

WIKUW 17251

C

Verslag:

# ZORG ROND ZWANGERSCHAP BEVALLING EN KRAAMBED IN WAGENINGEN

Door: Martie Brouwer  
Dorien van Herpen  
Ruth de Jongh  
Angela Kool  
Marie-José Kuhlmann  
Liesbeth Rodenburg  
Els van de Valk  
Sonja Vlaar

November 1979

75.

## GEZONDHEIDSLEER

Verslagen

Rapporten

Scripties

en nota's

1980-75

BIBLIOTHEEK L.H.

22 FEB. 1979

DNTV. TIJDSCHR. ADM.



WAGENINGEN

GEZONDHEIDSLEER

## ZORG ROND ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMBED IN WAGENINGEN

Een beschrijvend onderzoek

deel 1: inventarisatie van de organisatie van de Wageningse pre- en perinatale zorg.

deel 2: het gebruik van de pre- en perinatale zorg door Wageningse vrouwen en hun ervaringen hiermee.

Wageningen, 1979

Martie Brouwer  
Dorien van Herpen  
Ruth de Jongh  
Angela Kool  
Marie-José Kuhlmann  
Liesbeth Rodenburg  
Els van de Valk  
Sonja Vlaar

## Samenvatting.

Ten einde aanbevelingen te kunnen doen voor de verbetering van de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed in Wageningen is een onderzoek uitgevoerd door studenten van de vakgroep Gezondheidsleer van de Landbouwhogeschool. Getracht is een overall-beeld te krijgen van de situatie door gebruik te maken van twee invalshoeken.

In de eerste plaats is een poging gedaan om de zorg omtrent zwangerschap, bevalling en kraambed in kaart te brengen. Hiertoe zijn gesprekken gevoerd met een aantal sleutelfiguren uit deze zorg.

In de tweede plaats is een survey, met uitgebreide mondelinge interviews verricht onder gehuwde wageningse vrouwen die in de periode april 1978 - april 1979 een kind hebben gekregen. Uit de populatie van 315 vrouwen hebben 15 vrouwen aan een vooronderzoek meegedaan; 278 vrouwen zijn uitgenodigd voor de feitelijke interviews; hiervan hebben 209 vrouwen (75%) meegewerkt.

Zowel uit het organisatiegericht onderzoek, als uit de survey komen enkele opmerkelijke resultaten naar voren. Zo blijken bijvoorbeeld de werkcontacten tussen de verschillende zorginstanties en -personen voornamelijk op informele leest te zijn geschoeid. Dit wordt gezien als een te zwakke basis om eventuele problemen die zich voordoen in de afstemming van de zorg aan het licht te doen komen en tot een bevredigende oplossing te brengen.

Uit de gegevens die de "consumenten" van de zorg zelf geven blijkt i.h.a. een positieve beoordeling met betrekking tot deze zorgverlening te destilleren te zijn. Toch worden er ten aanzien van elk van de onderdelen in de zorg door de geïnterviewde vrouwen opmerkingen gemaakt die aanleiding kunnen zijn voor bijstelling.

De mate van tevredenheid met de zorgverlening verschilt, zowel tussen de diverse organisaties als tussen personen die binnen één organisatie-categorie functioneren.

Een opvallende bevinding is het hoge percentage medische indicaties voor zwangerschappen die tot aan de laatste week voor de bevalling



## Ten geleide

Graag voldoen wij aan het verzoek van de onderzoeksgroep een begeleidend schrijven aan het verslag toe te voegen.

Ieder, die te maken heeft met de zorgverlening aan zwangeren en kraamvrouwen weet dat over de aard van deze zorgverlening momenteel een levendige discussie gaande is. In de afgelopen jaren verschenen hierover meerdere artikelen zowel in de medische vakliteratuur als in de gewone pers. De nederlandse verloskunde staat, zoals Professor Kloosterman gesteld heeft, op een tweesprong: de ene weg leidt tot zoveel mogelijk handhaven van de traditionele bevalling thuis, de andere tot algehele hospitalisatie.

Hoe belangrijk de medische argumenten voor deze uiteenlopende standpunten ook zijn, de beslissing welke weg gekozen moet worden, kan en mag alleen genomen worden in overleg met de belangrijkste betrokken: de zwangeren zelf. Tot dusverre waren er weinig betrouwbare gegevens bekend over hoe deze vrouwen zelf hun zwangerschap, bevalling en kraambed ervaren hebben. Het grote belang van dit rapport is dat ruim 200 wagingse vrouwen hierover aan het woord gelaten zijn. Hierdoor zal het rapport een aanzienlijke bijdrage leveren aan de discussie over de gewenste zorg die aan de betrokken vrouwen geboden moet worden, zeker in Wageningen, maar ook daarbuiten.

Een ander aspect dat het in dit verslag beschreven onderzoek bijzonder maakt is dat het onderzoek is opgezet, uitgevoerd en verwerkt door een groep van acht doctoraalstudenten, d.w.z. acht bijna-academici. Wij hebben de indruk dat de waarde van de resultaten zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin in belangrijke mate hierdoor bepaald is. Immers waar vindt men een situatie waarin acht onderzoekers in staat gesteld worden een dergelijk probleem ter hand te nemen? Veelal zal men met één of twee onderzoekers moeten volstaan, aangevuld met een aantal enquêteurs, die weliswaar getraind zijn in het afnemen van enquêtes, maar niet in even belangrijke mate zich betrokken voelen bij de wijze waarop het onderwerp wordt aangepakt. Wij menen dan ook te kunnen stellen dat om deze redenen het materiaal uniek is.



zonder complicaties verlopen zijn. Dit gegeven levert een bijdrage voor de nog steeds actuele discussie rond de plaats van de bevalling.

Onder de vrouwen bestaat, i.t.t. de verwachting, slechts een zeer geringe minderheid die een kraambed in het ziekenhuis boven een kraambed thuis prefereert.

Deze en vele andere bevindingen worden in het rapport uitvoerig toegelicht. Het onderzoek levert daarmee een schat aan informatie, die de zorgverleners in Wageningen en tot op zekere hoogte daarbuiten kunnen betrekken in hun streven naar optimalisering van de pre- en perinatale zorg gestalte te geven.

## Dankwoord

Onze dank gaat uit naar onze informanten: Dhr. Barents, Mevr. v.d. Berg, Dhr. Bouw, Dhr. Bijlsma, Mevr. v.d. Hoeven, Dhr. Kamphorst, Mevr. Koekoek, Mevr. Koel, Mevr. Nollen, Mevr. Norel, die allen onmiddellijk bereid waren ons informatie te geven over hun werk en hun zienswijze daarop. Verder naar de Gemeenten Wageningen en Ede, die ons de namen en adressen van de onderzoeksgroep hebben gegeven.

Voorts danken wij allen met wie wij in de voorbereidende, de uitvoerende en de verwerkende fase van gedachten hebben kunnen wisselen en die ons met raad en daad hebben bijgestaan met name Joanneke, Barbara, Peter, Hans, Ada, Jos, Jenny, R. Baldew, H. D'hondt en onze begeleiders Gerhard Zielhuis en Ernst Loendersloot.

In het bijzonder danken wij degenen zonder wie dit onderzoek niet mogelijk was geweest, nl. alle vrouwen die ons zo enthousiast over hun ervaringen tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed hebben verteld.

Naast een woord van lof past ook een relativerende opmerking. Het betreft hier een leeronderzoek. Een onderzoek dat bovendien in beperkte tijd moest worden uitgevoerd. Dit heeft tot gevolg gehad dat er duidelijk aanwijsbare fouten in de opzet, uitvoering en verwerking van het onderzoek te onderkennen zijn. Fouten die overigens voor een belangrijk deel in dit verslag ook genoemd worden. Ook heeft tijdgebrek ertoe geleid dat het verslag in uitwerking en schrijfstijl een grote mate van diversiteit kent. Bij het lezen kan dat storend zijn, maar toch menen wij dat het rapport hierdoor niet echt aan waarde inboet voor degenen voor wie het verslag geschreven is, met name alle betrokken zorgverleners.

Alhoewel als geheel een positief beeld naar voren komt omtrent de wageningse verloskundigezorg, zijn er toch meerdere aspecten die verbetering behoeven. Wij hopen dat de betrokken zorgverleners de hand in eigen boezem zullen willen steken en mede op geleide van dit verslag zullen streven de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed aan te passen aan de wensen en ideeën die hier omtrent bij de wageningse vrouwen leven.

E.W. Loendersloot  
G.A. Zielhuis.



Hoofdstuk 5	: VERGOEDING DOOR ZIEKENFONDS EN PARTICULIERE VERZEKERINGEN	46
5.1.	Het ziekenfonds	46
	5.1.1. Verplicht in het ziekenfonds verze- kerden	46
	5.1.2. Vrijwillig in het ziekenfonds ver- zekeren	47
	5.1.3. Poliklinische bevalling	47
	5.1.4. Specialistische hulp	47
	5.1.5. Het kraambed in het ziekenhuis	48
	5.1.6. Het kraambed thuis	49
	5.1.7. Gezinshulp	49
5.2.	De particuliere verzekeringen	49
Hoofdstuk 6	: SLOTBESCHOUWING	52
6.1.	Inleiding	52
6.2.	Medische factoren	52
6.3.	Beïnvloedende factoren	55
<u>Deel 2</u>	: Het gebruik van de pre- en perinatale zorg door de wageningse vrouwen en hun ervaring- en ermee.	
	INLEIDING	58
Hoofdstuk 1	: VOORONDERZOEK	61
1.1.	Inleiding	61
1.2.	Doelstellingen	62
1.3.	Veronderstellingen	62
1.4.	Methode	64
1.5.	Steekproef	64
1.6.	Uitvoering	65
1.7.	Verwerking	65
1.8.	Resultaten van het vooronderzoek	66
	1.8.1. Inleiding	66
	1.8.2. Zwangerschap	67
	1.8.3. Bevalling	69
	1.8.4. Kraambed	71
	1.8.5. Wijkverpleging	72
	1.8.6. Algemeen	73

	1.8.7. Resultaten van het vooronderzoek die van belang zijn voor de steek- proefpopulatie en voor de interview methode	76
Hoofdstuk 2	: OPZET VAN HET ONDERZOEK	78
2.1.	Inleiding	78
2.2.	Onderzoekspopulatie	78
2.3.	Benadering van de vrouwen	79
2.4.	Het interview	80
2.5.	De vragenlijst	82
2.6.	Pre- test van de vragenlijst	91
2.7.	Verwerking van de gegevens	91
	2.7.1. Inleiding	91
	2.7.2. Verwerking met de computer	92
	2.7.3. Verwerking met de hand	92
Hoofdstuk 3	: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK	96
3.1.	Persoonsgegevens	97
3.2.	De zwangerschap	103
	3.2.1. Vaststelling van de zwangerschap	103
	3.2.2. Begeleiding van de zwangerschap	105
	3.2.3. Keuze van de plaats van de bevalling: thuis of in het ziekenhuis	110
	3.2.4. Aanmelding bij het kraamcentrum	116
	3.2.5. De zwangerschapscontroles	122
	3.2.6. Cursussen tijdens de zwangerschap	142
	3.2.6.1. De zwangerschapsgymnastiek	142
	3.2.6.2. De aanstaande oudercursus	147
	3.2.6.3. Overige opmerkingen	155
3.3.	De bevalling	157
3.4.	Kraambed	178
	3.4.1. Algemeen	179
	3.4.2. Kraambed (deels) thuis	181
	3.4.3. (Deels) Klinisch	189
	3.4.4. Klinisch	192
	3.4.5. Vragen ten aanzien van het kraambed die gesteld zijn aan de totale onder- zoekspopulatie.	196

3.4.5.1. Samenvatting van paragraaf	
3.4.1. t/m 3.4.5.	212
3.4.6. De voeding van het kind	215
3.4.6.1. Bespreken van en besluiten over	
de voeding van het kind voor	
de geboorte	215
3.4.6.2. Uiteindelijk gegeven voeding	
en redenen voor het geven	
van andere dan de voorgeno-	
men voeding	217
3.4.6.3. Begeleiding en informatie bij	
het voeden van het kind	222
3.4.6.4. Beschouwing en conclusies	231
3.4.7. Wijkverpleging	235
3.4.7.1. Bezoek voor de bevalling	235
3.4.7.2. Bezoek na de bevalling	238
3.4.7.3. Nabeschouwing	241
3.5. Belevingsaspecten van het (aanstaande)	
moederschap	243
SLOTBESCHOUWING	252
LITERATUURLIJST	256

#### Bijlagen.

bijlage 1 :	Vraagpuntenlijst vooronderzoek
bijlage 2 :	Uitnodigingsbrief
bijlage 3 :	Vragenlijst
bijlage 4 :	Niveau vereiste opleiding
bijlage 5 :	Codeboek behorende bij de vragenlijst
bijlage 6 :	Bedankbrief met een samenvatting van het rapport, verstuurd aan de deelnemers



## Inleiding: doel van het onderzoek

De belangstelling voor de pre- en perinatale zorg is de laatste 50 jaar sterk toegenomen. De pre-natale zorg richt zich op het scheppen van een vertrouwensrelatie met de zwangere vrouw, het begeleiden van de zwangerschap, het vaststellen van de gezondheid van moeder en kind, eventueel corrigeren bij afwijkingen hiervan en selectie voor ziekenhuis- dan wel thuisbevalling. Voor de post-natale zorg - de kraamzorg - geldt in grote lijnen hetzelfde als voor de pre-natale zorg, waarbij daarnaast de zorg voor de moeder - kind relatie een belangrijke plaats inneemt.

Er bestaat een tendens tot intensivering van deze zorg en tot een vroegere doorverwijzing naar de specialist, hetgeen van invloed is op de aard van de hulpverlening. Mede hierdoor staan verschillende ontwikkelingen bij de zorgverlening m.b.t. zwangerschap, bevalling en kraambed momenteel ter discussie.

De aspecten die volgens dr. Loendersloot in het onderzoek naar de pre- en perinatale zorg bestudeerd zouden moeten worden, zijn door hem als volgt nader geformuleerd:

"Het belang van het voorgestelde onderzoek is gelegen in het feit dat uitsluitend op die manier kan worden vastgesteld of er behoefte bestaat aan de mogelijkheid tijdens het kraambed in het ziekenhuis te verblijven, ook voor vrouwen die een normale zwangerschap en een normale bevalling hebben gehad onder leiding van de vroedvrouw of de huisarts. Eveneens van groot belang is om vast te stellen of de kraamvrouwen die een 'medische indicatie' hadden na een normaal beloop van de bevalling voor wat betreft de plaats van het kraambed wel of geen voorkeur hebben voor het ziekenhuis of thuis. Indien blijkt dat een niet onaanzienlijk deel van deze groep patiënten het klinische kraambed als belastend (hebben) ervaren, dan kan dit leiden tot een overleg met de Wageningse huisartsen en de verloskundige om te komen tot een regeling waarbij het kraambed in die gevallen toch thuis kan plaatsvinden en waarbij de medische controle door de huisarts of de vroedvrouw verricht zal worden".

Omdat we de mogelijkheid niet wilden uitsluiten dat naast deze door dr. Loendersloot gestelde vragen nog andere - voor vrouwen zwaar wegende - aspecten t.a.v. de verloskundige zorg leven, vonden we het zinvol deze vragen te plaatsen binnen de bestudering van de totale Wageningse pre- en perinatale zorg.

Om een overall-beeld van de Wageningse situatie m.b.t. de zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraambed te verkrijgen, hebben we van twee invalshoeken gebruik gemaakt:

Enerzijds zijn de bij de pre- en perinatale zorg betrokken instanties en personen benaderd om zodoende de organisatiestructuur van de zorg omtrent zwangerschap, bevalling en kraambed, in kaart te kunnen brengen. Dit gedeelte is beschreven in deel 1.

Anderzijds is de Wageningse pre- en perinatale zorg bekeken vanuit de zijde van de consument, namelijk vrouwen die van deze zorg gebruik gemaakt hebben. Dit gedeelte is beschreven in deel 2.

Aan het slot wordt getracht een beschouwing over de zorg te geven naar aanleiding van de gegevens van deel 1 en 2.

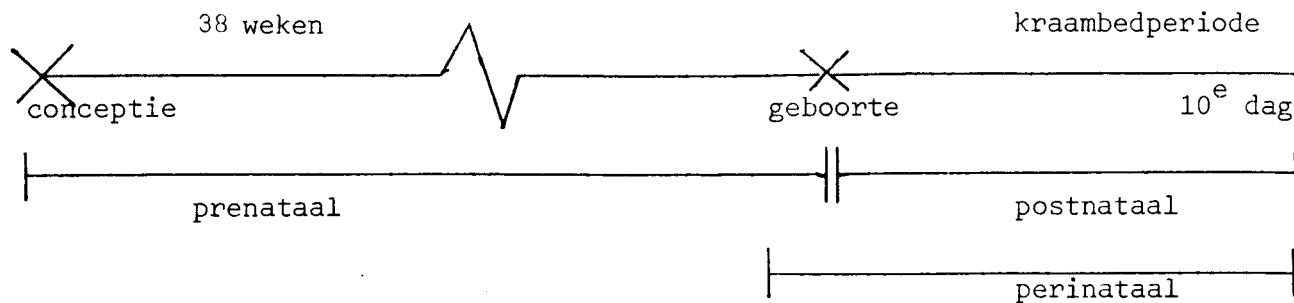
Met het onderzoek proberen we er achter te komen hoe de pre- en perinatale zorg in Wageningen wordt gerealiseerd en hoe de vrouwen die met deze zorg in aanraking komen, deze zorg ervaren.

Er is gekozen voor de populatie van vrouwen die in Wageningen wonen, omdat we de Wageningse zorg willen bekijken vanuit de ervaringen van de vrouwen zelf; we willen kijken welke mogelijkheden er open staan voor de vrouwen en welke vormen van zorg ze kiezen en hoe ze deze zorg ervaren.

Op grond van bovenstaande is als algemene doelstelling van het onderzoek geformuleerd:

- De organisatiestructuur van de zorg omtrent zwangerschap, bevalling en kraambed, waarvan de Wageningse vrouwen gebruik maken, in kaart brengen.
- Uitgaande van de ervaringen van de Wageningese bevallen vrouwen, een over-all-beeld verkrijgen van de Wageningse situatie m.b.t. de zorg omtrent zwangerschap, bevalling en kraambed.
- Resultaten van het onderzoek zo mogelijk doorspelen naar de verschillende betrokken instanties en personen, zodat zij met deze resultaten eventueel verbeteringen in de zorg kunnen aanbrengen.

Voor de goede gang van zaken is hieronder vermeld wat we onder pre- en perinatale zorg verstaan:



Deel 1.

Inventarisatie van de Organisatie van de  
Wageningse pre- en perinatale zorg.



## Hoofdstuk I: INLEIDING

In dit deel wordt een beschouwing gegeven van de verloskundige zorg in Wageningen. Onder verloskundige zorg verstaan wij niet alleen de begeleiding van zwangerschap, bevalling en kraambed door de vroedvrouw, de huisarts of de gynaecoloog, maar ook de begeleiding of informatie die door de wijkverpleging, de zwangerschapsgymnastiek, de kraamverzorging, de organisatie "moeders voor moeders" en de vereniging "Borstvoeding Natuurlijk" wordt verstrekt.

Er is hierbij uitgegaan van de zorg waarvan onder normale omstandigheden gebruik wordt gemaakt door de Wageningse vrouwen.

Behalve de in Wageningen gevestigde organisaties, vallen hieronder ook het in Bennekom gevestigde Streekziekenhuis en de Rhenense afdeling van de vereniging "Borstvoeding Natuurlijk".

Slechts in uitzonderingsgevallen wordt gebruik gemaakt van de verloskundige zorg in andere steden.

Wanneer we in dit verslag de term "verloskundige" gebruiken, bedoelen wij hiermee al diegenen die bevoegd zijn de verloskunde te beoefenen, dus zowel de vroedvrouw, als de huisarts en de gynaecoloog. Sinds ook mannen het beroep "vroedvrouw" beoefenen, is men met die benaming in de knoop geraakt en heeft men daarvoor de term "verloskundige" geïntroduceerd.

Wij verkiezen het de oude benaming "vroedvrouw" te handhaven en de term "verloskundige" te gebruiken in de letterlijke zin des woords; in Wageningen levert dit geen probleem op, aangezien hier geen mannen het beroep "vroedvrouw" uitoefenen.

De informatie voor het schrijven van dit deel hebben we verkregen uit gesprekken die we met diverse personen betrokken bij de verloskundige zorg in Wageningen. Slechts voor zover vermeld, is hierbij ook gebruik gemaakt van de literatuur.

Het hoofdstuk over taak en functioneren berust geheel op de informatie die we van de betrokken personen zélf hebben verkregen. We hadden voor de gesprekken geen vastgestelde lijst met vragen die we aan hen allen hebben voorgelegd. Bovendien ontwikkelde ons inzicht in de Wageningese situatie zich in de loop der tijd, zodat we soms van de personen met wie we in een latere fase een gesprek hebben gevoerd, meer informatie hebben dan van de personen met wie we het eerst gesproken hebben. Het was voor ons niet mogelijk met iedereen een tweede gesprek te hebben, om additionele informatie te verkrijgen. Het gevolg hiervan

is, dat de gedeeltes over de verloskundigen niet helemaal vergelijkbaar zijn. We hadden ons zoveel mogelijk beperkt tot die onderwerpen waarover we van alle betrokkenen informatie hadden verkregen, maar soms vonden we de informatie die we niet van alle verloskundigen hadden te interessant om weg te laten.

Over het Pieter Pauw Ziekenhuis hadden wij meer informatie tot onze beschikking dan over het Streekziekenhuis, aangezien we alleen hebben kunnen praten met één van de gynaecologen van het Streekziekenhuis en niet met iemand van de kraamafdeling.

## Hoofdstuk II: TAAK EN FUNCTIONEREN VAN DE BIJ DE VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING BETROKKEN PERSONEN EN INSTANTIES.

### 2.1. Inleiding

In principe kan de vrouw kiezen van welke onderdelen van de zorg zij gebruik wenst te maken. M.b.t. de zwangerschapsbegeleiding kan zij kiezen tussen de huisarts, de vroedvrouw en de gynaecoloog; m.b.t. de plaats van bevalling en de plaats van het kraambed kan zij kiezen tussen thuis of het ziekenhuis. Er zijn echter een aantal beperkingen aan deze keuzes verbonden, gedeeltelijk ten gevolge van factoren die samenhangen met de taak en het functioneren van de bij de verloskundige zorgverlening betrokken personen en instanties. Eén van deze factoren is de zogenaamde "medische indicatie", een term die in dit hoofdstuk veel naar voren zal komen. Voor een goed begrip zal eerst kort aangegeven worden wanneer er sprake is van een "medische indicatie".

Letterlijk betekent een medische indicatie dat er aanwijzingen zijn dat het medisch noodzakelijk is een bepaalde maatregel te nemen. De term "medische indicatie" is binnen de verloskundige zorg een begrip geworden, waarmee geduid wordt op de medische noodzakelijkheid van specialistische hulp. Wanneer wij de term in deze laatste betekenis gebruiken, zullen wij het woord tussen aanhalingstekens plaatsen; in andere gevallen wordt bedoeld op de letterlijke betekenis.

In het "Leerboek voor obstetrie en gynaecologie" van Kloosterman e.a.(1975) pag. 732 worden de aanwijzingen genoemd op grond waarvan een "medische indicatie" dient te worden toegekend. Dit zijn:

- a. indicaties die voortvloeien uit ziektes die de zwangerschap, bevalling of kraambed kunnen beïnvloeden of daardoor beïnvloed kunnen worden.
- b. indicaties op grond van problemen bij een eerdere zwangerschap, bevalling of kraambed (zoals spontane abortus, doodgeboorte of vroeggeboorte, bloedingen na de bevalling).
- c. indicaties die voortvloeien uit de resultaten bij het eerste onderzoek, bv. sterk verhoogde bloeddruk, ernstige bloedarmoede, of het voorkomen van eiwit in de urine.
- d. indicaties die zich tijdens de zwangerschapscontroles kunnen openbaren, bijvoorbeeld bloedverlies, hoge bloeddruk, meerlingzwangerschap, aanwijzingen voor groeivertraging van het kind, etc.



