen gedurende het kraambed en anderzijds het aantal inschrijvingen en begeleide baringen op praktijkniveau. Praktijken met een hoog aantal inschrijvingen en begeleide partus verwijzen minder vrouwen door gedurende de kraamperiode.

Relatie tussen werkdruk en de plaats van de baring

Relatie tussen de gemiddelde gewerkte tijd per week en het percentage thuisbevallingen
Tabel 4 geeft een overzicht van de correlaties tussen het percentage thuisbevallingen en de gewerkte tijd per week, onderverdeeld naar praktijkvorm. Het percentage thuisbevallingen verschilt niet tussen de verschillende praktijkvormen. Er zijn geen significantie verbanden tussen de plaats van de partus en de gewerkte tijd per week voor de totale groep van deelnemende verloskundige praktijken. Ook een uitsplitsing naar praktijkvorm levert geen significantie verbanden op.

Relatie tussen praktijkgrootte en het percentage thuisbevallingen
Parallel aan de gewerkte tijd per week, zou ook de praktijkgrootte van invloed kunnen zijn op het percentage thuisbe-

Tabel 4. Overzicht relatie gemiddelde gewerkte tijd per week en het percentage thuisbevallingen

	solo-praktijk	duo-praktijk	groeps-praktijk	gemiddeld
% thuisbevallingen	59	63	58	60
correlaties met gemiddelde gewerkte tijd per week	0,17	-0,17	0,04	0,04

Tabel 5. Relatie tussen percentage thuisbevallingen en praktijkgrootte

	solo-praktijk	duo-praktijk	groeps-praktijk	gemiddeld
% thuisbevallingen	59	63	58	60
correlaties met praktijkgrootte				
- aantal inschrijvingen in de praktijk	-0,17	-0,14	-0,16	-0,13
- aantal partus in de praktijk	-0,26	-0,16	-0,21	-0,17
- aantal inschrijvingen per verloskundige	-0,17	-0,14	-0,14	-0,12
- aantal partus per verloskundige	-0,26	-0,16	-0,19	-0,17

vallingen. Tabel 5 geeft een overzicht van de correlaties tussen het percentage thuisbevallingen en de praktijkgrootte.

Zoals tabel 5 laat zien, zijn alle richtingscoëfficiënten van de correlaties negatief. Dat wil zeggen dat de tendens is: hoe groter de praktijk, hoe minder

Tabel 6. Mening over de plaats van bevallen

	gemiddelde score
Attitude	
Wilt u aangeven voor welke bevallingslokatie u het onderstaande het meest van toepassing vindt?	
- verloskundige vriendelijk	0,49
- cliënte-vriendelijk	1,32
- kind-vriendelijk	1,36
- veilig bij complicaties	-0,29
- efficiënte zorg	0,47
- geschikte plaats om te bevallen	1,13
- hygiënisch	1,22
Risico-schatting	
Waar raadt u een vrouw aan om te bevallen in ondergenoemde situaties?	
- primipariteit	1,67
- huisvesting, vier hoog zonder lift	0,50
- geen stromend water vlakbij de slaapkamer	1,37
- taalbarrière	1,25
- teveel mensen wonen in een huis	0,51
- zwangere is zeer angstig voor de bevalling	0,49
- zwangere heeft weinig zelfvertrouwen	0,93
- geen kraamhulp thuis	0,01

Score > 0: bij de betreffende uitspraak heeft een thuisbevalling de voorkeur

Score < 0: bij de betreffende uitspraak heeft een poliklinische bevalling de voorkeur

Score 0: er is geen voorkeur voor een poliklinische of thuisbevalling

Plaats van de bevalling en mening omtrent de plaats van bevalling

Tabel 6 geeft een overzicht van de meningen van verloskundigen omtrent de plaats van bevallen. Er zijn 2 verschillende schalen gebruikt: de attitude- en risico-inschattingsschaal. De scores lopen op een continuüm van -2 tot +2, waarbij een score van -2 aangeeft dat een poliklinische bevalling de voorkeur heeft en een score van +2 dat men een thuisbevalling prefereert. De in tabel 6 gegeven scores zijn gemiddelden van de gehele groep respondenten.

Uit de tabel blijkt dat verloskundigen in bijna alle geschatste situaties de thuisbevalling prefereren. Slechts een keer verdient een poliklinische bevalling gemiddeld iets vaker de voorkeur. Men vindt een poliklinische bevalling veiliger bij complicaties.

De scores op de verschillende items zijn vervolgens bij elkaar opgeteld om een totaal-score te verkrijgen (tabel 7). De minimale score op de attitudeschaal is -14, de maximale score +14. Hoe hoger de score, hoe positiever men is over thuisbevallen. De minimale score op de risico-inschattingsschaal is -16, de maximale score is +16. Ook hier geldt dat hoe hoger de score, hoe positiever men over thuis bevallen denkt. Tabel 7 geeft een overzicht waarbij een indeling is gemaakt naar praktijkvorm en urbanisatiegraad. In de tabel zijn ook de percentages thuisbevallingen aangegeven.

Zoals uit de tabel blijkt, geldt zowel voor de attitude- als de risico-inschattingsschaal dat solo-werkende verloskundigen minder positief zijn over de thuisbevalling dan collega's in duo- en groepspraktijken. Er zijn geen verschillen tussen verloskundigen werkzaam in de verschillende gebieden van Nederland, ingedeeld naar urbanisatiegraad. De tabel laat eveneens zien, dat het percentage thuisbevallingen rond de 60% ligt bij de deelnemende praktijken en niet verschilt tussen de verschillende praktijkvormen, maar wel tussen de verschillende gebieden. Verloskundigen werkzaam in de grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag) begeleiden beduidend minder bevallingen in de thuissituatie. De

mening van de zaam in de vers men of regio's i bevallen vertaalt meer of minder

Vervolgens is be fers omtrent p teerd zijn aan m van bevallen (ta de praktijkgroo schrijvingen en partus in de pral in een jaar gebr

De correlaties ge met een positie zichte van thuis percentage thu Hetzelfde geldt tingsschaal. Pra noemde items tingsschaal- vak aan een thuisbe inderdaad meer Praktijkgrootte, het aantal insch begeleide partus kundige is evene genoemde mat schrijvingen en loskundige hoe bij de genoemde inschattingssch aan de thuisbes opzicht van d gerelateerd aan gen maar wel a partus: hoe mi leidt per jaar ho de thuisbevallit

Samenvattend thuisbevalling
Uit de verrichtte aantal variabelen het percentage ook onderling relateerd. Om van de gebruik lijk de meeste percentage th multiple regres Met een dergeli variabelen te verschillen tuss en verklaren i

Tabel 7. Overzicht van de scores op de attitude en risico-inschattingsschaal onderverdeeld naar praktijkvorm en urbanisatiegraad.

	attitude	risico-insch.	% thuisbevall.
Praktijkvorm			
solo-praktijken	3,8	2,6	59
duo-praktijken	6,8	8,8	63
groepspraktijken	6,0**	7,6*	58
Urbanisatiegraad			
ruraal	6,5	7,6	70
suburbaan	5,7	6,6	63
urbaan	4,5	5,8	62
grote stad	6,6	7,7	37*
Gemiddeld	5,6	6,7	60

* p < 0,01

** p < 0,05

thuisbevallingen. Dezelfde tendens is waarneembaar indien de correlaties worden berekend tussen het percentage thuisbevallingen en het aantal inschrijvingen en begeleide baringen per verloskundige. De correlaties zijn echter geen van alle significant.

**en mening
bevalling**
van de me-
n omrent de
jn 2 verschil-
e attitude- en
De scores lo-
an -2 tot +2,
aangeeft dat
ing de voor-
n +2 dat men
ert. De in ta-
gemiddelden
ondenten.

skundigen in
ties de thuis-
chts een keer
he bevalling
oorkeur. Men
bevalling veili-

illende items
opgeteld om
gen (tabel 7).
de attitude-
le score +14.
ositiever men
de minimale
tingsschaal is
is +16. Ook
de score, hoe
uis bevallen
en overzicht
jemaakt naar
atiegraad. In
ntages thuis-

geldt zowel
sico-inschat-
ende verlos-
zijn over de
's in duo- en
een verschil-
n werkzaam
den van Ne-
urbanisatie-
ens zien, dat
llingen rond
ende praktij-
de verschil-
ar wel tussen
i. Verloskun-
grote steden
Utrecht en
luidend min-
issituatie. De

mening van de verloskundige werk-
zaam in de verschillende praktijkvor-
men of regio's omtrent de plaats van
bevallen vertaalt zich dus niet direct in
meer of minder thuisbevallingen.

Vervolgens is berekend in hoeverre cij-
fers omtrent praktijkgrootte gerela-
teerd zijn aan meningen over de plaats
van bevallen (tabel 8). Als maten voor
de praktijkgrootte zijn het aantal ins-
chrijvingen en het aantal begeleide
partus in de praktijk per verloskundige
in een jaar gebruikt.