- e. indicaties die tijdens de bevalling naar voren komen, zoals liggingsafwijkingen van het kind, slechte vordering van de baring, totale inscheuring, ernstige bloeding, etc.
- f. indicaties tijdens het kraambed voor de moeder (kraamvrouwenkoorts, trombose, etc) of voor het kind (laag geboortegewicht (2000 á 2500 gr), geelzucht, lage temperatuur, etc.).

Wanneer deze indicaties in het begin van de zwangerschap naar voren treden, spreekt men van primaire "medische indicatie"; de indicaties die in de tweede helft van de zwangerschap of tijdens de bevalling naar voren treden worden secundaire "medische indicaties" genoemd.

Naast medische indicaties kunnen er ook sociale indicaties zijn, die het wenselijk maken dat de bevalling in het ziekenhuis plaats vindt en het kraambed daar wordt doorgebracht.

Er is sprake van een sociale indicatie wanneer bijvoorbeeld de woonomstandigheden van de vrouw erg slecht zijn (kleine behuizing; geen aparte slaapkamer) of wanneer het waarschijnlijk is dat de vrouw gedurende de kraamperiode onvoldoende rust zal krijgen (bijvoorbeeld bij een eigen zaak).

Het kost zeer veel moeite om een sociale indicatie toegekend te krijgen. In voorkomende gevallen wordt zo mogelijk getracht de vrouw een "medische indicatie" toe te kennen.

Een andere mogelijkheid om in het ziekenhuis te bevallen is de zogenaamde poliklinische bevalling: deze vindt plaats op de afdeling verloskunde onder leiding van vroedvrouw of huisarts, waarna de vrouw maximaal 24 uur in het ziekenhuis verblijft. Een poliklinische bevalling kan door de vrouw verkozen worden boven een thuisbevalling, of kan op medische indicatie plaatsvinden, wanneer de vroedvrouw of huisarts het medisch noodzakelijk acht dat de bevalling in het ziekenhuis plaats vindt.

## 2.2. De vroedvrouw

De vroedvrouw is gespecialiseerd in het leiden van normale bevallingen. Zij begeleidt de vrouw gedurende haar zwangerschap, leidt de bevalling en verzorgt de nacontroles, mits er zich geen ernstige complicaties voordoen.

In Wageningen is er één, zelfstandig gevestigde vroedvrouw. Naar haar eigen schatting begeleidde zij in 1978 ongeveer 50% van het totale aantal zwangere Wageningse vrouwen.

Bij afwezigheid of ziekte van de vroedvrouw, of wanneer meerdere bevallingen tegelijk plaatsvinden wordt zij vervangen door de vroedvrouw uit Renkum.

### 2.2.1. Zwangerschapsbegeleiding

Als een vrouw vermoedt dat ze zwanger is, kan ze direkt naar de vroedvrouw gaan of eerst naar haar huisarts.

Naar schatting één-derde van haar cliënten komt rechtstreeks naar de Wageningse vroedvrouw toe (vroeger gebeurde dit vaker). Met deze vrouwen praat zij eerst over de keus wie de zwangerschap zal begeleiden; de mogelijkheid van begeleiding door huisarts en gynaecoloog en de financiële consequenties ervan, worden genoemd.

In de regel vinden de consulten tot 24 weken in de zwangerschap één maal per maand plaats; van de 24ste tot de 32ste week om de drie weken; van de 32ste tot de 36ste week om de week en daarna elke week, waarbij de vroedvrouw vanaf de 38ste week bij de vrouw thuis komt. Wanneer de vrouw wil, kan zij altijd een keer extra komen, zonder dat dit financiële consequenties heeft. Ongeveer één op de tien zwangeren maakt hiervan gedurende haar zwangerschap een keer gebruik. Ook is het mogelijk tussen de consulten door telefonisch contact op te nemen met de vroedvrouw; hiervan wordt veelvuldig gebruik gemaakt.

Naast het lichamelijke onderzoek wordt tijdens de contrôles informatie verstrekt. De vrouwen wordt de gelegenheid gegeven alle vragen te stellen die ze hebben. Hierbij komen dingen ter sprake als: groei en ontwikkeling van het kind, lichamelijke en psychische gesteldheid van de vrouw, sexuele problemen, het verloop van de bevalling, de voeding tijdens de zwangerschap, de voeding die zij het kind geven, de aan te schaffen spullen voor de bevalling, etc. Meestal vragen de vrouwen zelf naar de oudercursus en de zwangerschapsgymnastiek. Doen ze dat niet, dan begint de vroedvrouw er over. Zij weet niet altijd wanneer er een oudercursus start, en verwijst meestal naar de wijkverpleegster waar de mensen zich voor de cursus op moeten geven. Met betrekking tot de zwangerschapsgym wordt vaak gevraagd welk soorten gym er zijn en waar men ze kan volgen. Ook

Ook wordt vaak gevraagd wat goede boeken zijn over zwangerschap; de vroedvrouw heeft zelf een aantal boeken die men in kan zien. Ook wordt schriftelijke informatie verstrekt: iedereen krijgt het nummer "In verwachting" van "Ouders van nu" en er worden allerlei informatie- en reclamefolders uitgedeeld. In de wachtkamer liggen allerlei folders ter inzage.

Tijdens het tweede of derde consult praat de vroedvrouw met de vrouw over de plaats van de bevalling en het soort kraamhulp. Zij geeft informatie over de voor- en nadelen van thuis of in het ziekenhuis bevallen en geeft daarbij zowel haar eigen mening als de mening van sommige huisartsen en gynaecologen. Alleen wanneer zij dit medisch of sociaal noodzakelijk acht, adviseert zij een poliklinische bevalling. Overigens is zij van mening dat een naar verwachting normale bevalling thuis kan plaats vinden.

De vroedvrouw wijst de vrouw erop, dat het noodzakelijk is zich zo snel mogelijk op te geven voor de kraamhulp en- wanneer de bevalling poliklinisch zal plaatsvinden- dat zij dit bij het ziekenhuis opgeeft.

Wanneer er tijdens zwangerschap complicaties lijken op te treden dan belt de vroedvrouw één van de gynaecologen voor advies, of- wanneer het nodig lijkt- gaat ze zelf een keer met de vrouw naar de gynaecoloog. Wanneer het noodzakelijk geacht wordt dat de gynaecoloog de bevalling leidt, dan neemt hij ook de prenatale zorg over. Er is dan sprake van een "medische indicatie". Als de vrouw het op prijs stelt, en het medisch gezien kan, kan zij tot 32 weken in de zwangerschap voor contrôles bij de vroedvrouw blijven, terwijl ze daarnaast 1 keer per maand bij de gynaecoloog op contrôle komt.

De vroedvrouw mag niet zelfstandig doorverwijzen naar de gynaecoloog, maar moet dit via de huisarts doen. De Wageningse huisartsen vertrouwen doorgaans echter volledig op het oordeel van de vroedvrouw en meestal wordt de verwijzing telefonisch geregeld en is het niet noodzakelijk dat de vrouw eerst naar haar huisarts gaat.

Naar haar zeggen, verwijst de vroedvrouw ongeveer evenveel vrouwen door naar de gynaecologen van het Pieter Pauw als naar die van het Streekziekenhuis.

Wanneer er minder ernstige complicaties worden verwacht, dan wordt de vrouw niet altijd doorverwezen naar de gynaecoloog. Deze zogenaamde "low-risk"-bevallingen (bv. een stuitligging bij het tweede kind) kunnen door de vroedvrouw zelf worden begeleid maar vinden dan wel altijd poliklinisch plaats.

Wanneer de kans groot is, dat de vervangster van de vroedvrouw de bevalling zal begeleiden wordt de vrouw als het mogelijk is een van de laatste keren door de vervangster gecontroleerd, zodat zij elkaar al kennen bij de bevalling.

### 2.2.2. De zorg tijdens de bevalling

De vroedvrouw wordt gebeld wanneer de vrouw denkt dat de bevalling begint. Wanneer de bevalling poliklinisch zal plaatsvinden komt de vroedvrouw eerst een keer thuis kijken voordat de vrouw naar het ziekenhuis gaat.

Voor de bevalling wordt meestal getracht een kraamverzorgster te waarschuwen. Wanneer het kind 's nachts geboren wordt en het erop lijkt, dat de kraamverzorgster toch niet op tijd gehaald kan worden, dan wordt ze niet gewaarschuwd. Ook in het ziekenhuis, wanneer het niet te druk is, wordt de kraamverzorgster niet gewaarschuwd, omdat voor haar alleen de taak zou blijven om de troep op te ruimen.

Naar schatting is bij 80% van de thuis-bevalling die de vroedvrouw leidt een kraamverzorgster aanwezig en bij 50% van de poliklinische bevallingen.

Met name bij een eerste bevalling komt het vaak voor, dat ingeknipt moet worden (bij ongeveer 60% van de vrouwen); bij een tweede of volgende bevalling minder. De vroedvrouw knipt pas in als er gevaar dreigt voor het kind of de vrouw uitgeput dreigt te raken; ook als er een totaal ruptuur dreigt, wordt ingeknipt.

Alleen op de plaats waar eventueel geknipt zal worden, wordt de vrouw geschoren (in het ziekenhuis) of worden de haren weggeknipt. De vroedvrouw mag zelf hechten.

Hoewel er zo goed mogelijk getracht wordt te voorspellen of de bevalling normaal zal verlopen, kan het toch altijd nog gebeuren dat er zich tijdens de bevalling complicaties voordoen. In zo'n geval wordt altijd de hulp van de gynaecoloog ingeroepen. De vroedvrouw mag zelf geen gebruik maken van de op de verloskamer aanwezige apparatuur, zoals infuus en vacuümpomp; in noodgevallen krijgt zij hiervoor echter wel toestemming van de gynaecoloog.

Na de geboorte wordt het kind eerst geïnspecteerd en dan even bij de moeder gelegd. Als de moeder er om vraagt, kan het kind direct aan de borst worden gelegd; meestal wil het kind dan nog niet zuigen. Thuis wordt het kind niet

gewassen aangezien het huidsmeer tegen de kou beschermt. In het ziekenhuis wordt het kind wel gewassen en onder een warme lamp aangekleed.

Na de bevalling moet de vrouw 6 uur op haar rug liggen; ze krijgt voor 24 uur een sluitlaken en als ze wilt, mag ze het sluitlaken langer houden, echter niet langer dan drie dagen.

### 2.2.3. De zorg tijdens de kraamperiode

De vroedvrouw tracht de vrouw te stimuleren haar kind zelf te voeden. Wanneer de vrouw echter geen borstvoeding wil geven, adviseert de vroedvrouw haar een strakke BH te dragen en weinig te drinken. Als na 14 dagen de borsten nog lekken, verwijst zij de vrouw door naar de huisarts voor medicamenten om de borstvoeding te stoppen. Het opbinden van de borsten is volgens de vroedvrouw niet pijnlijk en het gebeurt niet vaak dat de vrouw om medicijnen vraagt.

Na de bevalling komt de vroedvrouw tien keer voor nazorg: de eerste vijf dagen elke dag, daarna om de dag tot elf dagen en dan nog de 15de en de 21ste dag. Een bezoek na zes weken vindt niet plaats, zoals wel gebeurt bij de huisarts en gynaecoloog. Ook verwijst de vroedvrouw niet naar de huisarts voor een consult na zes weken.

De vroedvrouw vindt het contact tussen haar en de vrouw na de bevalling meestal erg goed: er wordt veel nagepraat over de bevalling; ook wordt gepraat over de voeding van het kind en worden veel vragen gesteld over bijvoorbeeld of de ontlasting van de baby wel goed is, of het niet te veel of te weinig huilt, etc. Ook problemen rondom de acceptatie van het kind komen ter sprake.

De vroedvrouw heeft ten tijde van de zogenaamde post-natale depressie- die veel vrouwen in meerdere of mindere mate ondervinden enkele weken na de geboorte- meestal geen contact meer met de vrouw. Soms wordt zij in die periode nog wel opgebeld door de vrouw.

### 2.3. De huisarts\*

De meeste huisartsen begeleiden binnen hun praktijk ook zwangerschap, bevalling en kraambed van een deel van hun patiënten. Zij zijn bevoegd de normale fysiologische bevalling te begeleiden.

In Wageningen hadden in 1978 negen huisartsen de verloskundige zorg binnen hun praktijkvoering opgenomen. Zij begeleidden gezamenlijk ongeveer 18% van het totaal aantal bevallingen van Wageningse vrouwen. Het aantal zwangerschappen wat zij hebben begeleid zal hoger zijn, aangezien zij voor een deel de zorg hebben moeten overdragen aan de gynaecoloog t.g.v. een "medische indicatie". Het aantal bevallingen dat door één huisarts wordt begeleid varieert aanzienlijk o.a. afhankelijk van de leeftijdsopbouw van zijn praktijk.

In geval van afwezigheid of ziekte van de huisarts wordt de zorg door een vervangende huisarts overgenomen.

#### 2.3.1. Zwangerschapsbegeleiding

De meeste vrouwen komen als ze vermoeden zwanger te zijn eerst naar de huisarts. De huisarts praat dan met de vrouw over wie de zwangerschap kan begeleiden. De mogelijkheid van de vroedvrouw wordt genoemd en de verplicht in het ziekenfonds verzekerden worden gewezen op de financiële consequentie wanneer zij voor de begeleiding door de huisarts kiezen. Ondanks de financiële lasten komt het toch voor dat verplicht verzekerde patiënten bij de huisarts onder controle willen blijven. Hierbij speelt de vertrouwensband tussen huisarts en patiënte een rol. Van de niet-verplicht verzekerden kiest een per huisarts in grootte variërend deel voor zwangerschapsbegeleiding door de vroedvrouw.

De vrouw komt bij de huisarts tot ongeveer de 28ste week in de zwangerschap één maal per maand op controle; tot de 36ste á 38ste week één maal per drie weken en daarna wekelijks; op indicatie zal ze vaker moeten komen. Al die tijd wordt de vrouw geacht op het spreekuur te komen. Het is bij de huisarts niet gebruikelijk dat de vrouw telefonisch contact opneemt om tussen de consulten door informatie te vragen.

\* Wij hebben slechts met twee van de negen huisartsen een gesprek gevoerd. Alle informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op deze gesprekken en hoeft dus niet te gelden voor de overige huisartsen.

Bij de contrôles vindt een lichamelijk onderzoek plaats. Daarnaast worden alle vragen die naar voren komen, behandeld. Deze hebben vooral betrekking op lichamelijke klachten, de bevalling, borstvoeding e.d. De keuze tussen borst- of flesvoeding wordt al tijdens de zwangerschap besproken. De huisartsen proberen de vrouw te stimuleren borstvoeding te geven. Niet alle huisartsen geven informatie over de oudercursus; er is geen contact tussen de huisartsen en wijkverpleging over de startdata van de cursus. Wel worden de vrouwen geattendeerd op de zwangerschapsgymnastiek; het hangt van de huisarts af hoe sterk dit wordt aangeraden.

Ook wordt de vrouw erop attent gemaakt dat zij zich tijdig aan moet melden bij het kraamcentrum en- als zij poliklinisch zal bevallen- de verloskamer moet bespreken. Doorgaans wordt door de huisartsen geen schriftelijke informatie gegeven, alleen wanneer de arts toevallig folders in huis heeft. Soms verwijst de huisarts de vrouw naar informatie in bibliotheken en boekwinkels.

Ook wordt met de vrouw gesproken over de plaats van de bevalling. Beide huisartsen prefereren voor zichzelf het gemak en de efficiëntie van het ziekenhuis. Uit overwegingen van veiligheid voor moeder en kind wordt een poliklinische bevalling noodzakelijk geacht, wanneer het risico dat er complicaties optreden hoger is dan 'normaal'. Eén van beide huisartsen is van mening dat altijd sprake is van een verhoogd risico bij een eerste bevalling; de ander is het hier niet mee oneens, maar is van mening dat, wanneer de vrouw het graag wilt, in dat geval de bevalling toch thuis moet kunnen plaats vinden.

Ook sociale redenen kunnen aanleiding vormen een poliklinische bevalling te adviseren, bv. wanneer de vrouw alleenstaand is, of wanneer zij te klein behuisd is.

Bij een poliklinische bevalling wordt bij voorkeur het Pieter Pauw Ziekenhuis aangeraden, aangezien dat voor de huisarts het dichtste bij is.

Wanneer er tijdens de zwangerschap complicaties lijken op te treden, wordt de vrouw doorverwezen naar de gynaecoloog. Als een klinische bevalling noodzakelijk blijkt, neemt de gynaecoloog de prenatale zorg over. Is dit niet het geval, dan blijft de huisarts de zwangerschap begeleiden.

Zijn vakanties deelt de huisarts ruim tevoren mee aan zijn patiënten. Als de bevalling in die tijd uitgeteld is, kan de vrouw tevoren al een keer voor contrôle naar de vervangende huisarts, zodat ze alvast met hem kennis heeft gemaakt.

### 2.3.2. De zorg tijdens de bevalling

De vrouw belt de huisarts als zij denkt dat de bevalling begint. Hij komt eerst thuis kijken hoe ver de ontsluiting is en- als de bevalling poliklinisch zal plaatsvinden- vertelt hij de vrouw wanneer zij naar het ziekenhuis kan gaan. Vanuit het ziekenhuis wordt hij door de kraamverpleging gebeld als de vrouw op het punt staat te bevallen. In het geval dat de bevalling thuis plaats vindt, geeft hij aan wanneer de kraamverzorgster gewaarschuwd moet worden. De kraamverzorgster wordt altijd gewaarschuwd, maar volgens de huisartsen is zij in veel gevallen niet bij de bevalling aanwezig.

Eén van de huisartsen is van mening, dat de uitdrijvingsfase rustig een uur mag duren; hij heeft het idee dat de grens vaak binnen het uur gelegd wordt, waardoor vaker dan echt noodzakelijk op een kunstverlossing wordt overgegaan. Belangrijk bij het begeleiden van een bevalling is het volgens hem om geduld te hebben. Ook met inknippen wacht hij zo lang mogelijk.

Wanneer zich tijdens de bevalling complicaties voordoen, moet de hulp van de gynaecoloog worden ingeroepen. De huisarts is niet bevoegd gebruik te maken van de op de verloskamer aanwezige apparatuur.

### 2.3.3. De zorg tijdens de kraamperiode

De huisarts komt na de bevalling op de 1ste, 2de, 3de, 5de, 7de en 9de dag voor nacontrôles en de vrouw komt na zes weken nog een maal op zijn spreekuur. Eén van beide huisartsen komt bovendien nog op de 11de, 13de, 15de en 17de dag; in totaal dus tien keer.

Soms neemt de huisarts de nacontrôle van de gynaecoloog over wanneer de vrouw na een klinische bevalling het kraambed (deels) thuis doorbrengt. Meestal hoort de huisarts dit pas vlak voordat de vrouw uit het ziekenhuis ontslagen wordt, wat problemen kan geven om de contrôles in te passen in zijn praktijk.

De informatieverschaffing gedurende het kraambed laten de huisartsen voornamelijk aan de kraamverzorgster over. Als er problemen optreden bij het geven van borstvoeding helpt hij wel mee aan het oplossen daarvan.

Eén van de huisartsen schrijft medicijnen voor om de borstvoeding te stoppen, wanneer de vrouw niet haar kind de borst wilt geven. Afbinden of het dragen



van strakke kleding acht hij zinloos; bovendien zou dit de kans op borstontsteking vergroten.

#### 2.4. De gynaecoloog

Gynaecologen begeleiden bij een medische indicatie voor een bevalling in het ziekenhuis de bevalling en- afhankelijk van het tijdstip waarop en de reden waarom de indicatie gegeven wordt- meestal ook de zwangerschap en het kraambed. Begeleiding door de gynaecoloog kan ook op eigen initiatief van de vrouw plaatsvinden, maar dit is slechts het geval in naar schatting 2% van de klinische bevallingen.

Doorgaans worden de vrouwen die een medische indicatie krijgen, doorverwezen naar één van de twee dichtbijzijnde ziekenhuizen, namelijk het Streekziekenhuis in Bennekom en het Pieter Pauw Ziekenhuis in Wageningen.

Zowel in het Streek als in het Pieter Pauw (vanaf maart '78) zijn twee gynaecologen werkzaam; in het Streek nog versterkt door assistenten. In beide ziekenhuizen zijn de gynaecologen geassocieerd, wat inhoudt dat het in het Pieter Pauw regel is dat elke vrouw door beide gynaecologen afwisselend gecontroleerd wordt terwijl in het Streek de vrouw, als zij dat wilt, voorkeur kan uitspreken voor één van beiden. In het Streek worden de controles vaak uitgevoerd door een van de assistenten.

Beide ziekenhuizen hebben een aparte verloskundige afdeling met twee verloskammers, voorzien van alle moderne verloskundige apparatuur; alleen in geval van een (dreigende) vroeggeboorte voor de 32<sup>e</sup> week zal de zwangere vrouw of het reeds geboren kind naar ziekenhuizen in Nijmegen of Utrecht, die hier speciaal op ingesteld zijn, doorgestuurd worden.

Naar schatting 30% van de bevalling van Wageningse vrouwen wordt door gynaecologen begeleid, dit is in totaal ongeveer 100 in 1978.

De klinische bevallingen zijn in ongeveer gelijke mate over beide ziekenhuizen verdeeld.

##### 2.4.1. Zwangerschapsbegeleiding

In geval van een primaire 'medische indicatie' wordt in het Pieter Pauw de vrouw vanaf het begin van de zwangerschap door beide gynaecologen begeleid.

Als voordeel van deze werkwijze zien de gynaecologen dat de vrouw hen dan beiden kent, -tevorens is namelijk niet vast te stellen wie van beiden dienst heeft als de bevalling plaatsvindt- en dat door de afwisseling in de controles de ene gynaecoloog dingen kan opmerken die de ander over het hoofd heeft gezien. Het is in het Pieter Pauw niet gebruikelijk dat, als de vrouw een duidelijke voorkeur heeft voor één van beide gynaecologen zij alleen door hem begeleid wordt.

In het Streek houdt de gynaecoloog samen met de assistent spreekuur. De assistent onderzoekt de vrouw en alleen als hij denkt dat er iets bijzonders aan de hand is, wordt zij doorgestuurd naar de gynaecoloog.

In geval van een secundaire 'medische indicatie' wordt de prenatale zorg door de gynaecoloog geheel of gedeeltelijk van de vroedvrouw of huisarts overgenomen. Het komt voor, dat als alles later toch goed blijkt te gaan, de vrouw na overleg weer wordt terugverwezen naar de huisarts of vroedvrouw; als dit niet gebeurt, begeleidt de gynaecoloog de bevalling. In geval van twijfel wordt ook wel eens een eenmalig bezoek aan de gynaecoloog gebracht.

Naar schatting van één van de gynaecologen is 60% van de 'medische indicaties' primair; ruim 80% van de secundaire 'medische indicaties' worden tijdens de bevalling gegeven. De 'medische indicaties'-bevallingen kunnen ook onderscheiden worden naar hoe groot risico op complicaties is. Bij ongeveer 25% van de 'medische indicaties' is het twijfelachtig of van echt verhoogd risico sprake is; dit kunnen o.a. 'medische indicaties' zijn op grond van het verloop van de vorige bevalling. Naar schatting 15% van de 'medische indicaties' kan niet terecht genoemd worden. Deze zijn dan bijvoorbeeld gegeven op grond van sociale factoren of omdat de vrouw direct na de bevalling gesteriliseerd zal worden.

De gynaecologen attenderen in het algemeen de vrouwen op het bestaan van de zwangerschapsgymnastiek, maar geven er weinig informatie over. Met de wijkverpleging bestaat geen officieel contact over bijvoorbeeld de startdata van de oudercursussen en er worden ook geen aanvraagformulieren voor kennismaking met de wijkverpleging uitgereikt.

Naast de strikt medische zorg geeft de gynaecoloog ook informatieve en persoonlijke begeleiding. Het uitgangspunt van de gynaecologen hierbij is, dat de vrouw alle vragen en problemen rond haar zwangerschap, bevalling en kind naar voren moet kunnen brengen.

Er wordt voor gezorgd dat in de wachtruimte informatieve folders en brochures aanwezig zijn. In het Pieter Pauw liggen folders over o.a. de voeding van de aanstaande moeder, de groei en ontwikkeling van het ongeboren kind en meer medisch-technische artikelen geschreven door de gynaecologen over bijvoorbeeld Rode Hond, ultrasonor-onderzoek en anti-conceptie.

Tijdens de zwangerschap wordt er in het algemeen met de gynaecoloog weinig gepraat over de voeding, die straks aan het kind gegeven zal worden. Verwacht wordt dat de aanstaande moeder tevoren over de keuze tussen borst- en flesvoeding nadenkt en hierbij mogelijk geholpen wordt door de wijkverpleegster en eventueel een zuster van het kraamcentrum, die in de 7<sup>e</sup> maand langskomen. De meeste vrouwen hebben wel een duidelijke mening voor de bevalling wat ze willen (naar schatting 50% wil borstvoeding geven of proberen, de andere 50% wil direct de fles geven), maar soms moet de beslissing nog genomen worden als het kind er al is.

#### 2.4.2. De zorg tijdens de bevalling

Bij de bevalling is de gynaecoloog altijd aanwezig. In het Streekziekenhuis is het ook mogelijk dat een assistent de bevalling begeleidt, maar de gynaecoloog heeft de uiteindelijke verantwoording.

Is de 'medische indicatie' tijdens de bevalling gegeven dan is meestal ook de huisarts of vroedvrouw aanwezig.

De gynaecologen van het Pieter Pauw zeggen te proberen de vrouw zoveel mogelijk in haar eigen ideeën en wensen ten aanzien van haar bevalling en haar kind tegemoet te komen.

#### 2.4.3. De zorg tijdens de kraamperiode

Normaliter zal na een klinische bevalling het kraambed in het ziekenhuis doorgebracht worden gedurende 7-10 dagen. Als er echter tevoren kraamhulp is aangevraagd, wat meestal het geval zal zijn bij een secundaire 'medische indicatie' en soms bij een primaire- en als nazorg verzekerd is kan de vrouw toestemming krijgen na normaal verloop van de bevalling het kraambed toch thuis door te brengen.

Ook bevallingen die m.b.v. hormonen op gang zijn gebracht en/of waarbij het kind m.b.v. een vacuumextractie is geboren kunnen zodanig verlopen dat gynaecologen geen noodzaak voor een klinisch kraambed aanwezig achten. Het verzoek om dan thuis het kraambed door te brengen komt meestal van de vrouw zelf, maar het hangt

wel sterk van de begeleiding die zij heeft af óf zij er om vraagt. Voorwaarde is dan wel dat tevoren kraamhulp aangevraagd is en dat medische nazorg verzekerd is. De nazorg wordt dan door huisarts of vroedvrouw, die ook in het begin de zorg voor de vrouw had, gedaan.

Als wordt toegestaan dat de vrouw thuis haar kraambed mag doorbrengen, blijft zij wel wat langer in het Ziekenhuis dan wanneer er sprake was geweest van een gewone poliklinische bevalling. Als limiet voor de verblijfsduur geldt dan 48 uur, omdat anders geen kraamhulp meer wordt gegeven.

In geval van een primaire indicatie zullen de gynaecologen het doorbrengen van het kraambed thuis niet stimuleren, omdat tevoren geen of weinig contact is geweest met vroedvrouw of huisarts en de verantwoordelijkheid voor de nazorg niet zo makkelijk over te dragen is.

Alle vrouwen, die tijdens de zwangerschap en/of bevalling door een gynaecoloog begeleid zijn, worden zes weken na de bevalling nog een keer door hem gecontroleerd.

## 2.5. Kraamafdeling en kraamverpleging\*

### 2.5.1. Opgave en kennismaking met kraamafdeling

Voor het beleid en planning binnen de kraamafdeling is het noodzakelijk dat van zoveel mogelijk vrouwen bekend is dat en wanneer ze komen bevallen. Vrouwen die klinisch zullen bevallen zijn bekend via de gynaecoloog; een poliklinische bevalling moet op andere wijze opgegeven worden. De opgaves komen van verschillende kanten: huisartsen geven hun aanstaande poliklinische bevallingen door, het kraamcentrum meldt alle poliklinische bevallingen die haar bekend zijn en vaak bellen de vrouwen zelf op. Voor de opgave geldt geen strikte tijdslimiet, maar op de kraamafdeling weten ze het liefst vier maanden van tevoren; dit is echter niet voor iedereen haalbaar.

\* We hebben alleen met het hoofd van de kraamafdeling van het Pieter Pauw Ziekenhuis gepraat. Van één van de gynaecologen van het Streeksziekenhuis hebben we informatie over de indeling van de kraamafdeling aldaar; deze hebben we wel in deze paragraaf opgenomen. De overige beschreven aspecten hebben alleen betrekking op het Pieter Pauw.

Alle vrouwen die in het ziekenhuis gaan bevallen worden uitgenodigd een keer de kraamafdeling en verloskamer te komen bekijken. Als ze in de laatste twee maanden van hun zwangerschap komen kunnen ze al kennis maken met de verpleegsters die straks ook bij de bevalling aanwezig zullen zijn. Sommige vrouwen, vooral die poliklinisch gaan bevallen, komen vaker op eigen initiatief even langs en maken van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen. Ook is het voor hen mogelijk, als de vroedvrouw of huisarts daar de apparatuur niet voor heeft, een keer met behulp van de apparatuur van het ziekenhuis naar de harttonen van het kind te luisteren.

### 2.5.2. Kraamverpleging

Vroeger was er een aparte opleiding voor kraamverpleegster na het A-diploma, maar nu is die binnen de A-opleiding opgenomen. Dit heeft tot gevolg dat op de kraamafdeling meer leerling verpleegsters stage moeten lopen, terwijl zij er korter zijn dan vroeger en dat ook niet elke verpleegster even gemotiveerd hoeft te zijn. In het Pieter Pauw levert dit echter geen problemen op. In hun tweede opleidingsjaar lopen de leerlingen twintig weken stage op de kraamafdeling. Door de hoofdkraamverpleegster worden dan regelmatig theoretische lessen gegeven, waarin actuele onderwerpen bijvoorbeeld naar aanleiding van problemen of vragen van vrouwen worden behandeld.

Op de kraamafdeling van het Pieter Pauw werken vier gediplomeerde en zeven leerlingverpleegsters full-time, terwijl er daarnaast nog vijf part-time verpleegkundigen zijn. Dat er naar verhouding zoveel leerlingverpleegsters rondlopen geeft weinig problemen ten aanzien van de informatieoverdracht; de vrouwen kunnen aan het insigne zien of ze met een leerling- of gediplomeerde verpleegster te doen hebben en weten bij wie ze met hun vragen terecht kunnen.

Als er een bevalling is, krijgt de verpleegster, die nog het langste dienst heeft, dienst op de verloskamer. Dit omdat een voortdurende begeleiding door dezelfde persoon voor de vrouw belangrijk is; de verpleegster heeft dan beter contact en kan tijdig veranderingen signaleren. Meestal is deze verpleegster een leerling, terwijl daarnaast op de afdeling nog een gediplomeerde verpleegster is, die erbij geroepen kan worden. Er wordt naar gestreefd die begeleiding zo optimaal mogelijk te laten zijn; als een verpleegster na een tijdje merkt dat het niet goed klikt met die vrouw, dan wordt van haar verwacht dat ze dit zegt

zodat er tijdig gewisseld kan worden. Als er diensten gewisseld moeten worden, blijft de verpleegster toch vaak tot de bevalling is afgelopen.

### 2.5.3. Indeling van de kraamafdelingen

#### Pieter Pauw

Voor zwangeren en kraamvrouwen zijn er aparte kamers, waar plaats is voor twee tot vijf bedden. Daarnaast zijn er nog enkele één-persoonskamers voor vrouwen die speciale aandacht of veel rust nodig hebben. Eén van deze kamers wordt in de regel vrij gehouden voor poliklinische patiënten. Elke kamer heeft een eigen toilet en wasbak, terwijl de meerpersoonskamers ook een eigen douche hebben.

Voor de baby's is er een aparte kamer; deze is met een glaswand gescheiden van de gang, zodat iedereen de pasgeboren kinderen kan bekijken. De moeders kunnen vanuit hun bed hun baby niet zien; wel mogen ze, zo gauw ze kunnen, op de babykamer komen.

De couveuses staan op de kinderafdeling die niet op dezelfde verdieping is maar twee verdiepingen lager; deze is echter met de lift makkelijk bereikbaar. Door de gynaecologen wordt het wel een bezwaar gevonden dat er zo'n afstand is tussen beide afdelingen.

Op de kraamafdeling is plaats voor acht zwangeren en voor tien moeders met hun baby's.

#### Streek

Voor de kraamvrouwen zijn er vier tweepersoonskamers en één vierpersoonskamer; in een van de aangrenzende hoeken van twee tweepersoonskamers is een babykamer ingebouwd met vier wiegjes. De babykamer is vanuit beide kamers toegankelijk en de moeders kunnen hun kinderen zien doordat er een glaswand inzit. Ook in de vierpersoonskamer is een hoek gebruikt voor babykamer. 's Nachts worden de baby's echter naar een aparte babykamer verhuisd.

Op elke kamer is één wastafel; er zijn twee douches en twee toiletten voor twaalf patiënten, wat door de gynaecoloog wel wat weinig gevonden wordt. Het is echter niet eenvoudig uit te breiden.

De couveuses staan ook hier op een andere afdeling, maar deze is op dezelfde verdieping.

#### 2.5.4. Contactmogelijkheden tussen moeder-vader-kind

Tijdens de bevalling is de vader in de regel aanwezig; er is voor hem de mogelijkheid in een aparte kamer te rusten, iets waar bij erg langdurige bevallingen wel behoefte aan kan bestaan. Na de bevalling krijgen de moeder en de vader als het maar even mogelijk is de gelegenheid nog een tijdje rustig met elkaar en het kind alleen te zijn.

In de kraamperiode staat met betrekking tot bezoekenregelingen en contactmogelijkheden naar buiten het belang van de moeder en het kind voorop. Dit houdt in dat de bezoektijden zo soepel mogelijk worden gehanteerd; belangrijker dan de regel is hoe hard de vrouw behoefte aan contact heeft en dat haar man haar kan bezoeken bij afwijkende werktijden. Verder dat een telefoon bij het bed niet het voorrecht van de eerste klasse is, -een indeling die overigens nauwelijks meer dan een fictie is-, maar dat elke vrouw, die er echt een nodig heeft, die kan krijgen.

De bezoektijden zijn officieel 's middags gedurende een uur voor iedereen, terwijl dan de baby's niet op de kamers mogen en 's avonds speciaal voor de vaders van zeven tot tien uur. Deze tijd is zo gesteld dat hij dan twee voedingen van het kind kan meemaken. Daarnaast is er op de zondagmorgen gelegenheid voor de vader en eventuele andere kinderen om te komen. Baby's van vier dagen en ouder mogen dan door de moeder zelf in bad gedaan worden.

Zo gauw de moeder daartoe in staat is mag zij haar kind zelf verzorgen, meestal is dat vanaf de vierde dag. Zij leert haar kind te wegen voor en na iedere voeding, te verschonen en te wassen.

Ook als het kind in de couveuse ligt worden de moeders zo snel mogelijk bij de verzorging van hun kind betrokken; ook vaders mogen dan meehelpen.

#### 2.5.5. De voeding van het kind

Elk kind krijgt als eerste voeding wat glucosewater om de bloedsuikerspiegel op peil te brengen.

Als de vrouw haar kind zelf wilt voeden wordt negen uur na de geboorte het kind voor het eerst aangelegd; als de moeder dit echter zelf eerder wilt, mag dat.

Alleen als zij er zelf om vraagt, wordt het kind direct na de geboorte aangelegd en soms ook als de placenta moeilijk loslaat, omdat het zuigen van het kind het loslaten daarvan bevordert.

Welke voeding de eerste dagen gegeven wordt is afhankelijk van hoeveel de moeder heeft; als door het wegeven voor en na iedere voeding blijkt dat het kind niet genoeg heeft gehad, krijgt het bijvoeding met kunstvoeding. Wel wordt dan geprobeerd de borsten te stimuleren door het kind aan te leggen en het vijf minuten aan beide kanten te laten zuigen.

Als enige regel bij het geven van borstvoeding geldt dat het kind minimaal zes voedingen per 24 uur moet krijgen. De moeder en het kind mogen hun eigen ritme zoveel mogelijk bepalen; daarbij wordt wel rekening gehouden of dit ritme thuis voortgezet kan worden.

In het algemeen worden tijdens het kraambed weinig medicijnen gegeven, die gevaarlijk zijn voor het kind en borstvoeding dus onmogelijk zouden maken. Als dergelijke medicijnen toch noodzakelijk zijn, zal het kind kunstvoeding krijgen.

Ook baby's die in een couveuse moeten, krijgen kunstvoeding. In principe is het mogelijk dat de moeder haar melk afkolft en dat deze met behulp van een flesje aan haar kind gegeven wordt, maar de kinderarts is van mening dat het kind door deze via een omweg gegeven voeding te grote kans loopt op besmetting met pathogene organismen, die juist in een ziekenhuis aanwezig zijn. Een andere reden om niet af te kolven is dat er grote kans is dat -ook al is de melkproductie op gang gehouden- het na langere tijd na de geboorte moeilijk is het kind aan de borst te wennen, hetgeen tot extra teleurstellingen kan leiden. Als de moeder haar kind zelf wil voeden, wordt eerder geprobeerd de baby buiten de couveuse te houden.

Als de vrouw niet zelf wil voeden of om andere redenen geen borstvoeding kan of mag geven krijgt zij medicijnen om de melktoevoer te stoppen. Als dit niet gedaan werd zou er een te groot infectiegevaar bestaan bij lekkende borsten. Om dezelfde reden is het gebruik van Sterilon-spray noodzakelijk voor zowel vrouwen die niet als die wel zelf willen voeden. Opbinden van de borsten wordt niet gedaan omdat dit onaangenaam en niet effectief is.

Voor kinderen die met de fles gevoed worden gelden wel vaste voedingstijden.



Bij aarzeling om zelf te voeden omdat men denkt dat het toch wel niet zal lukken zal de verpleging van de kraamafdeling de moeder stimuleren het toch eerst te proberen; als het niet lukt is er altijd nog de zekerheid van flesvoeding. De sfeer en mening ten aanzien van de voeding, die op de kraamzaal heerst is ook erg belangrijk bij de beslissing en het al dan niet succes hebben met het geven van borstvoeding.

Als de vrouw echt niet wil of erg zenuwachtig is, wordt niet aangedrongen omdat daar toch niets mee bereikt wordt.

#### 2.5.6. Postnatale gymnastiek

Vrouwen, die hun kraambed in het ziekenhuis doorbrengen krijgen van de fysiotherapeute oefeningen om onder andere bekkenbodemp- en buikspieren te versterken. De basis van deze oefeningen is dezelfde als die van de prenatale oefeningen, die door de begeleiding van de zwangerschapsgymnastiek meegegeven worden. Deze gymnastiek is vaak sterk individueel gericht doordat de fysieke gesteldheid van elke vrouw afhankelijk van het verloop van de zwangerschap en bevalling en van het aantal dagen na de bevalling is en dus erg wisselend is.

#### 2.6. Het kraamcentrum

De kraamcentra zijn sinds een aantal jaren regionaal georganiseerd. Wageningen valt onder het kraamcentrum Ede-Voorthuizen, één van de negen kraamcentra van de Provinciaalse Kruisvereniging Gelderland. Het kraamcentrum Ede-Voorthuizen heeft ongeveer 50 á 55 full-time interne kraamverzorgsters<sup>1)</sup> in dienst en één full-time wijkkraamverzorgster<sup>2)</sup>; daarnaast zijn ongeveer 40 á 50 gediplomeerde kraamverzorgsters<sup>3)</sup> part-time in dienst van het kraamcentrum, waarvan er 5 á 6 als interne kraamhulp kunnen worden ingezet en de overigen alleen als wijkkraamverzorgster. Het werkgebied van het kraamcentrum Ede-Voorthuizen strekt zich uit van Wageningen, over de Veluwe, tot Putten. De kraamverzorgsters wonen verspreid over de hele regio.

- 1) Een interne kraamverzorgster is overdag de hele tijd in het gezin en heeft naast de zorg voor moeder en kind, ook de zorg voor het huishouden.
- 2) Een wijkkraamverzorgster komt 2x daags langs en verzorgt dan uitsluitend moeder en kind.
- 3) Waaronder een aantal die hun kraamaantekening in de verpleegstersopleiding hebben behaald.

### 2.6.1. De organisatie van de kraamverzorging

Het kraamcentrum heeft tot taak te voorzien in de behoefte aan verzorging van moeder en kind gedurende de periode dat het kraambed thuis wordt doorgebracht. De laatste jaren is deze taak aanzienlijk zwaarder geworden, doordat -door een voortdurend tekort aan kraamverzorgsters- het meer organisatie vergt om aan de vraag naar kraamverzorging tegemoet te komen. Voor dit tekort aan kraamverzorgsters zijn een aantal ontwikkelingen verantwoordelijk:

- Met het oog op het dalend geboortecijfer was het aantal opleidingsplaatsen voor kraamverzorgsters verlaagd. Na 1975 bleek echter het geboortecijfer minder sterk te dalen dan was verwacht.
- Tegelijkertijd ontstond er een toename in de vraag naar thuishraamzorg. Enerzijds doordat een aantal bevallingen die voorheen klinisch zouden zijn geweest, nu poliklinisch plaats vonden, onder leiding van vroedvrouw of huisarts in het ziekenhuis met aansluitend kraamzorg thuis. Anderzijds werd het mogelijk na een goed verlopen klinische bevalling het kraambed thuis door te brengen, terwijl vroeger na een klinische bevalling ook het kraambed doorgaans in het ziekenhuis werd doorgebracht.

Het aantal opleidingsplaatsen is nu wel weer vergroot, maar te weinig om de problemen uit de wereld te helpen.

Om aan de problemen van het tekort aan kraamverzorgsters het hoofd te kunnen bieden, moeten een aantal noodmaatregelen getroffen worden. Hieronder vallen:

- de beperking van het aantal verzorgingsdagen van 10 tot 8 (geteld vanaf de bevalling)
- hoewel het door het ziekenfonds financieel mogelijk is gemaakt dat het aantal dagen kraamzorg verlengd wordt als dit medisch noodzakelijk is, kan het kraamcentrum daaraan niet tegemoet komen.
- hoewel altijd getracht wordt interne kraamverzorging te geven, moet vaak worden volstaan met wijkkraamzorg. Zo mogelijk wordt na twee of drie dagen overgeschakeld op interne verzorging. Dit betekent echter dat er na een paar dagen een andere kraamverzorgster komt, wat zowel voor het gezin als voor de kraamverzorgster vervelend is. De volgorde dat de eerste dagen interne hulp wordt verleend en daarna wijkkraamzorg wordt door het kraamcentrum niet mogelijk geacht: de interne kraamverzorgster maakt namelijk de eerste dagen veel overuren, die zij met de latere minder drukke dagen moet compenseren.

- wanneer de vrouw na een bevalling in het ziekenhuis thuis het kraambed de zal brengen, moet zij binnen 48 uur uit het ziekenhuis ontslagen zijn. Dit is een eis die de kraamcentra zelf hebben ingesteld, aangezien zij van mening zijn dat, wanneer de vrouw langer dan 24 uur in het ziekenhuis moet blijven, er geen sprake is van een normale kraamperiode. De verzorging van de vrouw vereist dan speciale aandacht en is niet de taak van een kraamverzorgster. In erg drukke periodes doet het kraamcentrum soms een beroep op het ziekenhuis de vrouw toch iets langer daar te houden.

### 2.6.2. Aanmelding

Om haar taak zo goed mogelijk te kunnen verrichten, moet het kraamcentrum ruim van tevoren weten hoe groot de vraag naar kraamverzorgsters is. Daarom moet een zwangere vrouw die het kraambed thuis denkt door te brengen, zich voor de vierde maand van haar zwangerschap aanmelden. Wanneer het kraamcentrum bij tijdige aanmelding geen kraamverzorging meer kan bieden, wordt een verklaring afgegeven op grond waarvan de vrouw gemachtigd is zelf een gediplomeerde kraamverzorgster te zoeken, die dan toch door het ziekenfonds zal worden vergoed. Tot nu toe is deze situatie nog niet voorgekomen, aangezien het kraamcentrum Ede-Voorthuizen bijna altijd een beroep kan doen op de part-time kraamverzorgsters.

Naar schatting 8% van de aanmeldingen is officieel te laat. Merendeels is dit te wijten aan nalatigheid van de vrouw.

Voor een deel is het echter door overmacht, bijv. late vaststelling van de zwangerschap, verhuizing, of late toestemming van de gynaecoloog om thuis het kraambed door te brengen. Meestal wordt ook bij te late aanmelding getracht een oplossing te vinden, m.n. wanneer overmacht in het spel was. Dit gebeurt door een beroep te doen op de part-time kraamverzorgsters of door familieleden of kennissen van de vrouw die in het bezit zijn van een verpleegsters- of kraamdiploma voor de betreffende periode in dienst van het kraamcentrum te nemen.

In Wageningen wordt één keer per week spreekuur gehouden, waar de Wageningse vrouwen kraamverzorging aan kunnen vragen.

Bij aanmelding moet de vrouw een formulier invullen met vragen over de verwachtte geboortedatum, de gewenste hulp (intern of wijk), de plaats van de bevalling (thuis of poliklinisch) en de gynaecoloog naar wie de vrouw toe zou gaan, mocht de bevalling klinisch worden. De wijkverpleging krijgt van deze formulieren een

afschrift. Bij een poliklinische bevalling wordt ook een afschrift hiervan naar het betreffende ziekenhuis verzonden.

De vrouw krijgt van het kraamcentrum een folder waarin informatie staat over de aan te schaffen benodigdheden voor de bevalling en voor de baby-uitzet. Ook wordt hierin verwezen naar de oudercursus en de zwangerschapsgymnastiek. Bij aanmelding moet de vrouw f 50,-- waarborgsom betalen.

Naar schatting van het kraamcentrum wordt ongeveer 18% van de aangevraagde kraamhulp afgemeld. Dit gebeurt meestal van te voren, wanneer in de loop van de zwangerschap een "medische indicatie" wordt gegeven. De waarborgsom wordt dan terugbetaald.

### 2.6.3. De kraamverzorgster

De vrouw moet in overleg met de huisarts of de vroedvrouw beslissen of de kraamverzorgster gewaarschuwd wordt voor de bevalling. Voor 8 uur 's morgens en na 6 uur 's avonds moet de kraamverzorgster worden afgehaald, bij voorkeur niet door de aanstaande vader.

De taak van de kraamverzorgster bij de bevalling is, assistentie te verlenen. Bij een poliklinische bevalling is haar aanwezigheid minder urgent, aangezien dan altijd ziekenhuispersoneel aanwezig is.

Toch probeert men ook bij een poliklinische bevalling de kraamverzorgster er bij te betrekken, omdat haar aanwezigheid bij de bevalling het contact naderhand met de kraamvrouw ten goede komt. Zoveel mogelijk wordt getracht -ook als de vrouw iets langer in het ziekenhuis moet blijven- dezelfde kraamverzorgster bij de bevalling en thuis in te zetten.

Wanneer bij de bevalling de hulp van de gynaecoloog ingeroepen moet worden, is de taak van de kraamverzorgster bij de bevalling beëindigd. Zij mag wel aanwezig blijven, maar de assistentie van de gynaecoloog wordt door het verplegend personeel van het ziekenhuis overgenomen.

De interne kraamverzorgster heeft tot taak moeder en kind en het gezin te verzorgen; haar huishoudelijke taak bestaat alleen uit het lichte huishoudelijke werk wat bij de verzorging behoort.

De taak van de wijkkraamverzorgster is beperkt tot twee maal daags verzorging van moeder en kind; de verzorging van het gezin en het huishoudelijk werk val-

len hier buiten.