De correlaties geven aan dat praktijken
met een positievere attitude ten op-
zichte van thuisbevallingen een hoger
percentage thuisbevallingen hebben.
Hetzelfde geldt voor de risico-inschat-
tingsschaal. Praktijken die bij de ge-
noemde items uit de risico-inschat-
tingsschaal vaker de voorkeur geven
aan een thuisbevalling, begeleiden ook
inderdaad meer thuisbevallingen.

Praktijkgrootte, geoperationaliseerd als
het aantal inschrijvingen en het aantal
begeleide partus in de praktijk per verlos-
kundige is eveneens gerelateerd aan de
genoemde maten. Hoe minder ins-
chrijvingen en partus per jaar per ver-
loskundige hoe vaker verloskundigen
bij de genoemde items op de risico-
inschattingsschaal de voorkeur geven
aan de thuisbevalling. De attitude ten
opzichte van de thuisbevalling is niet
gerelateerd aan het aantal inschrijvin-
gen maar wel aan het aantal begeleide
partus: hoe minder partus men bege-
leidt per jaar hoe positiever men is over
de thuisbevalling.

Samenvattende analyse percentage thuisbevallingen

Uit de verrichte analyses blijkt dat een
aantal variabelen gecorreleerd is aan
het percentage thuisbevallingen, welke
ook onderling weer met elkaar zijn ge-
relateerd. Om nu vast te stellen welke
van de gebruikte variabelen uiteinde-
lijk de meeste invloed hebben op het
percentage thuisbevallingen is een
multiple regressie-analyse uitgevoerd.
Met een dergelijke analyse trachten we
variabelen te vinden die tezamen de
verschillen tussen verloskundigen kunnen
verklaren in het percentage thuis-

**Tabel 8. Correlaties tussen de mening t.a.v. de plaats van
bevallen, het percentage thuisbevallingen en praktijkgrootte**

	attitude	risico- inschatting
% thuisbevallingen in de praktijk	0,39*	0,26*
aantal inschrijvingen per verloskundige	-0,18	-0,29*
aantal partus per verloskundige	-0,30*	-0,29*

* p < 0,01

**Tabel 9. Resultaten van een multiple regressie-analyse met
het percentage thuisbevallingen als de te verklaren variabele**

	beta
praktijkvorm	-0,06
urbanisatiegraad	-0,43*
aantal partus per verloskundige	-0,16
gewerkte uren per week	0,11
attitude	0,19**
risico-inschatting	0,20**

* p < 0,01

** p < 0,05

bevallingen. Een perfect verklarings-
model zou 100% kunnen verklaren.
Dit komt maar zelden voor. Ook het
door ons gevonden model verklaart
niet 100% van de verschillen. Van de
ingevoerde variabelen zijn uiteindelijk
alleen urbanisatie-graad, attitude en de
risico-inschattingsschaal significant
van invloed. Het meeste effect heeft ur-
banisatie-graad (zie tabel 9). Vergelijk-
baar aan correlatie-coëfficiënten geeft
een getal van +1 of -1 een perfect positi-
ief of negatief verband aan, terwijl een
beta van 0 wil zeggen dat er geen enkel
verband is. Zij verklaren gezamenlijk 37%
van de variantie in het percentage
thuisbevallingen.

CONCLUSIES

Noch de plaats van de bevalling, noch
zoals dit onderzoek aantoont - het ver-
wijsgedrag zijn gerelateerd aan de
werkdruk. Werkdruk is in het kader
van dit onderzoek op vijf manieren ge-
definieerd: het aantal gewerkte uren
per week, het aantal inschrijvingen en
bevallingen per praktijk en per verlos-
kundige. Het enige verband dat in dit
onderzoek is gevonden, is de negatieve
relatie tussen het aantal overdrachten
gedurende het kraambed en het aantal

Zoals gezegd inschattingss door Wiegers derzoek. In di dere codering rechtstreekse de Gelderse tegenstelling declinem a zoek, de thui de poliklinisc ling 'veilig kundigen in collega's in dat geen van risico-inschatt ing zijn om ling aan te ra

Het onderzo verschillen i kundigen het en de feitelijk niet kunnen ten bij het i stelde: verlos werkdruck niet c poliklinische be ook heid een h verwijzingen of De vrees van en de NOV⁴ c druk het stres zou doorkru wat betreft c Wel is het me loskundigen grond van ec toenemende lijke verande zouden we i zoek dienen dezelfde gro rende enkele onderzoek is derzoek waai verloskundig

inschrijvingen en baringen in de praktijk; grote praktijken verwijzen minder door gedurende het kraambed. Het is moeilijk een verklaring te vinden voor deze relatie. Men dient in ieder geval te bedenken dat het aantal praktijken waarop deze correlatie is berekend vrij klein is: van slechts 34 praktijken zijn gegevens verkregen omtrent het aantal vrouwen verwezen gedurende het kraambed (zie tabel 1). Bovendien is het percentage verwezen vrouwen erg klein (1%).