De kraamhulp heeft bovendien een belangrijke voorlichtende functie. Hieraan wordt gedurende de opleiding van kraamverzorgsters veel aandacht besteed. Via een contactblad en de contactavonden die vijf maal per jaar georganiseerd worden, wordt informatie uitgewisseld over onderwerpen waarover veel vragen gesteld worden aan de kraamverzorgsters, zoals borstvoeding, anti-conceptie, etc.

Binnen de kraamzorg wordt er van uitgegaan, dat zoveel mogelijk getracht moet worden de vrouw te stimuleren borstvoeding te geven. De kraamhulp moet er zorg voor dragen, dat na haar vertrek de verzorging wordt overgedragen aan de wijkverpleegkundige. Zij vult een formulier in, dat door de mensen zelf moet worden doorgegeven aan de wijkverpleegkundige.

## 2.7. De wijkverpleging

In het kader van de verloskundige zorgverlening heeft de wijkverpleging tot taak: de voorlichting voor a.s. ouders gedurende de zwangerschap (prenataal bezoek; a.s. oudercursus) en het adviseren van de moeder in de periode na het kraambed tot aan het eerste bezoek aan het consultatiebureau.

In Wageningen zijn negen wijkverpleegsters werkzaam, die onderling nauw samenwerken.

### 2.7.1. Het prenatale bezoek

Onder het prenatale bezoek wordt het bezoek verstaan van de wijkverpleegster aan de zwangere vrouwen in haar wijk. Het doel van dit bezoek is:

- de zwangere vrouw te laten kennis maken met de wijkverpleegster,
- uitleg te geven over de zorg die door de wijkverpleging wordt verstrekt,
- eventuele vragen over de zwangerschap, de baby-uitzet e.d. te beantwoorden
- zo nodig te praten over lichamelijke klachten en zorgen,
- informatie te geven over de a.s. oudercursus.

Er zijn geen regels over hoe vaak en wanneer de prenatale bezoeken worden afgelegd. Eén wijkverpleegster noemde het ideaal wanneer doorgaans twee bezoeken worden afgelegd: één aan het begin en één aan het einde van de zwangerschap.

In de praktijk vindt hoogstens één bezoek plaats en soms geen. De oorzaak hiervan is enerzijds gelegen in het feit dat de wijkverpleegsters vaak overbezet zijn en veel vrouwen overdag moeilijk bereikbaar zijn omdat ze werken. Anderzijds speelt ook een rol dat sommige wijkverpleegsters het nut van het prenatale bezoek betwijfelen, m.n. voor de vrouwen die al eerder een kind hebben gehad. De wijkverpleegsters proberen wel altijd, wanneer er vermoed wordt dat er problemen m.b.t. de zwangerschap zijn, één of meerdere malen langs te komen.

De adressen van de zwangere vrouwen zijn aan de wijkverpleging bekend via het kraamcentrum. De wijkverpleging heeft de gynaecoloog folders doen toekomen, waarmee de patiënten die zij begeleiden zich op kunnen geven bij de wijkverpleging. Dit systeem heeft echter tot nu toe niet gewerkt. Hierdoor bereikt de prenatale zorg van de wijkverpleging vrijwel niet de vrouwen die vanaf het begin van de zwangerschap een medische indicatie hebben, een groep die waarschijnlijk juist extra behoefte heeft aan begeleiding en informatie.

#### 2.7.2. De a.s. oudercursus

Het doel van de a.s. oudercursus is informatie te verschaffen over zwangerschap, bevalling, kraambed en de eerste verzorging van het kind. Men probeert dit doel te bereiken door het behandelen van een aantal vaste onderwerpen, het beantwoorden van vragen en het stimuleren en begeleiden van onderlinge gesprekken. De cursus wordt gegeven voor groepen van 10-15 vrouwen, waarvan sommige de hele of een deel van de cursus samen met haar man volgen.

Over het algemeen zijn het vooral de vrouwen die in verwachting zijn van hun eerste kind, die de oudercursus volgen.

De cursus beslaat vier avonden. Vaste onderdelen van het programma zijn een diaserie of film over de bevalling, en de behandeling van de eerste zorg van het kind (baden en voeden). Verder kan de cursus ingevuld worden met onderwerpen die door de deelnemers naar voren worden gebracht. Deze onderwerpen blijken meestal praktische zaken te betreffen. Meestal ziet de cursus er als volgt uit:

- Introductie en kennismaking; praten over de vragen die bij de deelnemers leven,
- Baby-uitzet, inrichting van de baby-kamer,
- Diaserie over de bevalling, met begeleidend commentaar van de vroedvrouw,
- De verzorging van het kind.

Tijdens de cursus liggen diverse boeken over zwangerschap, bevalling, kinderopvoeding en -verzorging op tafels, die voordat de avond begint en in de pauze kunnen worden ingekeken. Ook kunnen verscheidene folders worden meegenomen of gekocht. De wijkverpleegster let erop dat dat niet alleen folders uitgegeven door belanghebbende bedrijven zijn. De wijkverpleging geeft geen eigen voorlichtingsmateriaal uit. Er wordt voor de cursus een vergoeding van f 10,-- gevraagd voor materialen en koffie.

De cursus wordt in principe vier keer per jaar georganiseerd. De cursussen worden afwisselend begeleid door vier wijkverpleegsters en soms begeleiden twee wijkverpleegsters samen één cursus.

Bekendmaking en propaganda voor de cursus gaat via de volgende wegen:

- Affiches en folders. De affiches zijn ongeveer vier jaar geleden verzonden aan de artsen, vroedvrouw en gynaecologen; ook zijn ze in de wijkgebouwen opgehangen. De folders zouden bestemd zijn voor de vrouwen die bij de huisartsen, vroedvrouw en gynaecologen voor de zwangerschapscontroles komen. Het is onbekend hoe deze folders verspreid worden.
- Mondeling. Bij het prenatale bezoek geeft de wijkverpleegster informatie over de a.s. oudercursus. Ook wordt het veel door de vrouwen onderling doorgegeven.
- Er is één leidster-docente van het kraamcentrum die bij de opgave voor kraamhulp aantekent of de vrouw belangstelling heeft voor de oudercursus. De andere leidster-docenten schijnen hierop tegen te zijn.

Er wordt geen bericht over de startdatum van de cursus gestuurd naar de huisartsen en gynaecologen. De vroedvrouw wordt wel op de hoogte gesteld wanneer een nieuwe cursus start, aangezien zij zelf één avond daarvan moet verzorgen. Tot voor kort werd in de plaatselijke kranten geen bericht gezet over de start van een nieuwe oudercursus. Bij de laatste cursus was dit wel het geval.

Momenteel wordt door de wijkverpleging van Wageningen en Bennekom gepraat over een nieuwe opzet van de cursus. De onlangs gehouden cursus bestond uit twee avonden: één avond met dia's en informatie over de bevalling en één avond waar de informatie van de overige drie avonden was samengevoegd. Het is nog onduidelijk of deze opzet ook voor de toekomst gehandhaafd blijft.

### 2.7.3. Postnatale bezoeken

De wijkverpleging krijgt via verschillende kanalen bericht over de geboorte van het kind.

- 1) Kraamzorg: de kraamverzorgster zet haar bevindingen over de bevalling en de kraamperiode op een formulier, dat overgedragen moet worden aan de wijkverpleging. De kraamverzorgster is er verantwoordelijk voor dat deze overdracht plaatsvindt, maar vaak zal zij zorgen dat de ouders dit zelf doen, bv. tegelijk met het terugbrengen van de geleende kraamspullen (klossen, zeil, po).
- 2) Gemeente: de gemeente stuurt binnen 14 dagen na de geboorte bericht hierover naar de wijkverpleging.
- 3) Ziekenhuis: zowel het Pieter Pauw als het Streekziekenhuis brengen de wijkverpleging op de hoogte van de geboortes die daar op medische indicatie hebben plaatsgevonden.

De wijkverpleegster brengt haar eerste postnatale bezoek als de kraamverzorgster weg is, meestal tussen de tiende en de veertiende dag. Het doel van dit bezoek is contrôle van moeder en kind, en bespreken van en helpen bij eventuele moeilijkheden.

Bij de postnatale bezoeken is het wel regel dat elke vrouw, die bevallen is bezocht krijgt, ongeacht of het al dan niet haar eerste bevalling is geweest. Afhankelijk van de behoefte worden nog verdere bezoeken gebracht tot vier weken na de geboorte: vanaf dat moment wordt het kind op het consultatiebureau voor zuigelingen gezien.

### 2.7.4. Incidenteel contact

De wijkverpleging houdt drie keer per week een algemeen spreekuur. Incidenteel wordt dit door zwangere vrouwen bezocht met bv. vragen over de organisatie van de zorg of over kraamhulp.

Vooraf in de eerste weken na de geboorte van het kind wordt de wijkverpleegster nogal eens opgebeld om adviezen bij moeilijkheden met het kind. Tijdens de zwangerschap wordt maar zelden telefonisch advies gevraagd.



## 2.8. De zwangerschapsgymnastiek

De zwangerschapsgymnastiek wordt gegeven in een cursus van tien weken onder leiding van een fysiotherapeute op het Pieter Pauw ziekenhuis. Het belangrijkste doel van deze cursus is, dat de vrouw bewust wordt van haar eigen lichaam en van het gebeuren rond zwangerschap en bevalling en hierdoor maar zelfbewust en ontspannen is voor en tijdens de bevalling. De cursus is zo opgezet, dat de vrouwen geleidelijk diverse technieken en oefeningen leren en deze ook kunnen integreren; tevens wordt een deel van de lessen besteed aan gesprekken over zwangerschap, bevalling en de verzorging van het kind.

De cursus is als volgt opgezet:

- 1) Informatie over de cursus; ontspanningsoefeningen,
- 2) Gymnastiek oefeningen,
- 3) Ademhaling en houding tijdens de zwangerschap,
- 4) Ademhaling en houding tijdens de ontsluiting,
- 5) Perstechniek,
- 6) Ademhaling als je niet mee mag persen,
- 7) en 8) Integratie van de verschillende technieken; herhaling van de verschillende ontspanningsoefeningen,
- 9) Bevalling,
- 10) Bevalling; instructie van de meegekomen echtgenoten.

De gesprekken over zwangerschap, bevalling en verzorging van het kind, worden vooral tussen de oefeningen door gevoerd. De leidster van de cursus probeert te stimuleren dat er vragen gesteld worden. De vragen die gesteld worden hebben voornamelijk betrekking op het eigen lichaam; er komt in de gesprekken een grote angst voor de bevalling naar voren.

De cursus wordt gegeven voor groepen van ± 12 vrouwen; als de groep er geen bezwaar tegen heeft kunnen de echtgenoten de hele cursus mee volgen. Voor de laatste les worden de mannen speciaal uitgenodigd en wordt aandacht besteed aan de steun die de man tijdens de bevalling aan zijn vrouw kan geven. Zoveel mogelijk wordt getracht de vrouwen te stimuleren voor deze laatste les hun man mee te nemen. De cursus wordt 's avonds gegeven.

De vrouwen die de cursus volgen krijgen een folder mee, waarin oefeningen staan voor na de bevalling. Er bestaat geen cursus waarin deze oefeningen voor na de bevalling gegeven worden; alleen op medische indicatie wordt op het Pieter Pauw aan individuele patiënten les gegeven.

Geadviseerd wordt, dat de vrouwen de cursus in de 5<sup>e</sup> á 6<sup>e</sup> maand van hun zwangerschap beginnen, aangezien de cursus vooral gericht is op de laatste weken van de zwangerschap en de bevalling. De cursus kan dan nog ruim voor de bevalling verwacht wordt, afgesloten worden.

De meeste vrouwen die de cursus volgen zijn in verwachting van haar eerste kind. Behalve uit Wageningen volgen ook vrouwen uit Ede, Rhenen, Bennekom en de Betuwe de cursus. Per jaar worden er tien cursussen gegeven; om de vijf weken start een nieuwe.

De kosten voor de cursus bedragen f 75,--; deze zijn altijd voor rekening van de vrouw.

Er wordt geen propaganda voor de zwangerschapsgymnastiek gemaakt. In het algemeen worden de vrouwen door hun huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog geattendeerd op de cursus.

## 2.9. Moeders voor Moeders

Onder het motto "Moeders voor Moeders" organiseert de farmaceutische industrie Organon een campagne om vrouwen in de eerste weken van de zwangerschap er toe te bewegen haar urine af te staan. Uit de urine tot de 19<sup>e</sup> zwangerschapsweek kan het hormoon HCG gewonnen worden; hieruit wordt een hormoonpreparaat samengesteld dat als medicijn bij bepaalde vormen van onvruchtbaarheid van vrouwen gebruikt wordt, evenals bij onregelmatige menstruatie, ontwikkelingsstoornissen bij jongens en mannelijke onvruchtbaarheid.

Folders van "Moeders voor Moeders" liggen overal in de wachtkamers van artsen, vroedvrouw en gynaecologen.

De vrouw kan zich aanmelden vanaf twee weken overtijd. Zij moet dan een proef-flesje urine meenemen, dat getest wordt op voldoende aanwezigheid van HCG.

In feite is dit een gratis zwangerschapstest.

De urine wordt om de dag aan huis opgehaald.

De vrouwen die meedoen krijgen volgens het folder "enkele aardige attenties"; o.a. een boekje van Prof. Kloosterman met informatie over zwangerschap en bevalling.

## 2.10. De vereniging "Borstvoeding Natuurlijk"

De vereniging "Borstvoeding Natuurlijk" is een jonge vereniging, die zich ten doel stelt vrouwen meer zekerheid en motivatie te geven haar kind zelf te voeden en haar te helpen bij het voorkomen en oplossen van problemen die zich daarbij kunnen voordoen.

De vereniging geeft een aantal folders uit met zowel fysiologische als praktische informatie over borstvoeding. Deze folders worden o.a. verspreid via de wijkverpleging, bijvoorbeeld op de a.s. oudercursus. Met deze folders bereiken zij de grootste groep vrouwen.

Daarnaast organiseert de vereniging gespreksgroepen voor (a.s.) moeders, waarbinnen vooral aandacht wordt besteed aan gesprekken rondom het thema borstvoeding. De gespreksgroepen beslaan in het algemeen vier avonden. Onder andere via artikelen in de plaatselijke bladen wordt propaganda voor deze groepen gevoerd. Tot nu toe zijn pas in zes plaatsen in Nederland dergelijke gespreksgroepen gestart, aangezien er nog weinig getrainde leiding is. Eén van die plaatsen is Rhenen; behalve uit Rhenen zelf komen vrouwen uit de wijde omtrek naar daar gegeven gespreksgroepen. De bedoeling is, dat het aantal gespreksleidsters uitgebreid wordt, zodat op meer plaatsen dergelijke groepen kunnen starten. Alleen die vrouwen kunnen gespreksleidster worden, die zelf hun kind(eren) langere tijd hebben gevoed en dus op eigen ervaring kunnen steunen. De vereniging heeft een telefonische hulpdienst, waar vrouwen terecht kunnen met vragen of problemen met betrekking tot borstvoeding.

Voor haar leden is de vereniging bezig met het opzetten van een literatuursysteem, met boeken en artikelen over borstvoeding.

Belangrijke engelse literatuur wordt vertaald en er worden nieuwe brochures geschreven. Incidenteel worden lezingen gehouden o.a. voor mensen die werkzaam zijn of opgeleid worden voor functie in de gezondheidszorg.

De vereniging heeft op lokaal niveau wel contacten met o.a. huisartsen en wijkverpleegsters. Er vindt echter geen coördinatie plaats tussen hun gespreksgroepen en de door de wijkverpleging georganiseerde a.s. oudercursussen. Binnen de vereniging wordt nog geen discussie gevoerd over de plaats van de vereniging binnen de totale verloskundige zorg; de activiteiten van de vereniging zouden veeleer een aanvullende functie kunnen hebben t.o.v. de zorg van arts/vroedvrouw en de wijkverpleging.

## Hoofdstuk III: ONDERLINGE CONTACTEN BINNEN DE VERLOSKUNDIGE ZORG IN WAGENINGEN;

### 3.1. Inleiding

Onderling contact binnen de verloskundige zorg achten wij belangrijk om de volgende redenen:

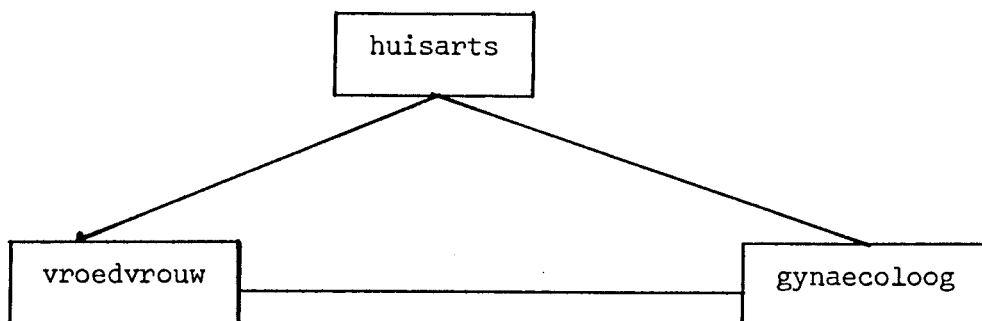
- 1) Overdracht van gegevens: vaak komt de vrouw gedurende haar zwangerschap en in de eerste periode na de bevalling in aanraking met veel verschillende mensen werkzaam binnen de verloskundige zorg. Het is zowel efficiënter bezien vanuit de zorg als prettiger voor de vrouw, wanneer niet steeds opnieuw dezelfde gegevens gevraagd worden. Deze overdracht van gegevens hoeft niet beperkt te zijn tot medische en administratieve gegevens, maar kan zo nodig ook gegevens over bijvoorbeeld de leefsituatie van de vrouw, eventuele problemen, e.d. betreffen, mits natuurlijk de vrouw daartegen geen bezwaar heeft.
- 2) Aansluiting in de tijd van de verschillende onderdelen van de zorg op elkaar; het vermijden van overlappingsen -bijvoorbeeld tussen de oudercursus en de zwangerschapsgymnastiek- of gaten -bijvoorbeeld tussen de kraamzorg en het contact met de wijkverpleging.
- 3) Afstemming van de verstrekte informatie: het is noodzakelijk dat men bekend is met de informatie die reeds eerder aan de vrouw verstrekt is, om lacunes of tegenstrijdige informatie te voorkomen.

In het onderstaande hebben wij getracht de bestaande contacten aan te geven; deze zijn momenteel nog vaak incidenteel en het is niet altijd duidelijk welke inhoud er aan een contact wordt gegeven. De beschrijving van de onderlinge contacten blijft daardoor noodzakelijk globaal. Het gaat ons er in dit hoofdstuk met name om bestaande leemtes op te zoeken, die mogelijk een bedreiging vormen voor één van de drie hierboven als redenen voor onderling contact genoemde punten.

### 3.2. Contacten tussen de verloskundigen

In schema I zijn de onderlinge contacten tussen de verloskundigen in beeld gebracht.

Schema I: Onderlinge contacten tussen de verloskundigen.



Tussen de verloskundigen bestaat er noodzakelijk contact in verband met de doorverwijzing bij een "medische indicatie". De vroedvrouw kan alleen via de huisarts naar de gynaecoloog doorverwijzen; in Wageningen is de situatie echter zo dat de vroedvrouw doorgaans hierover alleen telefoneert met de huisarts en verder zelf de -al dan niet tijdelijke- overdracht van de zorg naar de gynaecoloog afhandelt. Hierbij vindt een overdracht van de medische gegevens plaats, evenals bij de overdracht van de zorg van de huisarts naar de gynaecoloog. Deze overdracht kan plaats vinden tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling.

Eén keer per twee maanden worden op het Pieter Pauw Ziekenhuis koffie-middagen georganiseerd, waar de verloskundigen uit Wageningen informeel met elkaar in contact kunnen komen.

Recent zijn er door de afdeling verloskunde van het Pieter Pauw een aantal bijeenkomsten georganiseerd voor de Wageningse verloskundigen, om een aantal praktische zaken (zoals de invoering van de uniforme zwangerschapskaart, zie hfd. 4) te bespreken.

Voor zover ons bekend, wordt niet expliciet aandacht besteed aan het op elkaar afstemmen van de door de verschillende verloskundigen verstrekte informatie.

Over het algemeen achten de verloskundigen het intensifieren van de onderlinge contacten zinvol. Eén van de huisartsen deed de suggestie één of twee maal per jaar een samenspraak te houden waarbij met name de verloskundige probleemgevallen zouden kunnen worden besproken; hiermee achtte hij tevens een evaluatie van de kwaliteit van de verloskundige zorg mogelijk.

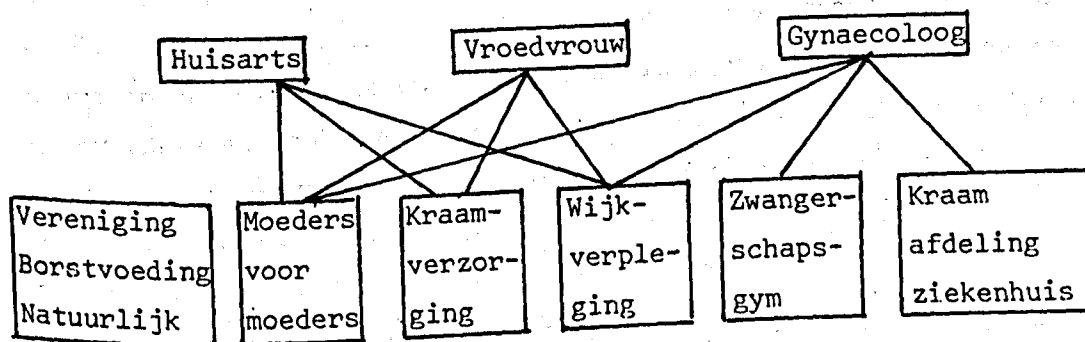
In het jaarverslag van de afdeling verloskunde van het Pieter Pauw wordt de bestaande samenwerking goed, doch iets te vrijblijvend genoemd.

Volgens datzelfde verslag zullen binnenkort voorstellen tot hechtere samenwerking worden geformuleerd. Ook bestaan er in de literatuur -o.a. van de kant van één van de Wageningse gynaecologen (De Planque, 1972)- voorstellen tot de integratie van de verloskundige zorgverlening door het oprichten van een "verloskundig centrum", een met het ziekenhuis verbonden, maar voor het publiek meer toegankelijke kliniek waarin huisartsen, vroedvrouwen en gynaecologen spreekuur houden. In hoeverre deze voorstellen ook voor de Wageningse situatie in beschouwing worden genomen is onduidelijk.

### 3.3. Contacten tussen de verloskundigen en de overige zorgverlening

In schema II zijn de contacten aangegeven die er tussen enerzijds de verloskundigen en anderzijds de overige organisaties die betrokken zijn bij de zorgverlening tijdens de periode van de zwangerschap of het kraambed.

Schema II: Contacten tussen de verloskundigen en de overige organisaties betrokken bij de verloskundige zorg.



## De wijkverpleging

Het contact tussen de wijkverpleging en de verloskundigen vindt voornamelijk plaats op de eerder genoemde koffiemiddagen op het Pieter Pauw.

Daarnaast is onlangs door de wijkverpleging een contactavond georganiseerd, met als doel met de huisartsen te praten over de raakvlakken van elkaars zorg. Het is de bedoeling dat dergelijke avonden voortgezet zullen worden, waarbij ook de verloskundige zorg ter sprake zal komen.

Tussen de vroedvrouw en de wijkverpleging wordt contact gehouden over de a.s. oudercursus, waarbinnen de vroedvrouw één avond verzorgd. Ook heeft de wijkverpleging contact met de gynaecoloog over de film over de bevalling die een paar maal per jaar op het Pieter Pauw gedraaid wordt.

Ondanks deze contacten tussen wijkverpleging en de verloskundigen, blijkt het dat de huisartsen en gynaecologen niet op de hoogte zijn van de inhoud van de oudercursus en de startdata daarvan. De vroedvrouw hoort soms informeel wanneer er een oudercursus start en zij krijgt in ieder geval vlak tevoren bericht van de cursus, aangezien zij zelf één avond hierbinnen verzorgt.

De huisartsen en gynaecologen blijken er van uit te gaan dat bepaalde informatie (bv. over de uitzet) door de wijkverpleging wordt verzorgd. Er is echter geen contact met de wijkverpleging m.b.t. het op elkaar afstemmen van informatie. Bovendien bereikt de wijkverpleging niet alle zwangere vrouwen: zij waren tot voor kort alleen op de hoogte van de zwangerschap van de vrouwen die zich op hebben gegeven voor thuiskraamzorg. Zij waren niet op de hoogte van de zwangerschap van de vrouwen die door de gynaecoloog begeleid worden. De wijkverpleging heeft het ziekenhuis gevraagd de vrouwen die door de gynaecoloog begeleid worden een formulier te geven, waarmee zij zich op kunnen geven bij de wijkverpleging. De gynaecologen blijken niet bekend te zijn met het bestaan van deze formulieren. Onlangs is men op het Pieter Pauw begonnen periodiek de namen van de vrouwen die door de gynaecoloog worden begeleid door te geven aan de wijkverpleging.

Het Streek Ziekenhuis heeft geen contact met de wijkverpleging over de zwangere vrouwen die daar door de gynaecologen begeleid worden.

Ook zou het van belang zijn dat de wijkverpleging op de hoogte wordt gesteld van complicaties die zich tijdens de zwangerschap voor doen, bijv. opname in het ziekenhuis, vroeggeboorte of doodgeboorte.

Door de beide ziekenhuizen worden wel altijd na de bevalling de geboortes aan de wijkverpleging doorgegeven, zodat zij in ieder geval tijdig op de hoogte



zijn van de thuiskomst van de vrouwen die een klinisch kraambed hebben doorgebracht.

### De zwangerschapsgymnastiek

Alle verloskundigen zijn op de hoogte van het bestaan van de zwangerschapsgymnastiek en vrijwel altijd attenderen zij de zwangere vrouwen die zij begeleiden op de cursus. In hoeverre de verloskundigen op de hoogte zijn van de inhoud en doelstelling van de cursus is onduidelijk. De verloskundigen worden niet op de hoogte gesteld van de startdata van de cursus; aangezien elke vijf weken een nieuwe cursus van start gaat, is dit weinig bezwaarlijk, mits de vrouw tijdig op de hoogte gesteld is van het bestaan van de cursus.

De leidster van de zwangerschapsgymnastiek wordt wel op de hoogte gesteld van de datum waarop de film over de bevalling op het Pieter Pauw gedraaid wordt, zodat zij de vrouwen die de cursus volgen hierop kan attenderen.

In het Jaarverslag van de afdeling Verloskunde van het Pieter Pauw Ziekenhuis, wordt het voornemen geuit in 1979 meer contact te onderhouden met de leiding van de zwangerschapsgymnastiek.

### De kraamverzorging

De leidsters van het kraamcentrum onderhouden op regionaal niveau contact met huisartsen en vroedvrouwen; hierbij gaat het vooral om organisatorische zaken. De verloskundigen zijn er van op de hoogte dat tijdige aanmelding voor kraamhulp noodzakelijk is, en attenderen de vrouwen hier vrijwel altijd op. Niet alle verloskundigen zijn even goed bekend met de organisatorische problemen waarmee het kraamcentrum kampt, wat zich kan uiten in een verwijt van laksheid aan het kraamcentrum of aan de kraamverzorgsters wanneer als gevolg van die problemen het bijvoorbeeld niet mogelijk is, een kraamverzorgster bij de bevalling aanwezig te doen zijn.

### De kraamafdeling van het Ziekenhuis

De huisartsen en de vroedvrouw hebben geen officieel contact met de kraamafdelingen van de ziekenhuizen. Wel komen ze zo nu en dan bij één van hun patiënten die onverhoopt toch in het ziekenhuis moet blijven, op bezoek. De gynaecologen

verzorgen de nacontroles van de patiënten op de kraamafdeling. Zij laten de informatieverstrekking vrijwel volledig over aan het verplegend personeel. Informatie over de vrouw die de gynaecoloog tijdens de zwangerschap heeft gekregen (bv. of de vrouw borstvoeding wilt geven), wordt niet doorgegeven aan de kraamafdeling.

De hoofdzuster van de kraamafdeling van het Pieter Pauw verzorgt samen met de gynaecoloog een deel van de prenatale zorg. Zij onderhoudt in het kader daarvan de contacten met de vroedvrouw en de wijkverpleegsters en helpt bij de organisatie van de filmavond. Bovendien houdt zij zich bezig met de zorg voor de vrouwen die tijdens hun zwangerschap moeten worden opgenomen.

#### De vereniging "Borstvoeding Natuurlijk"

De vereniging "Borstvoeding Natuurlijk" is nog tamelijk onbekend bij de wageningse verloskundige zorg. Er bestaan geen contacten tussen deze vereniging en de wageningse verloskundigen.

#### "Moeders voor Moeders"

In de wachtkamer van alle verloskundigen liggen folders of hangen affiches van de organisatie "Moeders voor Moeders". In hoeverre de verloskundigen de vrouwen hierop wijzen, is niet bekend.

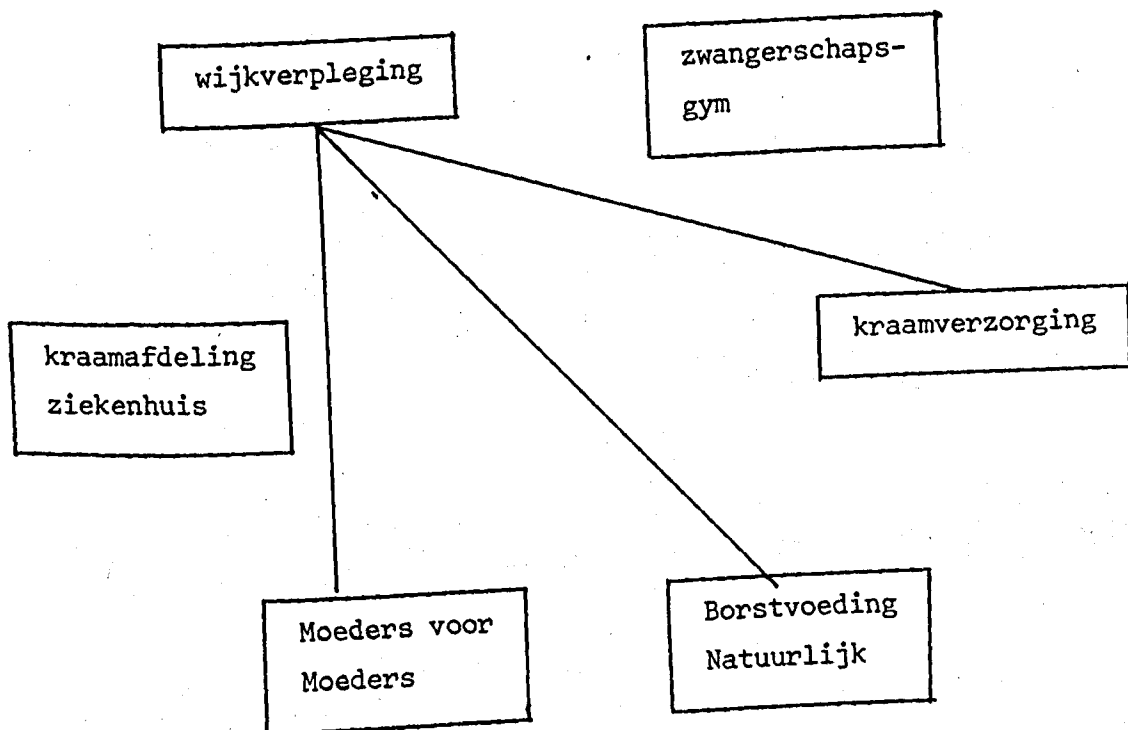
De indruk bestaat dat door de verloskundigen geen hoge prioriteit wordt gegeven aan het intensiveren van de contacten met de overige organisaties betrokken bij de verloskundige zorg.

Naast het initiatief van het Pieter Pauw om koffiemiddagen te organiseren voor alle betrokkenen, zijn er geen concrete stappen ondernomen om dit contact te institutionaliseren. In het eerder genoemde voorstel tot oprichting van een verloskundig centrum, wordt wel aandacht besteed aan de integratie van alle betrokken organisaties; bijvoorbeeld de zwangerschapsgym en de oudercursus zouden op het centrum gegeven moeten worden.

#### 3.4. Contacten tussen de overige organisaties onderling

In schema III zijn de onderlinge contacten tussen de overige organisaties betrokken bij de verloskundige zorg weergegeven.

Schema III: Contacten tussen de overige organisaties onderling



Deze contacten ontbreken merendeels geheel of zijn zeer beperkt. De wijkverpleging heeft geen direct contact met de Vereniging Borstvoeding Natuurlijk; wel worden de brochures die deze vereniging uitgeeft verspreid op de a.s. oudercursus. Op de wijkgebouwen liggen ook de folders van "Moeders voor Moeders". De wijkverpleging wordt door het kraamcentrum op de hoogte gesteld van de namen en adressen van zwangere vrouwen die zich op hebben gegeven voor kraamhulp; verder wordt zorg gedragen voor de aansluiting van de zorg van de kraamverzorgster en de wijkverpleging.

## Hoofdstuk IV: MENINGEN TEN AANZIEN VAN ONTWIKKELINGEN IN DE VERLOSKUNDIGE ZORG

### 4.1. Inleiding

Binnen de verloskundige zorg staan, zowel in landelijke commissies als binnen regionale en lokale werkverbanden, een aantal punten ter discussie. Twee hoofdpunten in deze discussie zijn:

1. De plaats van de bevalling en het kraambed: in hoeverre is het noodzakelijk of gewenst dat alle (eerste) bevallingen in het Ziekenhuis plaats vinden. En in hoeverre is een scheiding van de plaats van de bevalling en het kraambed mogelijk en wenselijk.
2. Samenwerking binnen de verloskundige zorg: hoe ver moet deze samenwerking gaan en welke maatregelen zijn geschikt om dit doel te dienen. De voorgestelde maatregelen lopen uiteen van een geïnstitutionaliseerde samenwerking door het kreeëren van verloskundige centra, tot de invoering van de zogenaamde "uniforme zwangerschapskaart".

De Centrale Raad van de Volksgezondheid heeft hierover de standpunten verzameld van alle betrokken organisaties en samengebundeld in een rapport. (Centrale Raad van de Volksgezondheid, 1978).

Daar de discussie omtrent deze punten nog volop in gang is, wordt de huidige situatie gekenmerkt door het ontbreken van regels of vaste beleidslijnen. In die situatie is de mening van de betrokken verloskundigen van doorslaggevend belang. Vandaar dat wij de wageningse verloskundigen naar hun mening met betrekking tot deze punten hebben gevraagd.

### 4.2. De plaats van de bevalling en het kraambed

#### 4.2.1. Bevalling thuis of in het ziekenhuis

De discussie omtrent de plaats van de bevalling spitst zich met name toe op de vraag of een eerste bevalling noodzakelijk in het ziekenhuis zal moeten plaats vinden.

De vroedvrouw is van mening, dat zoveel mogelijk gestimuleerd moet worden dat -wanneer met redelijke zekerheid een normale bevalling kan worden voorspeld- de bevalling thuis zal plaatsvinden. Zij acht bevallen een normaal gebeuren dat

alleen in afwijkende gevallen in het ziekenhuis hoort te gebeuren. Bovendien kan de vader thuis veel meer bij de bevalling betrokken worden en kunnen vader, moeder en kind direct na de bevalling rustig bij elkaar zijn. Een nadeel van het ziekenhuis is volgens haar het grotere infectiegevaar. Anderzijds wordt als nadeel van thuis bevallen wel genoemd, dat -zeker bij een eerste bevalling- de kans op complicaties groot is. Naar schatting van de vroedvrouw treden er bij ongeveer 20 á 30% van de eerste bevallingen complicaties op. Zij is van mening dat in zo'n geval snel genoeg vervoer naar het ziekenhuis mogelijk is, en dat het voor de vrouw een minder vervelende ervaring is tijdens de bevalling naar het ziekenhuis te moeten worden vervoerd, dan op de verloskamer te moeten wachten op de gynaecoloog wiens hulp moet worden ingeroepen bij het optreden van complicaties. In beide gevallen gaat er ongeveer evenveel tijd overheen.

De huisartsen met wie wij gesproken hebben, begeleiden beiden bij voorkeur een bevalling in het ziekenhuis. Hoewel zij allebei de kans op complicaties bij een eerste bevalling hoger achten, delen zij niet de mening dat een eerste bevalling noodzakelijk in het ziekenhuis zal moeten plaatsvinden. De ene huisarts acht dit wel noodzakelijk; de kans dat thuis te lang gewacht wordt om als er problemen optreden een "medische indicatie" toe te kennen, acht hij reeël aanwezig, met alle mogelijke gevolgen voor moeder en kind. De andere huisarts is van mening dat, wanneer de vrouw dit uitdrukkelijk wenst, een eerste bevalling thuis ook mogelijk moet zijn, zeker gezien het feit dat -mocht het nodig zijn- de vrouw binnen 20 minuten in het ziekenhuis kan zijn. Beiden zijn zij van mening dat het voor de vrouw een vervelende ervaring is, tijdens de bevalling vervoerd te moeten worden.

De gynaecoloog van het Pieter Pauw\* vindt het een te groot risico om een eerste bevalling thuis te laten plaatsvinden, aangezien naar zijn zeggen 35% van degenen die hun eerste kind krijgen en van plan zijn thuis te bevallen, toch naar het ziekenhuis moet komen.

\* We hebben slechts aan één van de twee gynaecologen de mening omtrent de genoemde punten gevraagd.

#### 4.2.2. Scheiding van de plaats van de bevalling en het kraambed

In Wageningen is de scheiding van de plaats van de bevalling en het kraambed gerealiseerd doordat hier een poliklinische bevalling mogelijk is. Bij de discussie omtrent de plaats van de bevalling bij een eerste bevalling wordt doorgaans voornamelijk gedacht aan deze mogelijkheid van poliklinische bevalling. Alleen de gynaecoloog voelde ook wel iets voor het idee na een eerste bevalling ook de mogelijkheid te bieden het kraambed in het ziekenhuis door te brengen.

In mindere mate is hier de scheiding van de plaats van bevalling en kraambed doorgevoerd wanneer de bevalling klinisch heeft plaats gevonden, d.w.z. op medische indicatie onder leiding van de gynaecoloog. In het Streekziekenhuis bestaat sinds een paar jaar de mogelijkheid dat de vrouw na een klinische bevalling die goed verlopen is, het kraambed thuis door kan brengen; op het Pieter Pauw is dit sinds een jaar ook mogelijk. Een voorwaarde is wel, dat officiële thuiskraamzorg aanwezig is en de huisarts of vroedvrouw de nacontrole kan verzorgen. In de praktijk zijn de mogelijkheden hiervoor echter nog beperkt.

De meeste vrouwen die een primaire medische indicatie hebben, hebben zich niet opgegeven voor thuiskraamzorg. Ook blijkt, dat veel vrouwen die een secundaire medische indicatie krijgen al voor de bevalling de aangevraagde kraamzorg afzeggen. Hierdoor is de mogelijkheid het kraambed thuis door te brengen uitgesloten.

De gynaecologen raden de vrouwen die een primaire medische indicatie hebben doorgaans niet uit zich zelf aan zich voor kraamzorg aan te melden. Voor het kraamcentrum zou dit mogelijk nog grotere organisatorische problemen met zich mee brengen, aangezien tevoren erg moeilijk in te schatten is hoeveel van deze vrouwen werkelijk in staat zullen zijn het kraambed thuis door te brengen.

Vrijwel alle personen betrokken bij de verloskundige zorg zijn voorstanders van deze mogelijkheid het kraambed na een klinische bevalling thuis door te brengen. Zij laten het initiatief hiertoe over aan de vrouw; doorgaans wijzen ze de vrouw alleen als zij er naar vraagt op het bestaan van deze mogelijkheid.

#### 4.3. Samenwerking binnen de verloskundige zorg

Er zijn verschillende mogelijkheden om samenwerking binnen de verloskundige zorg te realiseren. De hier besproken mogelijkheden betreffen verschillende aspecten van samenwerking en zijn dus geen alternatieven bedoeld om één keuze uit te maken.

##### 4.3.1. De uniforme zwangerschapskaart

In het advies van de Centrale Raad van de Volksgezondheid wordt de invoering van een "zwangerschapskaart" bepleit, waarbij van een vast behandelingsplan wordt uitgegaan en waarop alle van belang zijnde achtergrondgegevens en de gegevens die tijdens de controle naar voren komen, worden opgetekend.

Deze kaart wordt van belang geacht voor een minimaal noodzakelijke samenwerking tussen vroedvrouw, huisarts en specialist, en zou tevens van nut kunnen zijn in verband met het verzamelen van informatie op grond waarvan een beleid op verloskundig terrein zou kunnen worden gebaseerd.

In het Pieter Pauw Ziekenhuis is deze kaart sinds februari in gebruik. In het Streek Ziekenhuis zijn de kaarten nog niet ingevoerd, maar men zal hier toe wel overgaan. De gynaecologen zijn voorstanders van de invoering van de uniforme zwangerschapskaart, mits deze ook voor alle betrokkenen zal worden gebruikt. Overleg hierover met de huisartsen is gaande.

Eén van de huisartsen zag in de invoering van de uniforme zwangerschapskaart slechts overbodige administratie en vreesde bovendien dat deze in de plaats zou komen van persoonlijk overleg tussen al diegene die bij de verloskundige zorg betrokken zijn. De andere huisarts was wel te vinden voor het idee, mits de kaart volledig zal worden ingevuld.

De vroedvrouw is door de inspectie Moederschapzorg verplicht de kaart te gebruiken. Tot nu toe moest zij een zogenaamde "dagboekkaart" invullen, een zelfde soort kaart die echter alleen door vroedvrouwen werd gebruikt. Deze kaarten worden eerst opgemaakt waarna de vroedvrouw de uniforme zwangerschapskaart zullen gaan gebruiken.

#### 4.3.2. Eénmalige contrôle van de zwangere vrouw door de gynaecoloog

De gynaecologen betoonden zich voorstander van het als regel invoeren van een eenmalige contrôle van de zwangere vrouw door de gynaecoloog, omdat daardoor een betere selectie van risicobevingen zou kunnen plaats vinden.

De huisartsen en de vroedvrouw vinden een dergelijke regel overbodig; in twijfelgevallen wordt ook nu reeds de gynaecoloog éénmalig geraadpleegd.

Het ziekenfonds is voorstander van een éénmalige contrôle door de gynaecoloog. Bij veel ziekenhuizen hebben zij een dergelijke contrôle als voorwaarde gesteld bij de poliklinische bevallingen; in het Pieter Pauw en in het Streek Ziekenhuis geldt deze regel echter niet.

#### 4.3.3. Verloskundige centra

De gynaecologen van het Streek Ziekenhuis hebben pogingen ondernomen te komen tot het opzetten van een aan het ziekenhuis verbonden verloskundig centrum, waar de normale bevallingen zouden kunnen plaatsvinden en ook zonder medische noodzakelijkheid van ziekenhuisopname, de kraamperiode kon worden doorgebracht. De ziekenhuisdirectie was hiervan geen voorstander.

Door de mogelijkheid van een poliklinische bevalling wordt de noodzaak van een dergelijk verloskundig centrum ook niet zo groot meer geacht.

De gynaecologen van het Pieter Pauw betonen zich in het Jaarverslag van de afdeling Verloskunde over 1978 voorstander van het tot stand komen van verloskundige samenwerkingsverbanden. Eerder hebben zij zich reeds ingezet voor één aspect van het verloskundig centrum: in 1978 heeft ongeveer 6 maanden de mogelijkheid bestaan het kraambed zonder medische noodzaak in het ziekenhuis door te brengen tegen gereduceerd tarief. Aangezien men ervan uitging, dat een gezonde kraamvrouw minder verzorging nodig heeft dan een klinische patiënte, werd hiervoor slechts de helft van het tarief gerekend. Het ziekenfonds betaalt bij vrijwillige ziekenhuisopname in de kraamperiode een zelfde bedrag uit als bij interne thuiskraamzorg, zodat de kosten voor de vrouw gering bleven. Gedacht werd hiermee in de behoefte te voorzien, m.n. van vrouwen die thuis onvoldoende rust kunnen krijgen, bijvoorbeeld wanneer men een eigen zaak aan huis heeft, of wier man veel weg is.

Ongeveer 36 vrouwen hebben van dit zogenaamde "hotelplan" gebruik gemaakt.



Reden die genoemd zijn voor het mislukken van dit experiment zijn:

- Tegenwerking vanuit het ziekenfonds, dat van mening was dat nu het mogelijk bleek -dat vrouwen tegen gereduceerd tarief het kraambed in het ziekenhuis konden doorbrengen- niet langer bereid was bij een klinisch kraambed het volledige tarief te betalen.
- Het kraamcentrum zou tegenstander van dit plan zijn geweest, aangezien daarmee een deel van haar werk door het ziekenhuis werd overgenomen.
- De belangstelling van de vrouwen zou niet groot zijn geweest. Doordat van verschillende kanten andere redenen voor het mislukken van het experiment werden aangevoerd, is het niet goed mogelijk te achterhalen welke van deze redenen en in welke mate een rol hebben gespeeld.

De meeste personen betrokken bij de verloskundige zorg in Wageningen toonden zich niet erg enthousiast voor het "hotelplan", hetzij vanuit de overweging dat de behoefte hieraan bij de vrouwen klein zou zijn, hetzij vanuit de filosofie dat juist de extra-murale gezondheidszorg zou moeten worden bevorderd.

## Hoofdstuk V: VERGOEDING DOOR ZIEKENFONDS EN PARTICULIERE VERZEKERINGEN

### 5.1. Het ziekenfonds

Wageningen valt onder het ziekenfonds Rijnstreek, het ziekenfonds voor de regio Gelderland, behalve de Veluwe, met omstreeks 400.000 verzekerden. Naast Rijnstreek opereert in dit gebied het R.K. ziekenfonds Luduina; haar beleid is voor het algemeen afgestemd op het beleid van het ziekenfonds Rijnstreek. Dit beleid op haar beurt wordt in de ziekenfondswet bepaald. Het ziekenfonds Rijnstreek probeert deze zo ruim mogelijk, naar de geest van de wet te interpreteren.

Het ziekenfonds heeft een vastgestelde verzekeringspakket, de hoofdverzekering en een aanvullende verzekering. De premie van deze aanvullende verzekering is f 1,25 per maand. Nagenoeg alle verzekerden (98 á 99%) hebben tevens een aanvullende verzekering afgesloten. Eén van de verstrekkingen die bij het ziekenfonds Rijnstreek in het aanvullend pakket is opgenomen, is de poliklinische bevalling. Daarmee is het ziekenfonds Rijnstreek een van de weinige ziekenfondsen die de kosten van een poliklinische bevalling vergoedt.

Het recht op de verstrekkingen uit het aanvullend pakket gaat 6 maanden na afsluiting van de verzekering in.

Het in het hier navolgende beschreven verstrekkingen pakket van het ziekenfonds staat -samen met de verstrekkingen van de particuliere verzekeringen- samen-gevat in Tabel I aan het eind van dit hoofdstuk.

#### 5.1.1. Verplicht in het ziekenfonds verzekerden

Het ziekenfonds vergoedt voor verplicht verzekerden bij de normale bevalling alleen de kosten van de vroedvrouw. Als er geen vroedvrouw in de woonplaats aanwezig is, wordt ook de huisarts vergoed; in Wageningen is een vroedvrouw gevestigd. Een wagingse vrouw die verplicht verzekerd is, en toch haar zwangerschap door haar huisarts wilt laten begeleiden, zal de kosten daarvan zelf moeten betalen.

Wel is het mogelijk dat de huisarts het, vanwege verwachte complicaties, nodig acht de vrouw zélf onder contróle te houden. De huisarts krijgt dan van het ziekenfonds een extra vergoeding boven zijn abonnementsgeld. Hij zal hiervoor verantwoording moeten afleggen aan het ziekenfonds, op grond van medische argumenten; in uitzonderingsgevallen kunnen ook sociale redenen een rol spelen, bv.

een slechte relatie tussen de zwangere vrouw en de vroedvrouw.