In het huidige artikel rapporteren we in hoeverre de werkdruck en het percentage bevallingen dat een verloskundige per jaar thuis begeleidt aan elkaar zijn gerelateerd. De verloskundige praktijken die deelgenomen hebben aan het werkdruck-onderzoek begeleiden als groep jaarlijks zo'n 60% van de bevallingen thuis. Hoewel dit iets lager is dan de gegevens zoals de SIG deze rapporteert, is het verschil niet significant. Tussen praktijken zijn echter wel verschillen in het percentage begeleide thuisbevallingen. De ene praktijk begeleidt meer thuisbevallingen dan de ander. Deze verschillen tussen praktijken hangen echter niet samen met het aantal gewerkte uren per week, aantal inschrijvingen en begeleide partus in de praktijk of per verloskundige. In het door Wiegers et al.¹⁰ uitgevoerde onderzoek onder Gelderse verloskundigen is eveneens nagegaan of er een verband bestond tussen praktijkgrootte en de plaats van bevallen. Ook zij vonden geen verband tussen het percentage thuisbevallingen en het aantal in de praktijk begeleide bevallingen per jaar.

In het onderzoek zijn ook de meningen van verloskundigen gevraagd omtrent de plaats van bevallen. Een probleem bij een dergelijk onderzoek is dat attitudes zich niet altijd weerspiegelen in concreet gedrag. Ook in dit onderzoek is de interpretatie lastig. Verloskundigen die hoog scoren op de attitude- en risico-inschattingsschalen, d.w.z. meer pro-thuisbevalling zijn, begeleiden in werkelijkheid ook inderdaad meer thuisbevallingen. Echter, tabel 7 geeft een voorbeeld waarin attitude en gedrag niet met elkaar overeenkomen.

Verloskundigen werkzaam in solo-praktijken zijn minder pro-thuisbevalling, maar begeleiden niet minder thuisbevallingen dan verloskundigen in duo- en groepspraktijken. Verder verschilt de attitude ten opzichte van de thuisbevalling niet tussen verloskundigen werkzaam in de verschillende regio's van Nederland, maar verloskundigen in de grote steden begeleiden beduidend minder thuisbevallingen dan verloskundigen elders. Deze resultaten spreken elkaar dus tegen. Eén van de redenen hiervoor kan zijn dat er een aantal factoren is die het percentage thuisbevallingen beïnvloeden en onderling ook weer met elkaar samenhangen. Om vast te stellen welke variabelen nu het meest van invloed zijn, hebben we een analyse uitgevoerd waarbij het effect van deze variabelen niet één voor één, maar in hun onderlinge samenhang is vastgesteld. Hieruit bleek dat het percentage thuisbevallingen het beste is te voorspellen door rekening te houden met de urbanisatiegraad, attitude t.o.v. de thuisbevalling en de risico-inschattingsschaal. Het percentage thuisbevallingen neemt af bij een toenemende urbanisatie en verloskundigen die meer pro-thuisbevalling zijn begeleiden ook inderdaad meer thuisbevallingen. Praktijkvorm, praktijkgrootte (berekend per verloskundige) en het aantal gewerkte uren per week bleken in dit model niet van invloed te zijn.

Uit de wijze waarop in dit onderzoek is getracht verschillen tussen praktijken in percentages thuisbevallingen te verklaren, zou men het idee kunnen krijgen dat de verloskundige degene is die de plaats van bevalling vaststelt. Hoewel de verloskundige wel enige invloed kan uitoefenen op de gekozen plaats van de bevalling, is de keus bij een normale bevalling uiteraard aan de cliënte. Dit verklaart ook waarom we met het door ons gekozen verklaringsmodel slechts 37% van de verschillen tussen verloskundigen voor wat betreft het percentage begeleide thuisbevallingen konden verklaren. Meer inzicht in de factoren die van invloed zijn op de keuze van de bevallingslokatie geeft het onderzoek van Wiegers et al.¹⁰.