#### 5.1.2. Vrijwillig in het ziekenfonds verzekerden

Het ziekenfonds vergoedt voor vrijwillig verzekerden voor zowel de huisarts als de vroedvrouw een zelfde bedrag (f425,--). Als het tarief hoger ligt dan dit bedrag, moet de vrouw de rest zelf bijpassen.

#### 5.1.3. Poliklinische bevalling

Het ziekenfonds spreekt over een "poliklinische bevalling op sociale indicatie". Deze wordt volledig door het ziekenfonds vergoed als de vrouw tenminste 6 maanden voor de bevalling een aanvullende verzekering heeft afgesloten. Het ziekenfonds wijst de vrouwen die nog niet aanvullend verzekerd zijn tijdig op deze mogelijkheid.

Als de vrouw geen aanvullende verzekering heeft, of deze te laat heeft afgesloten, komen alle kosten van een poliklinische bevalling voor haar eigen rekening. Deze kosten (huur verloskamer, verblijf in het ziekenhuis, eventueel benodigde medicijnen e.d.) bedragen f 320,--. Het vervoer naar het ziekenhuis wordt niet vergoed, aangezien de vrouw bij een normale bevalling in staat wordt geacht met eigen vervoer naar het ziekenhuis te worden gebracht; veelal is voor het vervoer naar het ziekenhuis een regeling met de vroedvrouw getroffen. Na de bevalling wordt vervoer per ambulance medisch noodzakelijk geacht, zodat dit uit de hoofdverzekering wordt vergoed.

Het ziekenfonds Rijnstreek heeft met alle ziekenhuizen in de regio de afspraak gemaakt, dat huisartsen en verloskundigen toegelaten worden op de verloskundige afdeling van het ziekenhuis.

#### 5.1.4. Specialistische hulp

Het ziekenfonds heeft als regel gesteld dat bij een poliklinische bevalling de vrouw één keer vlak voor de bevalling een consult bij de gynaecoloog aflegt. In hoeverre deze regel dwingend is, is onduidelijk; voor zover ons bekend wordt hij in Wageningen niet toegepast.

Wanneer het eerder noodzakelijk wordt geacht dat de gynaecoloog in consult wordt geroepen, is er sprake van een -al dan niet tijdelijke- "medische indicatie".

De vroedvrouw kan niet direct naar de gynaecoloog doorverwijzen, maar moet hier voor altijd eerst instemming van de huisarts hebben. De huisarts behoeft geen verantwoording aan het ziekenfonds af te leggen bij doorverwijzing naar de gynaecoloog; alleen wanneer de gynaecoloog verrichtingen doet, is verantwoordelijk (zo mogelijk vooraf) noodzakelijk. Bij een "medische indicatie" behoeft de vrouw niet te betalen voor de begeleiding van de gynaecoloog.

De oorspronkelijke begeleider krijgt bij een primaire "medische indicatie" volledig voor de zwangerschapsbegeleiding uitbetaald. Bij een secundaire "medische indicatie" krijgt de oorspronkelijke begeleider het volledige tarief voor zwangerschapsbegeleiding, bevalling en nazorg. Dus wanneer een vrouw die een "medische indicatie" heeft gekregen, afwisselend bij de oorspronkelijke begeleider en bij de gynaecoloog voor controle komt, brengt dit geen extra kosten voor haar met zich mee.

Het ziekenfonds stimuleert, dat na de bevalling het kind door een kinderarts wordt onderzocht. Als de bevalling thuis heeft plaatsgevonden, wordt alleen op indicatie het kind naar het ziekenhuis verwezen voor een consultatie van de kinderarts.

#### 5.1.5. Het kraambed in het ziekenhuis

Wanneer het medisch noodzakelijk is dat het kraambed in het ziekenhuis wordt doorgebracht, vergoedt het ziekenfonds alle onkosten van het kraambed, ongeacht hoe lang het verblijf in het ziekenhuis noodzakelijk is. Ook als het na een (poli)-klinische bevalling op medische gronden wenselijk wordt gevonden vrouw of kind enige tijd in observatie te houden, wordt het verblijf in het ziekenhuis vergoed.

Een sociale indicatie voor het kraambed in het ziekenhuis kent de ziekenfonds wet niet. Wanneer zonder medische indicatie het kraambed in het ziekenhuis wordt doorgebracht vergoedt het ziekenfonds een zelfde bedrag als bij thuiskraamzorg (f 181,-- per dag); het ziekenhuis is meestal echter veel duurder en de kosten voor de vrouw blijven aanzienlijk. Wanneer het om sociale redenen wenselijk zou zijn, dat de vrouw het kraambed in het ziekenhuis doorbrengt, wordt zij verwezen naar de bijstand. Op eigen initiatief bemiddelt het ziekenfonds Rijnstreek in zulke gevallen. Het ziekenfonds verzekert voor 3<sup>e</sup> klasse in het ziekenhuis. De verzekerde kan zich voor eerste of tweede klasse herverzekeren bij een particuliere verzekeringsmaatschappij.

### 5.1.6. Het kraambed thuis

Volgens de ziekenfonds wet moet uiterlijk voor de vijfde maand kraamzorg aangevraagd worden. Wanneer tijdig kraamzorg is aangevraagd, maar het kraamcentrum is niet in staat aan die vraag tegemoet te komen, dan krijgt de vrouw van het kraamcentrum een verklaring. Als zij zelf een gediplomeerde particuliere kraamverzorgster kan vinden, kan zij met behulp van de verklaring van het kraamcentrum hiervoor van het ziekenfonds *f* 64,60 per dag over maximaal tien dagen, betaald krijgen, ongeacht hoeveel zij voor de kraamverzorgster heeft moeten betalen. Voor interne kraamzorg vanuit het kraamcentrum vergoedt het ziekenfonds *f* 181,-- per dag; de vrouw moet *f* 30,-- per dag aan eigen bijdrage betalen. Voor wijkkraamzorg wordt door het ziekenfonds *f* 62,80 per dag vergoed en is de eigen bijdrage van de vrouw *f* 17,20 per dag. Normaliter geldt dit voor maximaal tien dagen.

Als de huisarts of vroedvrouw die voor de nazorg verantwoordelijk is, het noodzakelijk acht, kan verlenging van de kraamverzorging met maximaal vijf dagen toegestaan worden, voor rekening van het aanvullingsfonds; hiervoor wordt eveneens een vergoeding gegeven van *f* 181,-- per dag, en een eigen bijdrage van *f* 30,-- per dag.

In het tarief voor huisarts en vroedvrouw zit de nazorg inbegrepen.

Het is mogelijk, dat een vrouw die gedurende haar zwangerschap en tijdens de bevalling door de gynaecoloog is begeleid, na de bevalling voor het kraambed naar huis toe gaat. Meestal verzorgt dan de huisarts de nacontrôles; hiervoor hoeft de verzekerde niet te betalen.

### 5.1.7. Gezinshulp

Gezinshulp wordt niet door het ziekenfonds vergoed, ook niet wanneer de vrouw om medische redenen gedurende zwangerschap rust moet houden, of na de bevalling om medische redenen enige tijd in het ziekenhuis moet blijven. Wel kan voor gezinshulp, afhankelijk van de draagkracht van het gezin, subsidie worden verkregen van de overheid.

### 5.2. De particuliere verzekeringen

De meeste particuliere verzekeringen en de ambtenarenverzekering zijn aangesloten bij de Contactcommissie Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars

(de KLOZ) en hun verstrekkingenpakket is afgestemd op de richtlijnen van de KLOZ. Deze baseert zich op haar beurt op de richtlijnen van het Ziekenfonds, maar rekent voor haar verzekerden een hogere eigen bijdrage. Niet aangesloten bij de KLOZ zijn de bedrijfsfondsen van verschillende grote bedrijven en de studentenverzekeringen. Aangezien in Wageningen veel studenten woonachtig zijn, zijn ook de verstrekkingen van twee belangrijke studentenverzekeringen -UNIAC en SSGZ- in beschouwing genomen. Deze komen vrijwel overeen met de verstrekkingen van de bij de KLOZ aangesloten verzekeringen, met kleine verschillen in eigen bijdragen en maximale vergoedingen.

De belangrijkste verschillen tussen de particuliere verzekeringen en het Ziekenfonds zijn:

- De particuliere verzekeringen vergoeden ook wanneer dit niet medisch noodzakelijk is, de begeleiding door de gynaecoloog.
- De particuliere verzekeringen rekenen ook wanneer er een medische indicatie voor een klinisch kraambed is een eigen bijdrage van de verzekerden. Er zijn plannen binnen het Ziekenfonds om ook deze eigen bijdrage in te gaan voeren.

De verstrekkingen van de particuliere verzekeringen zijn, samen met die van het Ziekenfonds, samengevat in tabel I. De bedragen voor eigen bijdragen en maximale vergoedingen die in de tabel bij de particuliere verzekeringen staan aangegeven zijn de bedragen die gelden voor de KLOZ-verzekeringen.

Alleen wanneer de studentenverzekeringen hiervan sterk afwijken, staat dit vermeld bij de kolom "uitzondering".

Tabel I Verstrekkingen van Ziekenfonds en Particuliere Verzekeringen.

Verzekering Ver- strekking	ZIEKENFONDS				PARTICULIERE VERZEKERINGEN				
	ver- goe- ding	max. bedrag (f)	eigen bijdrage (f)	max. duur (d <sup>n</sup> )	ver- goe- ding	max. bedrag (f)	eigen bijdrage (f)	max. duur (d <sup>n</sup> )	uit- zonde- ring
<u>Geen medische indikatie</u>									
Medische bege- leiding door:					+	610			
-huisarts	- <sup>κ</sup>				+	610			
-vroedvrouw	+				+	610			
-gynaecoloog	-								
Poliklinische bevalling					+				
huur verloskamer	+ <sup>⊠</sup>				+	250p.d.	50p.d.		
verblijf	+ <sup>⊠</sup>				?				
vervoer: heen	-				?				
terug	+ <sup>⊠</sup>								
Kraambed thuis:-intern	+		30p.d.	10	+		50p.d.	10	
-wijk	+		17,20p.d.	10	+		30p.d.	10	eigen bijdrage f 20,--
-particu- lier <sup>⊘</sup>	+ <sup>⊠</sup>	64,40p.d.		10	+	75p.d.		10	
Ziekenhuis	+	181p.d.		10	+	250p.d.	50p.d.	10	
<u>Medische indikatie</u>									
Medische begeleiding gynaecoloog	+				+				
Bevalling huur verlos- kamer	+				+				
Vervoer: heen	+				+				
terug	+				+				
Kraambed ziekenhuis	+				+		50p.d.	10	UNIAC geen max. duur; geen eigen bijdrage

<sup>κ</sup> Bij vrijwillige verzekerde wel vergoeding huisarts tot maximaal f 425,--  
<sup>⊠</sup> Alleen bij aanvullende verzekering  
<sup>⊘</sup> Alleen wanneer kraamcentrum geen hulp meer kon verlenen.

## Hoofdstuk VI: SLOTBESCHOUWING

### 6.1. Inleiding

In het voorafgaande hebben wij een beschrijving gegeven van de verloskundige zorg in Wageningen en de diensten die vanuit de zorg aan de wageningse vrouwen aangeboden worden. Voor de vrouw is er echter niet onbeperkt sprake van een vrije keuzemogelijkheid uit alle aangeboden diensten. In hoofdstuk V zijn al de kostenfactoren besproken die de keuze van de zwangerschapsbegeleiding en de plaats van het kraambed beperken. In dit hoofdstuk willen we nagaan of vanuit de verloskundige zorg nog meer factoren kunnen bijdragen aan een beperking van de keuzevrijheid van de vrouw. We zullen hierbij kijken naar de rol van medische factoren, waarbij we ook in zullen gaan op de vraag in hoeverre het wenselijk is de medische factoren in alle gevallen te laten prevaleren. Ook zullen we kijken in hoeverre de informatieverstrekking een rol kan spelen in de keuzemogelijkheid van de vrouw.

Deze factoren zijn niet gebonden aan een specifieke lokale situatie maar spelen een rol binnen de verloskundige zorg in het algemeen, waarbij het per plaats zal verschillen hoe deze factoren doorwerken. Daarom richten we ons in dit hoofdstuk niet op de wageningse situatie, maar beschouwen we deze factoren op een algemeen niveau. Deze beschouwing kan als achtergrond dienen op grond waarvan de informatie beoordeeld kan worden die in dit deel gegeven is over de verloskundige zorg in Wageningen en de informatie die in het volgende deel gegeven zal worden over de ervaringen van wageningse vrouwen met de verloskundige zorgverlening.

### 6.2. Medische factoren

Prof. Kloosterman noemt in het Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie als doel van een goede verloskundige organisatie: "...iedere vrouw te laten bevallen onder omstandigheden die voor haar en haar kind een maximale zekerheid bieden dat de bevalling en de geboorte onder optimale omstandigheden plaatsvinden. Bij een dergelijke organisatie horen de belangen en de wensen van de aanstaande moeders centraal te staan." (Kloosterman e.a. 1975, pg. 738)

Het probleem is daarbij echter, wie bepaalt wat de optimale omstandigheden voor bevalling en geboorte zijn. Prof. Kloosterman zegt weliswaar dat hierbij de



belangen en wensen van de vrouw centraal dienen te staan, maar doorgaans is het de arts die hierover oordeelt.

Wanneer medische factoren dit noodzaken, wordt de vrouw geen keuze gelaten voor wie haar zwangerschap zal begeleiden en voor de plaats van de bevalling, thuis of in het ziekenhuis. Dit geldt ook voor wat betreft ingrepen tijdens de bevalling en maatregelen zoals scheren en inknippen: de arts beslist of dit noodzakelijk is zonder de vrouw hierover te raadplegen.

Deze medische noodzakelijkheid is echter niet altijd een objectief vast te stellen gegeven. Wanneer een "medische indicatie" gegeven wordt, berust op een afweging van verschillende factoren, wat door de verschillende verloskundigen anders kan worden gedaan.

Hierbij speelt bijvoorbeeld een rol hoe sterk de verloskundige het belang van een vertrouwde omgeving voor de vrouw laat meespelen, in hoeverre de verloskundige het belang van de vrouw of van het kind laat prevaleren, in hoeverre rekening gehouden wordt met eventuele specifieke culturele of religieuze normen en waarden van de vrouw, en dergelijke. Ook het vertrouwen van de verloskundige in de medische wetenschap respectievelijk in het natuurlijke verloop van de bevalling zal hierbij een invloed uitoefenen.

Met betrekking tot dit laatste vraagt Dunn in zijn artikel "Obstetric delivery for better or for worse?" zich af:

"... have some obstetricians become intoxicated by their new technology, or have they lost faith in the normal physiology of parturition? For that matter, do students and young obstetricians still have the opportunity nowadays of observing truly normal deliveries in the home? If not, how can they appreciate the importance of the family and home environment in this supremely exciting and emotionale event?"

(Dunn 1976).

Het probleem met betrekking tot de discussie over de medische noodzakelijkheid van ziekenhuisbevallingen en van ingrepen om de baring op te wekken of te versnellen, is het gebrek aan gegevens op grond waarvan een beoordeling van die noodzakelijkheid kan worden gemaakt. De huidige situatie is, dat daarvoor door verschillende personen verschillende criteria worden gebruikt. Zo komt Hoogendoorn tot een positieve beoordeling van de toename van de perinatale en moederlijke sterfte die de laatste jaren is opgetreden te corrigeren aan het, in die jaren eveneens toegenomen aantal ziekenhuisbevallingen.

(Hoogendoorn, 1978)

Terecht merkt Treffers echter op, dat een dergelijke gevolgtrekking niet zonder meer gemaakt kan worden. Hoewel ongetwijfeld de voortgang van de medische wetenschap een bijdrage heeft geleverd aan de afname van de sterfte van moeder en/of kind, zijn ook andere factoren hierop van invloed. (Treffers, 1978) We kunnen hierbij denken aan de verbetering van de algemene conditie van de moeder (m.n. de voedingstoestand) verbeterde hygiëne, betere prenatale zorg en dergelijke.

Behalve de mortaliteit wordt soms ook de morbiditeit van moeder en kind in de beschouwing genomen. Deze is echter veel moeilijker te meten. Stolte heeft hiertoe een morbiditeit, index ontwikkeld, die echter alleen in het ziekenhuis toegepast kan worden en dus niet geschikt is om een inzicht te krijgen in een eventueel verschil in morbiditeit na een ziekenhuisbevalling en na een thuisbevalling. (Stolte, e.a. 1979).

Naast de mortaliteit en de morbiditeit zouden ook de psychische gevolgen in beschouwing moeten worden genomen, zoals het welbevinden van de moeder, de relatie vader-moeder-kind, de acceptatie van het kind. Voor de artsen die de discussie omtrent de beste plaats van de bevalling voeren, is dit echter veel moeilijker, zo niet onmogelijk te beoordelen.

De noodzaak een (eerste) bevalling in het ziekenhuis te doen plaatsvinden, wordt vaak aangegeven met te wijzen op het aantal vrouwen dat tijdens de bevalling naar het ziekenhuis moet worden vervoerd.

Volgens de wageningse verloskundige gaat het hierbij om 20-30%. Kloosterman concludeert op grond van de gegevens van het verloskundig centrum te Wormerveer dat na een zorgvuldig prenatale selectie van de eerstbarenden 12%, van de meerbarenden 4% tijdens de bevalling naar het ziekenhuis moet worden vervoerd, aanzienlijk minder dus dan 20 á 30%. (Kloosterman, 1978)

Wanneer een verloskundige het risico dat bij een thuisbevalling de vrouw alsnog naar het ziekenhuis zal moeten worden vervoerd, hoog acht, zal hij eerder geneigd zijn de vrouw te adviseren in het ziekenhuis te bevallen, of zelfs besluiten een "medische indicatie" toe te kennen. Het zelfde geldt voor het beoordelen van de noodzaak tijdens de bevalling in te grijpen. In zijn reactie op het eerdergenoemde artikel van Dunn, schrijft Beard:

"The frequent use of oxytocin (noot: weeënopwekkend middel) has resulted in a shortening of labour. (.....) For the mother, the period of suffering and incidence of traumatic delivery has been reduced." (Beard, 1978)

Wij vragen ons af of de bevallingen voor een vrouw niet meer is dan een "period of suffering and incidence of traumatic delivery", maar veeleer een zeer wezenlijke emotionele en lichamelijke ervaring. Het is overigens niet onbegrijpelijk dat Beard tot dit idee komt, wanneer zijn ervaring beperkt is tot bevallingen die plaatsvinden in de verloskamer van het ziekenhuis waar hij werkt. Mogelijk is voor het door hem aanschouwde lijden juist de medische omgeving verantwoordelijk, waar weinig plaats is voor emotionele beleving. Beard gaat echter te ver, wanneer hij uit die ervaringen algemene conclusies trekt, conclusies die hij overigens - ook wanneer zijn ervaringen minder beperkt zijn - niet mag trekken, maar aan de vrouw over moet laten.

"Is it such a penalty for a mother that she has to remain in bed attached to a monitor, if in return she can be told with certainty that her baby will be safe throughout labour? Ask any mother." (onderstreping toegevoegd)

(Beard 1978)

vraagt Beard zich af.

Natuurlijk zal elke moeder, wanneer de keuze haar zo gesteld wordt, precies die keuze maken die Beard haar wil laten maken. Is dit een vrije keuze voor de vrouw, of een effectief misbruik van het vertrouwen in het medisch kunnen?

Goede intensies, zoals onder andere door Kloosterman geuit, dat het belang van de vrouw centraal dient te worden gesteld, zijn toe te juichen, maar beslist niet afdoende. De vrouw zelf zal een essentiële stem moeten hebben in de te nemen beslissingen, en daartoe is het noodzakelijk dat het vertrouwen van de vrouw in haarzelf versterkt wordt.

### 6.3. Beïnvloedende factoren

Er zijn allerlei factoren die de keuzes van een vrouw gedurende haar zwangerschap en kraambed beïnvloeden: haar levensomstandigheden, beïnvloeding door familie, vrienden en door haar man, en beïnvloeding door de media. We zullen hier echter alleen de beïnvloeding vanuit de verloskundige zorg behandelen.

Eén van de keuzes die de vrouw moet maken, is wie haar zwangerschap zal begeleiden. Een groot gedeelte van de vrouwen gaat voor de vaststelling van haar zwangerschap naar de huisarts. Het zal afhangen van de informatie die hij haar geeft over de bestaande mogelijkheden en de daaraan verbonden kosten, of de vrouw voldoende geïnformeerd is om deze keuze te maken.

Op die keuze zijn echter nog meer dingen van invloed. De vrouw is vertrouwd met haar huisarts, terwijl de vroedvrouw haar meestal onbekend is. Hierdoor kan zij zich onzeker voelen in haar beslissing. De huisarts kan, bewust of onbewust inspelen op deze onzekerheidsgevoelens, of juist proberen haar vertrouwen te geven in de vroedvrouw. Op de houding van de huisarts in deze zal het vertrouwen wat hij zelf heeft in de vroedvrouw een rol spelen, evenals de drukte van zijn praktijk, zijn wens al dan niet bevallingen te begeleiden, financiële overwegingen etc.

Dit geldt in minder mate voor de vroedvrouw, aangezien de vrouwen die rechtstreeks naar de vroedvrouw gaan, meestal hun keuze al gemaakt hebben. De vroedvrouw geeft ook informatie over de andere mogelijkheden van zwangerschapsbegeleiding, waarbij dezelfde factoren wel een rol kunnen spelen.

Ook op de keuze die de vrouw maakt met betrekking tot de plaats van bevalling kan de verloskundige een grote invloed uitoefenen. Soms gebeurt dit heel direct doordat verloskundigen geen thuisbevallingen meer willen begeleiden, maar meestal zal het standpunt van de verloskundige m.b.t. thuis of poliklinisch bevallingen doorspelen in de informatie die gegeven wordt over het risico van thuisbevallingen, het vervelende van het vervoer tijdens de bevalling naar het ziekenhuis, de veiligheid van het ziekenhuis etc.

Het eigen standpunt van de verloskundigen weerspiegelt zich in het aantal bevallingen dat zij thuis of poliklinisch begeleiden: volgens hun eigen schatting bedraagt het percentage poliklinische bevallingen van een voorstander van de poliklinische bevalling 90%, van een voorstander van thuisbevallingen 50%.

Een keuze voor de plaats van het kraambed is meestal niet mogelijk. Wanneer geen "medische indicatie" is gegeven, zal het kraambed doorgaans thuis worden doorgebracht, tenzij de vrouw het financieel kan en wil opbrengen een verblijf in het ziekenhuis te bekostigen. Wanneer wel een "medische indicatie" gegeven is, zal doorgaans het kraambed in het ziekenhuis worden doorgebracht. Als de bevalling zonder complicaties verlopen is, de vrouw tevoren kraamzorg heeft aangevraagd en nazorg verzekerd is, kan zij er voor kiezen het kraambed thuis door te brengen. Of de vrouw inderdaad van de mogelijkheid gebruik kan maken, hangt af van de informatie die zij hierover tevoren (i.v.m. aanvragen van kraamzorg) heeft gekregen en van de mate waarin haar wens na de bevalling naar huis te gaan gestimuleerd wordt.

Aangezien het kraamcentrum geen kraamzorg verleend wanneer de vrouw langer dan 48 uur in het ziekenhuis is verbleven, is het van belang dat de vrouw vrij snel na de bevalling aan deze mogelijkheid herinnerd wordt.

Ook de keuze die de vrouw maakt m.b.t. het al dan niet volgen van de oudercursus en de zwangerschapsgymnastiek zal mede afhankelijk zijn van de informatie die zij hierover van degene die haar zwangerschap begeleidt krijgt en de mate waarin zij door haar begeleider gestimuleerd wordt deze cursussen te volgen.

Deel I

In het eerste deel van het rapport is de situatie van de organisatie van de klinische en pre- en perinatale zorg besproken.

De tweede helft van het rapport is gewijd aan de algemene inleiding van het rapport, in de vorm van een samenvatting.

De derde helft van het rapport is gewijd aan de beschrijving van de organisatie van de klinische en pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee.

Deel II.

Het gebruik van de pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee.

Het gebruik van de pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee. Dit deel van het rapport is gewijd aan de beschrijving van de organisatie van de klinische en pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee.

Samenvatting

De pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee. Dit deel van het rapport is gewijd aan de beschrijving van de organisatie van de klinische en pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee.

De pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee. Dit deel van het rapport is gewijd aan de beschrijving van de organisatie van de klinische en pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee.

De pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee. Dit deel van het rapport is gewijd aan de beschrijving van de organisatie van de klinische en pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen ermee.



## INLEIDING

In het eerste deel van dit rapport is de inventarisatie van de organisatie van de Wageningse pre- en perinatale zorg weergegeven.

Het deel dat nu voor u ligt, geeft een beschrijving van het onderzoek dat verricht is naar het gebruik van de pre- en perinatale zorg door de Wageningse vrouwen en hun ervaringen hiermee.

Zoals reeds beschreven in de algemene inleiding van het rapport, is de doelstelling van dit onderzoek:

- Uitgaande van de ervaringen van de Wageningse bevallen vrouwen, een overallbeeld te verkrijgen van de Wageningse situatie met betrekking tot de zorg omtrent zwangerschap, bevalling en kraambed.
- Resultaten van het onderzoek zo mogelijk doorspelen naar de verschillende betrokken instanties, zodat zij met deze resultaten eventueel verbeteringen in de zorg kunnen aanbrengen.

Het onderzoek is transversaal en werd verricht bij gehuwde Wageningse vrouwen die een kind hebben gekregen in de periode april 1978 - april 1979. De vrouwen werden geïnterviewd 1 tot 14 maanden na de bevalling. De interviews werden afgenomen door 7 interviewsters.

Bij de keuze van de onderzoeksvorm en de (steekproef)populatie hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld:

### Onderzoeksvorm

Een belangrijke vraag waarvoor je je gesteld ziet wanneer retrospectief onderzoek wordt ondernomen, is de vraag naar het herinneringsvermogen. Is de vrouw in staat om na de bevalling haar ervaringen nog juist weer te geven, en zo ja, hoelang daarna? Wordt haar weergave van gebeurtenissen en ervaringen tijdens de zwangerschap niet beïnvloed door het verloop van de bevalling?

In de literatuur konden wij over dit onderwerp geen gegevens vinden.

Een longitudinaal onderzoek, waarbij iedere vrouw meerdere malen geïnterviewd zou worden tijdens en na de zwangerschap zou deze problemen omzeilen. Deze methode had echter de volgende bezwaren:

- Het is onmogelijk een aselechte steekproef te trekken uit de populatie van zwangere vrouwen in Wageningen, omdat zij niet allemaal zijn geregistreerd.
- Er worden elke maand gemiddeld 25 Wageningse kinderen geboren. De steekproef zou dus erg klein worden, of het onderzoek bijzonder tijdrovend.

- De meningen en ervaringen van de vrouw gepeild bij het tweede of volgende interview kunnen beïnvloed zijn door de voorafgaande gesprekken.

Om deze redenen hebben wij besloten een transversaal onderzoek op te zetten en uit te voeren bij vrouwen die reeds van een kind bevallen zijn, mits uit het vooronderzoek geen sterke aanwijzingen zouden komen dat het "herinneringsvermogen" en de beïnvloeding door het verloop van de bevalling een grote rol spelen.

### Populatie

Zoals in de algemene inleiding van dit rapport reeds gezegd is, konden we om een overall-beeld te krijgen van de Wageningse situatie, uitgaan van vrouwen die in Wageningen bevallen zijn, en van vrouwen die in Wageningen wonen. Wij zijn uitgegaan van een populatie van Wageningse vrouwen. We willen kijken welke mogelijkheden er openstaan voor de vrouwen, welke vormen van zorg ze kiezen, en hoe ze deze zorg ervaren. Ga je daarbij uit van vrouwen die binnen Wageningen bevallen zijn, dan stel je de populatie samen op basis van een keuze die de vrouwen gemaakt hebben, nl. de keuze om binnen Wageningen te bevallen. Bij de door ons gekozen populatie heeft een dergelijke selectie vooraf niet plaats gehad.

Een jaarpopulatie (nl. die vrouwen die in de periode april 1978 - april 1979 een kind gekregen hebben) is gekozen als steekproefpopulatie.

Een jaarpopulatie levert ons het aantal gesprekken, dat minimaal nodig is om enige waarde te kunnen hechten aan de resultaten van die gesprekken en aan de eventuele conclusies en aanbevelingen die op grond van de interviews getrokken worden. De steekproefpopulatie zal om bepaalde vergelijkingen te kunnen trekken nl. verdeeld moeten worden in subgroepen. Wil men over elke subgroep nog wat kunnen zeggen over de ervaringen met de zorg, dan zal de populatie groot genoeg moeten zijn. Een jaarpopulatie omvat  $\pm$  300 vrouwen en zal  $\pm$  200 gesprekken omvatten (tengevolge van non-respons). Dit aantal is voldoende om waardevolle gegevens te krijgen. Praktisch is het ook haalbaar om met zeven interviewsters 200 gesprekken in vijf weken (= de gestelde interviewperiode) te voeren.

De namen en adressen van de vrouwen die tot onze steekproefpopulatie behoorden hebben we verkregen via de geboorteregisters van de gemeentes Wageningen en Eindhoven. De ongehuwde vrouwen konden wij niet in ons onderzoek betrekken omdat wij over deze groep geen gegevens kregen van de gemeente.

Aangezien je er niet zonder meer van uit kan gaan dat de ervaringen van ongehuwde vrouwen hetzelfde zijn als die van gehuwde vrouwen, zijn de resultaten van dit onderzoek niet van toepassing voor alle Wageningse vrouwen. (N.B. Het juist



aantal ongehuwde moeders is onbekend. Wel staat vast dat het een relatief zeer kleine groep is).

#### Opzet van het onderzoek

Het onderzoek kan onderverdeeld worden in de volgende fasen:

- Vooronderzoek
- Vragenlijst
  - opstellen vragen
  - pretest vragenlijst
- Eigenlijke onderzoek.

Hoofdstuk 1 geeft verslag van het vooronderzoek. Doelstellingen, opzet, uitvoering, verwerking van gegevens en de resultaten komen hierin aan de orde. Op grond van de resultaten die bij dit vooronderzoek verkregen zijn, zijn onderzoekspunten voor het grote onderzoek bepaald, variabelen die deze punten moeten meten, en verbanden tussen deze variabelen (hoofdstuk 2).

Opzet, uitvoering en verwerking van de resultaten van het grote onderzoek worden in hoofdstuk 2 beschreven; de resultaten komen aan de orde in hoofdstuk 3.

Conclusies en aanbevelingen zijn bij hoofdstuk 3 ondergebracht.

Het rapport wordt afgesloten met een slotwoord.

- De meningen en ervaringen van de vrouw gepeild bij het tweede of volgende interview kunnen beïnvloed zijn door de voorafgaande gesprekken.

Om deze redenen hebben wij besloten een transversaal onderzoek op te zetten en uit te voeren bij vrouwen die reeds van een kind bevallen zijn, mits uit het vooronderzoek geen sterke aanwijzingen zouden komen dat het "herinneringsvermogen" en de beïnvloeding door het verloop van de bevalling een grote rol spelen.

### Populatie

Zoals in de algemene inleiding van dit rapport reeds gezegd is, konden we om een overall-beeld te krijgen van de Wageningse situatie, uitgaan van vrouwen die in Wageningen bevallen zijn, en van vrouwen die in Wageningen wonen. Wij zijn uitgegaan van een populatie van Wageningse vrouwen. We willen kijken welke mogelijkheden er openstaan voor de vrouwen, welke vormen van zorg ze kiezen, en hoe ze deze zorg ervaren. Ga je daarbij uit van vrouwen die binnen Wageningen bevallen zijn, dan stel je de populatie samen op basis van een keuze die de vrouwen gemaakt hebben, nl. de keuze om binnen Wageningen te bevallen. Bij de door ons gekozen populatie heeft een dergelijke selectie vooraf niet plaats gehad.

Een jaarpopulatie (nl. die vrouwen die in de periode april 1978 - april 1979 een kind gekregen hebben) is gekozen als steekproefpopulatie.

Een jaarpopulatie levert ons het aantal gesprekken, dat minimaal nodig is om enige waarde te kunnen hechten aan de resultaten van die gesprekken en aan de eventuele conclusies en aanbevelingen die op grond van de interviews getrokken worden. De steekproefpopulatie zal om bepaalde vergelijkingen te kunnen trekken nl. verdeeld moeten worden in subgroepen. Wil men over elke subgroep nog wat kunnen zeggen over de ervaringen met de zorg, dan zal de populatie groot genoeg moeten zijn. Een jaarpopulatie omvat  $\pm$  300 vrouwen en zal  $\pm$  200 gesprekken omvatten (tengevolge van non-respons). Dit aantal is voldoende om waardevolle gegevens te krijgen. Praktisch is het ook haalbaar om met zeven interviewsters 200 gesprekken in vijf weken (= de gestelde interviewperiode) te voeren.

De namen en adressen van de vrouwen die tot onze steekproefpopulatie behoorden hebben we verkregen via de geboorteregisters van de gemeentes Wageningen en Ede. De ongehuwde vrouwen konden wij niet in ons onderzoek betrekken omdat wij over deze groep geen gegevens kregen van de gemeente.

Aangezien je er niet zonder meer van uit kan gaan dat de ervaringen van ongehuwde vrouwen hetzelfde zijn als die van gehuwde vrouwen, zijn de resultaten van dit onderzoek niet van toepassing voor alle Wageningse vrouwen. (N.B. Het juist

aantal ongehuwde moeders is onbekend. Wel staat vast dat het een relatief zeer kleine groep is).

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek kan onderverdeeld worden in de volgende fasen:

- Vooronderzoek
- Vragenlijst
  - opstellen vragen
  - pretest vragenlijst
- Eigenlijke onderzoek.

Hoofdstuk 1 geeft verslag van het vooronderzoek. Doelstellingen, opzet, uitvoering, verwerking van gegevens en de resultaten komen hierin aan de orde. Op grond van de resultaten die bij dit vooronderzoek verkregen zijn, zijn onderzoekspunten voor het grote onderzoek bepaald, variabelen die deze punten moeten meten, en verbanden tussen deze variabelen (hoofdstuk 2).

Opzet, uitvoering en verwerking van de resultaten van het grote onderzoek worden in hoofdstuk 2 beschreven; de resultaten komen aan de orde in hoofdstuk 3. Conclusies en aanbevelingen zijn bij hoofdstuk 3 ondergebracht.

Het rapport wordt afgesloten met een slotwoord.

## 1. VOORONDERZOEK

### 1.1. Inleiding

Met het vooronderzoek willen wij achterhalen welke aspecten van de pre- en perinatale zorg door de vrouwen in Wageningen als belangrijk worden ervaren, om in staat te zijn een goede vragenlijst op te stellen voor het uiteindelijke onderzoek.

Wij zijn hierbij uitgegaan van de methode zoals die door Goode en Hatt (Goode en Hatt, 1952) is beschreven. Zij zeggen:

"Wanneer je nog maar vage ideeën hebt over cruciale punten in je probleemgebied, dan is de pilot study de eerste stap voor de formulering van een vragenschema. De pilot study moet de vraag beantwoorden hoe men items formuleert op gebieden waar de literatuur zich niet over uitlaat. In deze fase kun je alleen nog maar een "interview-guide" opstellen. Dit is een lijst met punten of topics die gedurende het interview aan de orde moeten komen". Zo'n interview-guide is samengesteld op basis van literatuur, gesprekken met de verloskundige zorg en onze eigen ideeën omtrent de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening in Wageningen. "In deze fase is nog een hoge mate van flexibiliteit toegestaan ten aanzien van de manier, de volgorde en het taalgebruik van de vraagstelling. De vraagsteller stelt zich non-directief op.

De vragen zijn slechts gestructureerd voorzover de interviewer denkt dat dat van belang is. De resultaten van deze interviews moeten dan volledig opgeschreven worden en nauwkeurig geanalyseerd worden, omdat ze de basis vormen van de vragenlijst. Als dit goed gebeurt dan kan heel wat tijd uitgespaard worden bij het uiteindelijke onderzoek. (.....) Vervolgens moet de, dan opgestelde vragenlijst getest worden, een al meer formele stap dan de pilot study. Elke vraag moet aan een waarom worden onderworpen. De pretest herkent slechte vragen en selecteert items voor de uiteindelijke vragenlijst.

Wanneer in het vervolg van dit verslag de termen pilot (vooronderzoek) en pretest worden gehanteerd dan worden de bovengenoemde fasen (zoals beschreven door Goode en Hatt) bedoeld.

Problemen die we hierbij verwachten zijn:

- te onpersoonlijke benadering van de vrouw vanuit de zorg
- begeleiding door meerdere personen werkt belemmerend op een prettig verloop van zwangerschap, bevalling en kraambed
- er wordt geen rekening gehouden met de wensen van de vrouw
- er wordt geen rekening gehouden met persoonlijke omstandigheden van de vrouw, bv. werktijden.

#### 1.4. Methode

Uitgaande van onze veronderstellingen t.a.v. keuzevrijheid, informatie en begeleiding, en onze kennis van de organisatie en structuur van de Wageningse Ziekenhuisgroep rond zwangerschap, bevalling en kraambed, hebben we een vraagpuntenlijst opgesteld. (bijlage 1)

Aan de hand van deze lijst hebben we met een aantal vrouwen gesprekken gevoerd. De op de lijst genoemde punten moesten in ieder geval aan de orde komen, maar er moest voldoende ruimte voor de vrouw zijn, om tijdens het gesprek zelf meer andere punten naar voren te komen. De vrouw werd zoveel mogelijk zelf aan het woord gelaten en gestimuleerd haar eigen verhaal te vertellen.

De gesprekken werden opgenomen m.b.v. een cassetterecorder. We hebben voor deze methode gekozen omdat:

- de vrouw gehinderd zou worden in haar spontaniteit bij het vertellen indien een aparte notuleur aanwezig zou zijn, of indien de interviewster zelf moest schrijven
- het voor de interviewster moeilijk is zowel te luisteren en indien nodig nader vragen te stellen, als tegelijkertijd te schrijven.

#### 1.5. Steekproef

De populatie bestond uit de Wageningse vrouwen die bevallen zijn. Het steekproefkader bestond uit alle gehuwde Wageningse vrouwen die in 1978 zijn bevallen (+ 300). Uit dit steekproefkader is met behulp van een lotingstabel een steekproef van 20 vrouwen getrokken.

Een stratificatie naar plaats van bevalling en begeleider is wel overwogen, omdat dit een vollediger beeld geeft van de verschillende vormen van de zorg.

Uiteindelijk hebben we toch gekozen voor een aselechte steekproef. De reden hiervoor was, dat het pilotonderzoek gedeeltelijk werd uitgevoerd bij dezelfde populatie als het uiteindelijke onderzoek. Door nu voor de pilot een aselechte steekproef te trekken bleef ook de groep vrouwen die niet in de steekproef viel een aselekt deel van de uitgangspopulatie. Wel werden de 20 vrouwen zodanig over de interviewsters verdeeld dat iedere interviewster een vijftal vrouwen toebedeeld kreeg die zoveel mogelijk van elkaar verschilden wat begeleider en plaats van bevalling betreft. We verwachtten op deze manier de meeste informatie te krijgen, omdat elke interviewster op andere punten nadruk legt, en haar eigen manier van interviewen heeft.

### 1.6. Uitvoering

Na een interviewtraining die bestond uit een aantal gesprekken met vrouwen die niet tot de onderzoekspopulatie behoorden, en een aantal andere oefensituaties, konden we beginnen met de interviews.

Ongeveer een week voor de aanvang van de interviewperiode werd aan de vrouwen een brief gestuurd met het verzoek mee te werken aan het onderzoek.

Enkele dagen later maakten de interviewsters persoonlijk afspraken met de vrouwen.

Van de 20 vrouwen bleken er 2 niet in Wageningen te zijn tijdens de interviewperiode, en 1 vrouw weigerde haar medewerking. In totaal konden dus 17 gesprekken gevoerd worden.

Aan het begin van elk gesprek werd toestemming gevraagd voor het gebruik van de cassetterecorder. In 1 geval werd deze toestemming geweigerd, omdat de vrouw het idee had dat ze zich niet kon uiten als het gesprek opgenomen werd.

Aan het eind van elke interviewdag wisselden de interviewsters hun ervaringen uit en werd de vraagpuntenlijst aangevuld met alle relevante punten die die dag naar voren waren gekomen tijdens de gesprekken.

### 1.7. Verwerking

Zo snel mogelijk werd elk gesprek volledig uitgeschreven. Uit deze verslagen zijn die punten gehaald die van belang leken voor het onderzoek. De beste methode om de term "De ervaringen van de vrouw m.b.t. de pre- en perinatale zorg" te operationaliseren leek ons: die punten naar voren halen die door de vrouwen duidelijk positief of negatief werden ervaren. Deze punten hadden vaak direct betrekking op de huidige zorgverlening, maar ook werden punten opgenomen

Problemen die we hierbij verwachten zijn:

- te onpersoonlijke benadering van de vrouw vanuit de zorg
- begeleiding door meerdere personen werkt belemmerend op een prettig verloop van zwangerschap, bevalling en kraambed
- er wordt geen rekening gehouden met de wensen van de vrouw
- er wordt geen rekening gehouden met persoonlijke omstandigheden van de vrouw, bv. werktijden.

#### 1.4. Methode

Uitgaande van onze veronderstellingen t.a.v. keuzevrijheid, informatie en begeleiding, en onze kennis van de organisatie en structuur van de Wageningse zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed, hebben we een vraagpuntenlijst opgesteld. (bijlage 1)

Aan de hand van deze lijst hebben we met een aantal vrouwen gesprekken gevoerd. De op de lijst genoemde punten moesten in ieder geval aan de orde komen, maar er moest voldoende ruimte voor de vrouw zijn, om tijdens het gesprek zelf met andere punten naar voren te komen. De vrouw werd zoveel mogelijk zelf aan het woord gelaten en gestimuleerd haar eigen verhaal te vertellen.

De gesprekken werden opgenomen m.b.v. een cassetterecorder. We hebben voor deze methode gekozen omdat:

- de vrouw gehinderd zou worden in haar spontaniteit bij het vertellen indien een aparte notuleur aanwezig zou zijn, of indien de interviewster zelf moest schrijven
- het voor de interviewster moeilijk is zowel te luisteren en indien nodig nader vragen te stellen, als tegelijkertijd te schrijven.

#### 1.5. Steekproef

De populatie bestond uit de Wageningse vrouwen die bevallen zijn. Het steekproefkader bestond uit alle gehuwde Wageningse vrouwen die in 1978 zijn bevallen (+ 300). Uit dit steekproefkader is met behulp van een lotingstabel een aselekt steekproef van 20 vrouwen getrokken.

Een stratificatie naar plaats van bevalling en begeleider is wel overwogen, omdat dit een vollediger beeld geeft van de verschillende vormen van de zorg.

Uiteindelijk hebben we toch gekozen voor een aselechte steekproef. De reden hiervoor was, dat het pilotonderzoek gedeeltelijk werd uitgevoerd bij dezelfde populatie als het uiteindelijke onderzoek. Door nu voor de pilot een aselechte steekproef te trekken bleef ook de groep vrouwen die niet in de steekproef viel een aselekt deel van de uitgangspopulatie. Wel werden de 20 vrouwen zodanig over de interviewsters verdeeld dat iedere interviewster een vijftal vrouwen toebedeeld kreeg die zoveel mogelijk van elkaar verschilden wat begeleider en plaats van bevalling betreft. We verwachtten op deze manier de meeste informatie te krijgen, omdat elke interviewster op andere punten nadruk legt, en haar eigen manier van interviewen heeft.

### 1.6. Uitvoering

Na een interviewtraining die bestond uit een aantal gesprekken met vrouwen die niet tot de onderzoekspopulatie behoorden, en een aantal andere oefensituaties, konden we beginnen met de interviews.

Ongeveer een week voor de aanvang van de interviewperiode werd aan de vrouwen een brief gestuurd met het verzoek mee te werken aan het onderzoek.

Enkele dagen later maakten de interviewsters persoonlijk afspraken met de vrouwen.

Van de 20 vrouwen bleken er 2 niet in Wageningen te zijn tijdens de interviewperiode, en 1 vrouw weigerde haar medewerking. In totaal konden dus 17 gesprekken gevoerd worden.

Aan het begin van elk gesprek werd toestemming gevraagd voor het gebruik van de cassetterecorder. In 1 geval werd deze toestemming geweigerd, omdat de vrouw het idee had dat ze zich niet kon uiten als het gesprek opgenomen werd.

Aan het eind van elke interviewdag wisselden de interviewsters hun ervaringen uit en werd de vraagpuntenlijst aangevuld met alle relevante punten die die dag naar voren waren gekomen tijdens de gesprekken.

### 1.7. Verwerking

Zo snel mogelijk werd elk gesprek volledig uitgeschreven. Uit deze verslagen zijn die punten gehaald die van belang leken voor het onderzoek. De beste methode om de term "De ervaringen van de vrouw m.b.t. de pre- en perinatale zorg" te operationaliseren leek ons: die punten naar voren halen die door de vrouwen duidelijk positief of negatief werden ervaren. Deze punten hadden vaak direct betrekking op de huidige zorgverlening, maar ook werden punten opgenomen



waar door de zorg niet of in onvoldoende mate aandacht aan besteed wordt, maar waar wel aandacht aan besteed zou moeten/kunnen worden.

## 1.8. Resultaten van het vooronderzoek

### 1.8.1. Inleiding

De resultaten van het vooronderzoek zijn van tweeërlei aard. Enerzijds betreffen zij gegevens die inzicht geven in de specifieke Wageningse situatie m.b.t. de medische zorg omtrent zwangerschap, bevalling en kraambed, waarbij is uitgegaan van de ervaringen van de Wageningse vrouwen, anderzijds gegevens die van belang zijn voor het vaststellen van de steekproefpopulatie en van de interviewmethode van het onderzoek.

De eerstgenoemde gegevens betreffen de vooronderstellingen die bevestigd of ontkend zijn door de vrouwen, alsmede punten, die niet expliciet in de vragenlijst zijn opgenomen maar die spontaan door de vrouwen als belangrijk naar voren gebracht zijn. Bij de beschrijving is getracht deze twee 'soorten' gegevens afzonderlijk weer te geven. Een scherpe scheiding is echter niet altijd even gemakkelijk te maken, aangezien een spontane uiting voortkomt uit een vraag die wel in de vragenlijst is opgenomen.

Bij de tweede 'groep' gegevens komen de al in hoofdstuk 1.2 gedefinieerde termen 'seizoensinvloeden' en 'herinneringsvermogen' aan de orde en wordt bekeken hoe een open gesprek verloopt, hoe het gebruik van een cassetterecorder bevalt en hoe de gesprekken te verwerken zijn.

Bij het lezen van dit hoofdstuk moet steeds goed gerealiseerd worden, dat de gegevens het resultaat zijn van een bepaald aantal gesprekken (17 in totaal). Al is de steekproef aselekt getrokken uit de steekproefpopulatie, er mogen geen conclusies getrokken worden.

Het is slechts de bedoeling geweest om d.m.v. de gesprekken in het vooronderzoek een basis te vormen voor de vragenlijst voor de gesprekken van het onderzoek.

In de resultaten van het vooronderzoek vindt men dan ook de argumenten voor een groot aantal vragen in de uiteindelijke vragenlijst.

De nummers tussen haakjes geven aan, op welke plaats de desbetreffende punten uit het vooronderzoek als vraag in de vragenlijst zijn opgenomen. De Romeinse cijfers hebben betrekking op het nummer van het hoofdstuk in de vragenlijst; de letters T, PK en K geven respectievelijk het onderdeel thuis, poliklinisch en klinisch aan. De resultaten van de pilot, zoals hier beschreven, worden als argumentatie voor de vragen beschouwd, waarnaar verwezen wordt. Overigens volgt in

een apart hoofdstuk (2.5.) de argumentatie van de overige vragen van de lijst.