zaam in solo-pro-thuisbeval-
l niet minder
verloskundigen
ktijken. Verder
n opzichte van
tussen verlos-
n de verschil-
land, maar ver-
steden begeleir
r thuisbevallin-
n elders. Deze
aar dus tegen.
ervoor kan zijn
n is die het per-
en beïnvloeden
met elkaar sa-
e stellen welke
est van invloed
lyse uitgevoerd
deze variabelen
r in hun onder-
gesteld. Hieruit
e thuisbevallin-
spellen door re-
de urbanisatie-
thuisbevalling
ngsschaal. Het
n gen neemt af
anisatie en ver-
pro-thuisbeval-
ook inderdaad
Praktijkvorm,
nd per verlos-
gewerkte uren
model niet van

dit onderzoek is
ssen praktijken
allingen te ver-
ee kunnen krij-
ge degene die
vaststelt. Hoe-
wel enige in-
op de gekozen
; is de keus bij
iteraard aan de
ok waarom we
en verklarings-
de verschillen
voor wat betreft
ide thuisbeval-
n. Meer inzicht
invloed zijn op
agslokatie geeft
gers et al.¹⁰.

Zoals gezegd zijn de attitude en risico-inschattingsschalen ook gebruikt in het door Wiegers et al.¹⁰ uitgevoerde onderzoek. In dit onderzoek is een iets andere codering toegepast waardoor een rechtstreekse vergelijking lastig is. Bij de Gelderse verloskundigen scoorde in tegenstelling tot de verloskundigen die deelnemen aan het werkdruk-onderzoek, de thuisbevalling iets hoger dan de poliklinische bevalling op de stelling 'veilig bij complicaties'. Verloskundigen in Gelderland zijn het met de collega's in de rest van Nederland eens dat geen van de items genoemd op de risico-inschattingsschaal een aanleiding zijn om een poliklinische bevalling aan te raden.

Het onderzoek heeft aangetoond dat verschillen in werkdruk tussen verloskundigen het verschil in verwijsgedrag en de feitelijke plaats van de bevalling niet kunnen verklaren. Om aan te sluiten bij het in de methode-sectie gestelde: *verloskundigen verminderen hun werkdruk niet door meer te verwijzen of meer poliklinische bevallingen te begeleiden, maar ook leidt een hogere werkdruk niet tot meer verwijzingen of verplaatste thuisbevallingen*. De vrees van het Ministerie van WVC en de NOV⁴ dat een toenemende werkdruk het streven naar demedicalisering zou doorbreken, kunnen wij, althans wat betreft deze punten, wegnemen. Wel is het mogelijk dat individuele verloskundigen hun beleid wijzigen op grond van een in de tijd voortdurend toenemende werkdruk. Om een dergelijke verandering aan te kunnen tonen, zouden we een longitudinaal onderzoek dienen uit te voeren, waarbij we dezelfde groep verloskundigen gedurende enkele jaren volgen. Het huidige onderzoek is een cross-sectioneel onderzoek waarbij we verschillen tussen verloskundigen kunnen vaststellen.

Literatuur

1. Jabaaij L, Winckers M en Meijer WJ. De werkdruk van vrijgevestigde verloskundigen in Nederland; 'zorggeenheid' als nieuwe maat voor praktijkgrootte. *Tijdschr v Verlosk* 1994; 19, 10:455-65.
2. Jabaaij L, Winckers M en Meijer WJ. De werkdruk van vrijgevestigde verloskundigen in Nederland (2); factoren die van invloed zijn op de tijdsbesteding. *Tijdschr v Verlosk* 1994; 19, 11:518-26.
3. Dees DJD. Brief van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Regeringsstandpunt verloskunde, n.a.v. het eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde 'Verloskundige organisatie in Nederland; uniek, bewonderd en verguisd'. 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij, 1989.
4. Ministerie van WVC. Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. De structuur en positie van de beroeps groep van verloskundigen. Rijswijk/Bilthoven: 1992.
5. Hulst LAM van der. De relatie tussen plaats van bevalling en beroepshandelen. *Tijdschr voor Verlosk* 1993; 18, 11:471-80.
6. Jabaaij L, Winckers M, Hingstman L en Meijer WJ. De vrijgevestigde verloskundige in Nederland; werk en werkdruk. Utrecht: NIVEL, 1994.
7. Chatab J en Berghs GAH. Bevallen onder leiding van een verloskundige; thuis of poliklinisch? Utrecht: NIVEL, 1990.
8. Wiegers T en Berghs G. Bevallen... thuis of poliklinisch? Utrecht: NIVEL, 1994.
9. SIG-zorginformatie. Jaarboek Verloskunde 1991. Utrecht: Van Nieuwenhuijsen BV, 1992.
10. Wiegers T, Berghs G, Meijer W en Kersten D. De verloskundige en haar praktijk in Gelderland. *Tijdschr v Verlosk* 1993; 18, 7/8:298-306.