Bij de beschrijving van de resultaten is zoveel mogelijk vastgehouden aan de driedeling zwangerschap, bevalling en kraambed. Een aantal resultaten lopen dwars door de trits heen en zullen apart behandeld worden.

De lengte van de gesprekken die tot de nu volgende resultaten leidden, varieerde van drie kwartier tot  $2\frac{1}{2}$  uur.

Uit de gesprekken in het vooronderzoek kwam het volgende naar voren:

### 1.8.2. Zwangerschap

\* De hoeveelheid aan informatie en de aard van de verstrekte informatie, die tijdens de zwangerschap wordt verstrekt, is afhankelijk van de begeleider en van de behoefte van de vrouw. We hebben de indruk, dat in een aantal gevallen de verstrekte informatie ontoereikend is (VIII-A, 1).

In het algemeen vertellen de zwangerschapsbegeleiders weinig uit zichzelf. Wil de vrouw iets weten, dan wordt zij geacht het initiatief te nemen en aan haar begeleider vragen te stellen die dan in mindere of meerdere mate beantwoord worden. De sfeer tijdens de zwangerschapscontrôles alsmede de mate waarin en de wijze waarop antwoord gegeven wordt op een vraag, bepalen mede of de vrouwen vragen stellen (VI, 7<sup>a,b</sup>).

Bij de vroedvrouw voelen de meeste vrouwen zich prettig en zij zijn nauwelijks geremd in het stellen van vragen. Bij de contrôles in het ziekenhuis hebben de vrouwen soms het gevoel, dat de arts geen tijd voor ze heeft.

Sommige vrouwen voelen zich afgescheept en vinden dat hun vragen niet goed beantwoord zijn (VI, 7<sup>c</sup>).

\* De tevredenheid over de contrôles is afhankelijk van de begeleider en van de vrouw. Belangrijk is hierbij de persoonlijke benadering van de arts en de behoefte van de vrouw aan een persoonlijke benadering (VI, 5). Zo stellen een aantal vrouwen de spontaniteit van de vroedvrouw of de 'vaderlijkheid' van een gynaecoloog erg op prijs, terwijl andere vrouwen deze benadering niet kunnen waarderen.

\* Niet alle vrouwen zijn op de hoogte van het bestaan van zwangerschapsgymnastiek en de oudercursus. Met name valt dat te constateren bij hen die door een gynaecoloog worden begeleid. Bij de vrouwen die wél met het bestaan van de cursussen bekend zijn, blijkt een enorme variëteit aan ideeën en verwachtingen over de inhoud van de cursussen te bestaan (VII, 1; VIII, 1) en dientengevolge ook heel wat misvattingen ('Waarom zou ik gym volgen, ik

\* Ze vinden in het algemeen, dat hun vragen bevredigend beantwoord worden.

de aanwezigheid van de man en van zwangerschapsbegeleider lijkt van belang. In het ziekenhuis wordt het in- en uitlopen van personeel soms als storend ervaren.

- \* Sommige vrouwen weten niet wanneer ze de zwangerschapsbegeleider moeten waarschuwen of wat ze moeten doen als het zover is (IX, 3, 5, 7, 8). Andere vrouwen moeten lang wachten voordat de begeleider komt (IX, 4). Weer anderen zijn juist erg tevreden over de verstrekte informatie en de attentheid van de begeleider. Er kan dus geen algemene lijn uitgehaald worden.
- \* Het vervoer naar het ziekenhuis levert in het algemeen geen problemen op. De opvang in het ziekenhuis is afhankelijk van de drukte die er is (IX, 9). Hoe deze opvang ervaren wordt, wordt bepaald door de vrouw. Sommige vrouwen vinden het heerlijk als steeds een verpleegster bij haar is, terwijl anderen liever alleen (of samen met haar man) zijn. Soms laat de opvang, naar de mening van de vrouw te wensen over en krijgen zij het idee, aan hun lot overgelaten te worden.
- \* Of de vrouwen tevreden zijn over de verstrekte informatie m.b.t. de bevalling is afhankelijk van de behoefte van de vrouw en van haar begeleider (IX, 13).
- \* De meeste vrouwen vinden het erg fijn, als ze het kind direct bij zich krijgen (IX, 20). De vrouwen die thuis bevallen noemen als voordeel dat ze thuis het kind zolang bij zich kunnen hebben als ze willen. Inderdaad vinden een aantal vrouwen die in het ziekenhuis bevallen het vervelend, dat het kind niet steeds bij haar kan blijven, maar dat het op een gegeven moment naar een andere ruimte gereden wordt.
- \* De meeste vrouwen vinden het heerlijk om even samen met de man van het kind te kunnen genieten (IX, 22). Ze waarderen het als er in het ziekenhuis op gelet wordt dat ze, voorzien van koffie en beschuit met muisjes een tijdje alleen zijn. Alle vrouwen vinden het ook fijn, dat de mannen zolang mogen blijven als ze willen (X, K, 2, 3, 4; PK, 2, 3, 4). In het Streekziekenhuis in Bennekom moeten de vrouwen soms erg lang wachten vóórdat ze verzorgd worden (IX, 21). Dit is ook eenmaal als klacht gehoord bij een thuisbevalling. De aanwezigheid van een kraamverzorgster is toen erg gemist omdat de vroedvrouw naliet haar te verzorgen.
- \* Tot slot kan gezegd worden, dat de meeste vrouwen in het algemeen tevreden zijn over de medische zorgverlening tijdens de bevalling.

#### 1.8.4. Kraambed -----

Net als bij de bevalling moet er bij het bespreken van de ervaringen m.b.t. de medische zorg, bij het kraambed een onderscheid gemaakt worden tussen vrouwen die het kraambed thuis doorbrengen en vrouwen die deze periode in het ziekenhuis doorbrengen.

#### Ziekenhuis

- \* Sommige vrouwen vinden, dat er in het ziekenhuis bepaalde regels heersen, die het contact met en de mogelijkheid tot verzorging van het kind sterk belemmeren (X2-5, 6; X3-5 t/m 8). Andere vrouwen vinden deze regels, die een min of meer gedwongen scheiding van moeder en kind bewerkstelligen, geen bezwaar.
- \* De beperkte mogelijkheid van de vader om in contact te komen met zijn kind wordt vooral door vrouwen die in het Streekziekenhuis te Bennekom het kraambed doorbrengen als negatief ervaren. Men vindt het naar als de vader zijn kind alleen maar achter glas mag bekijken (X3-11). In het Pieter Pauw Ziekenhuis en in het Streekziekenhuis is er 's avonds een speciaal 'mannenbezoekuur'.  
Het 'mannenbezoekuur' wordt zeer verschillend ervaren. Sommige vrouwen vinden het fijn om alleen met hun man van het kind te kunnen genieten (X3-10). Anderen hebben liever dat het bezoek ook 's avonds mag komen, want veel mensen kunnen overdag niet en verschijnen dan zodra de vrouw weer thuis is, hetgeen dan extra drukte voor de vrouw betekent.
- \* Alle vrouwen waarderen de mogelijkheid dat de man samen met de eventuele andere kinderen mag komen koffiedrinken.
- \* De gynaecoloog beslist of de vrouw goed genoeg is om naar huis te gaan (X3-19). De meeste vrouwen leggen zich bij deze beslissing neer en hebben er ook geen moeite mee dat de uiteindelijke beslissing bij de gynaecoloog ligt. Sommige vrouwen stellen het op prijs om in het besluit gekend te worden en dat ze mee mogen beslissen.
- \* De vrouwen die poliklinisch bevallen zijn, worden per ambulance naar huis gebracht, terwijl de vrouwen die een klinische bevalling achter de rug hebben op eigen gelegenheid naar huis gaan. Dit levert geen noemenswaardige problemen op.

### Thuis

\* Bij het kraambed dat thuis wordt doorgebracht, spelen heel andere problemen. Contact tussen moeder, kind en vader levert natuurlijk geen problemen op. Soms is de drukte die het bezoek met zich meebrengt een bezwaar (X1-11). De meeste vrouwen waarderen het als de kraamhulp hierin een streng beleid voert en het bezoek laat wachten tijdens de rust- en voedingstijden van moeder en kind.

\* De problemen met de kraamhulp zover het de aanmelding bij en de toewijzing van hulp door het kraamcentrum betreft, zijn al beschreven.

\* Een aantal vrouwen weet in het geheel niet wat ze van de kraamhulp mogen verwachten. Zo klaagde een vrouw dat ze een slechte hulp had omdat ze slechts éénmaal per dag stofzuigde.

In het algemeen zijn de vrouwen tevreden over de inzet en bereidwilligheid van de kraamverzorgster. Ze vinden wel, dat het centrum beter moet uitkijken welke hulp ze in wat voor soort huishouden plaatsen (dus geen leerling in een gezin met 4 kleine kinderen). (X1-6; X2-12).

\* De hulp zorgt goed voor moeder en kind. De praktische tips m.b.t. de verzorging en het vertrouwd maken met de verzorging van het kind, wordt door de vrouw positief gewaardeerd. (X1-2; X2-8). Ook vrouwen die al op de hoogte zijn van de verzorging van een baby, vinden het meestal prettig dat hun geheugen opgefriest wordt en dat ze onder toezicht weer wat handigheid kunnen opdoen. Dit geldt trouwens ook voor vrouwen die in het ziekenhuis het kraambed doorbrengen. (X3-13).

#### 1.8.5. Wijkverpleging

Het bezoek van de wijkverpleging voor de bevalling is de meeste vrouwen onverschillig. Sommige vrouwen vinden het een veilig idee als hun kraampakket gecontroleerd wordt, anderen vinden dit overdreven en bemoeizuchtig (XII-4, 5). Na de bevalling wordt het bezoek als een makkelijke manier gezien om de weg naar het consultatiebureau te vinden (XII-9, 10). De meeste vrouwen vinden het fijn, dat ze weten tot wie ze zich kunnen wenden als ze problemen hebben. Verder staan ze onverschillig tegenover de bezoeken van de wijkverpleegster. Ze worden alleen positief gewaardeerd als er werkelijk problemen zijn. Als alles goed gaat wordt de wijkverpleegster vaak gezien als een bedreigster van de zelfstandigheid en de verantwoordelijkheid van de vrouw.

### 1.8.6. Algemeen

- \* De vooronderstelling, dat de behoefte aan informatie op alle mogelijke gebied veel geringer is bij vrouwen die al een of meer kinderen hebben dan bij vrouwen die hun eerste kind verwachten, lijkt bevestigd. Bij vrouwen die al kinderen hebben, spelen problemen die kunnen ontstaan t.g.v. het gebrek aan informatie (bijna) geen rol meer. Haar keuzes worden vooral bepaald door medische noodzaak en door eerdere ervaringen. Vrouwen die voor de eerste maal moeten bevallen/bevallen zijn, laten zich ook nog leiden door de informatie die ze krijgen.
- \* In het vooronderzoek hebben we geen vergelijking kunnen trekken tussen de ervaringen van buitenshuis werkende vrouwen en van full-time huisvrouwen. Eenmaal is naar voren gekomen, dat een buitenshuis werkende vrouw geen behoefte had om vier kostbare avonden aan de oudercursus op te offeren. Eén vrouw vertelde dat ze pas de laatste maand tijd had om aan haar zwangerschap te denken.

De volgende punten kwamen uit de gesprekken in het vooronderzoek spontaan naar voren:

- \* Bij het vaststellen van de zwangerschap door een arts of door een vroedvrouw is het een aantal malen voorgekomen, dat de zwangerschapstest niet de eerste keer positief was. Diegene die de test afneemt, houdt op dat moment niet altijd voldoende rekening met de gevoelens van de vrouw (II-4, 5).
- \* De wachttijden bij de zwangerschapscontroles leveren alleen in het ziekenhuis problemen op. De vrouwen vinden, dat ze vaak erg lang moeten wachten (VI-4). Veel vrouwen vinden bovendien de wachtkamer in het ziekenhuis erg ongezellig. Veel vrouwen die in Bennekom onder controle zijn, vinden het vervelend dat de gynaecoloog met die drie vrouwen tegelijk bezig is. Ze voelen zich onaangenaam wanneer ze uitgekleeft op een stoel moeten wachten tot de arts klaar is met de voorgaande vrouw (VI-5, 6, 7). Is de arts klaar met de vrouw, dan verdwijnt hij meteen naar de volgende vrouw. Dit geeft sommige vrouwen het gevoel, dat ze een nummer zijn en dat de arts geen tijd voor ze heeft. Velen vinden het ook vervelend dat je precies kunt horen wat er in de andere hokjes tussen arts en vrouw besproken wordt. Eén vrouw gaf haar indruk hierover weer met de woorden: "het is in Bennekom net een koestal".
- \* Er zijn nogal wat problemen m.b.t. de voeding van het kind. Sommige vrouwen vinden dat ze tijdens de zwangerschap te weinig informatie over alle mogelijke voedingen krijgen (XI-1). Zo is informatie over borstvoeding

moeilijk te krijgen en wordt teveel reclame gemaakt voor flesvoeding. Op deze subjectieve en gebrekkige informatie moeten ze hun keuze baseren. Een ander punt is dat er tijdens de zwangerschap zelden met de begeleiders over de voeding gesproken wordt (XI-2). De kans is aanwezig, dat het een niet weloverwogen, impulsief besluit is.

Na de bevalling wordt, naar het gevoel van een aantal vrouwen het accent dat tijdens de zwangerschap op de flesvoeding ligt, verschoven naar de borstvoeding. Op alle fronten wordt borstvoeding gepropageerd en gestimuleerd wat door een aantal vrouwen die flesvoeding geven als bedreigend wordt ervaren.

In de periode dat de borstvoeding op gang moet komen, ontvangen sommige vrouwen die in het ziekenhuis het kraambed doorbrengen onvoldoende begeleiding van de medische zorg. (XI-5). De vrouwen die thuis kramen vinden over het algemeen dat ze goede begeleiding krijgen.

- \* Veel vrouwen hebben er een hekel aan dat ze geschoren worden. Ze vinden zowel de handeling als de periode waarin het haar aangroeit erg vervelend.
- \* Bij vrouwen die ingeknipt of ingescheurd zijn, werd vaak gehoord, dat de hechtingen het ergste zijn van de hele bevalling en van de periode erna. Na de bevalling denk je van alles af te zijn en dan moet er nog gehecht worden, wat een enorme tegenvaller is. De tijd erna heb je er nog lang pijn en hinder van. De vrouwen vinden het een hele opluchting wanneer de hechtingen eruit gehaald worden.
- \* Over het gebruik van een sluitlaken zijn de vrouwen het niet eens. Sommigen vinden het vervelend dat ze geen sluitlaken kregen, terwijl anderen blij waren, dat het gebruik van een sluitlaken afgeschaft is.
- \* Een aantal vrouwen heeft behoefte om tijdens de zwangerschap en na de geboorte met vrouwen die in dezelfde situatie verkeren, ervaringen uit te wisselen. Sommige vrouwen stellen voor dat een oudercursus ná de bevalling veel zinvoller is dan een oudercursus voor de bevalling (VIII-A, 2; XIII, 2). De onderwerpen moeten dan gaan over de opvoeding e.d. en niet zozeer over praktische zaken, die je in allerlei boekjes kunt lezen.
- \* Een aantal vrouwen vindt 8 dagen om volledig te herstellen van de bevalling onvoldoende (X3-19). Voor vrouwen die in het ziekenhuis hebben gelegen, is de overgang van kraambed naar huis, waar ze meteen volop in de running moeten, groter dan voor vrouwen die het kraambed thuis hebben doorgebracht. Een aantal vrouwen vindt het prettig om wat langer hulp te krijgen, omdat ze langzaam aan de nieuwe situatie kunnen wennen. In die tijd kunnen ze steeds meer taken van de hulp gaan overnemen, totdat deze overbodig is. (X3-20).

\* De problemen met de kraamhulp zijn legio. Ze zijn al aan de orde geweest. Omdat veel vrouwen er steeds weer op terug komen, worden ze puntsgewijs herhaald.

- de gewenste hulp kan niet worden aangevraagd, omdat die niet beschikbaar is als ze nodig is.
- de gewenste en aangevraagde hulp is niet beschikbaar wegens drukte bij het kraamcentrum.
- de verwachtingen van de vrouw t.a.v. de taken van de kraamverzorgster komen vaak niet overeen met de taakomschrijving van de hulp.
- niet, de geschikte hulp op de juiste plaats (onervaren hulp in een druk gezin met veel kinderen).

Hieraan wordt nog het punt toegevoegd:

- Sommige vrouwen vinden dat de wijkkraamhulp 's morgens te laat komt (X1-7, 8; X2-7). Hierdoor ligt de vrouw vaak een hele tijd geheel onverzorgd thuis. 's Avonds gaat de hulp (wijk- én interne hulp) weg, zodra de man thuis is. Veel vrouwen vinden dat te vroeg. Het betekent n.l. een hele belasting voor de man.

\* Op de vraag of er behoefte is aan een zgn. 'hotelplan' waarbij vrouwen die thuis bevallen zijn in het ziekenhuis het kraambed kunnen doorbrengen, antwoordden de meeste vrouwen negatief. Andersom willen de meeste vrouwen, die een klinisch kraambed hebben, het liefst zoveel mogelijk naar huis. Als ze mochten kiezen, zouden ze het kraambed thuis doorbrengen. Niet omdat het in het Ziekenhuis niet goed is, maar omdat ze thuis vrij zijn in hun doen en laten.

\* Een aantal vrouwen heeft de manier waarop de man door de zorg betrokken wordt bij het hele gebeuren rond zwangerschap, bevalling en kraambed ter sprake gebracht. Veel vrouwen vinden dat de man veel meer, samen met de vrouw voorbereid moet worden op alles wat er gaat gebeuren (op grond hiervan zijn de algemene vragen m.b.t. de man in de lijst opgenomen: VI-8; VII-7, 8, 9). Het is beter dat hij alle avonden van de zwangerschapsgym meemaakt, nu gaat hij éénmaal mee waardoor iedereen in het begin van de avond onwennig tegenover elkaar staat en waardoor de sfeer niet ongedwongen is.

De waardering van de oudercursus waarbij de mannen meekomen is dan ook niet positief gecorreleerd met de mate waarin de man, volgens de vrouw, bij alles betrokken moet worden. De waardering van de avond is wel afhankelijk van de wijze, waarop de groep er als geheel mee omgaat (serieus werken of er een lolletje van maken).



Een aantal mannen is mee geweest naar de zwangerschapscontrôles. De vroedvrouw en een aantal gynaecologen reageren hier enthousiast op en ze betrekken de man er ook goed bij. Vooral over de echoscopie zijn de mannen erg enthousiast. Tijdens de bevalling wordt de man er zoveel mogelijk bij betrokken. Bij thuisbevallingen levert het nooit problemen op. In het Ziekenhuis bestaat bij een aantal vrouwen het idee dat hij door het ziekenhuispersoneel beschouwd wordt als een sta-in-de-weg. Hij wordt dan soms genegeerd of aan de kant gezet. De kraamperiode thuis levert voor de man wat betrokkenheid betreft geen problemen op. Als de vrouw en het kind in het Ziekenhuis liggen, kan de man het gevoel hebben een buitenstaander te zijn, die even op visite komt en die in het gunstigste geval z'n kind nog even mag vasthouden. Pas als moeder en kind thuiskomen, wordt de man pas echt vader en voelt hij zich bij het gebeuren betrokken.

1.8.7. Resultaten van het vooronderzoek die van belang zijn voor de steekproefpopulatie en voor de interviewmethode

Eerlijkheidshalve moet gezegd worden dat de punten, die van belang zijn voor het vaststellen van de steekproefpopulatie en de interviewmethode niet zódanig in het vooronderzoek zijn opgenomen, dat we er harde uitspraken over kunnen doen. We kunnen bij de resultaten alleen terugvallen op de eigen observaties en ervaringen die we tijdens de gesprekken en de uitwerking ervan hebben opgedaan. We hebben niet de indruk, dat er duidelijke verschillen in ervaringen in de medische zorg zijn, tussen vrouwen die een jaar geleden zijn bevallen en vrouwen die n t het kraambed verlaten hebben. Een steekproefpopulatie van vrouwen die bevallen zijn in een tijdbestek van één jaar lijkt voor het onderzoek dus geen bezwaar.

Tijdens de gesprekken is de periode van de zwangerschap niet als belangrijk naar voren gebracht. We kunnen niet beoordelen of deze periode voor deze vrouwen inderdaad niet belangrijk is, of dat vrouwen zich het niet meer goed kunnen herinneren.

Het aantal gesprekken in het vooronderzoek is te klein om na te gaan of de zwangerschap voor vrouwen die kort geleden bevallen zijn, belangrijker is dan voor vrouwen die een jaar geleden bevallen zijn; of er sprake is van een beïnvloeding van de ervaringen tijdens de zwangerschap door de ervaringen tijdens de bevalling en de periode erna was hierdoor eveneens niet te achterhalen. Tijdens het vooronderzoek hebben we geen aanwijzingen gekregen voor het optreden van 'seizoensinvloeden', die de ervaringen van de vrouw kunnen beïnvloeden.

Daar het aantal gesprekken erg klein is geweest, is het mogelijk dat er toch sprake is van enige seizoensinvloed. B.v.: bij het ophalen van de gegevens bij de gemeente Wageningen, hebben we gezien, dat in een bepaalde periode de vroedvrouw geen bevallingen heeft geleid. We hebben niet gemerkt, dat dit van invloed is geweest op de ervaringen van de vrouw.

We hebben tijdens het vooronderzoek de vrouw zoveel mogelijk aan het woord gelaten. We hebben gemerkt, dat de vrouwen in het begin zich vaak moeilijk dingen kunnen herinneren. Naarmate het gesprek vorderde, wist ze steeds meer ervaringen op tafel te brengen. We hebben het idee, dat er met een open gesprek meer resultaat geboekt wordt dan met een strak omlijnd gesprek. Het is immers de bedoeling zoveel mogelijk ervaringen van de vrouw 'bloot te leggen'.

De gesprekken zijn opgenomen op een cassetterecorder wat ervoor zorgt dat de interviewster al haar aandacht bij het gesprek kan houden en dat er geen gedeeltes van het gesprek verloren gaan. We hebben het idee, dat de vrouw na enige tijd de recorder vergeet terwijl een schrijvende interviewster haar blijft herinneren aan een vraaggesprek. Het volgende voorbeeld moge een aanwijzing zijn die pleit vóór het gebruik van een cassetterecorder: één vrouw wilde niet dat het gesprek werd opgenomen. Het interview bleef beperkt tot de vragenlijst. Veel punten wist de vrouw zich niet te herinneren, die bij andere vrouwen na verloop van tijd weer boven kwamen. Het ontbrak de vrouw aan eigen inbreng wat volgens ons veroorzaakt werd door het gesloten gesprek waaraan alle vertrouwelijkheid ontbrak.

Het uitwerken van de open gesprekken is een groot probleem gebleken. Het vraagt enorm veel tijd om alle gesprekken volledig uit te schrijven. Toch is het noodzakelijk opdat de informatie beschikbaar komt om te kunnen speuren naar algemeenheden.

Voor het vooronderzoek is een totaal open karakter van de gesprekken goed, omdat er op deze manier een beeld verkregen wordt van alle mogelijke ervaringen die de vrouwen hebben gehad met de medische zorg. Voor het eigenlijke onderzoek lijkt het van belang, net als in het vooronderzoek, de vrouw zoveel mogelijk aan het woord te laten; dit is volgens ons alleen mogelijk door een open gesprek. Om de werkzaamheid te vergroten, lijkt het ons goed om, waar mogelijk, de antwoorden op de vragenlijst te precoderen.

## Hoofdstuk 2: OPZET VAN HET ONDERZOEK

### 2.1. Inleiding

Het hoofddoel van het onderzoek is een beschrijving te geven van de onderzochte groep vrouwen en niet van een verzameling individuen. We zijn niet gericht op het toetsen van een stuk theorie en ook niet, tenminste niet in eerste instantie op het ontwikkelen van een stuk theorie.

Het doel van de beschrijving is om allerlei concrete waargenomen kenmerken bij het individu, onder te brengen in kenmerken die meerdere individuen gemeen hebben. Door bestudering van algemene kenmerken kunnen we de waargenomen aspecten beter begrijpen en eventueel beter verklaren.

Voor het verkrijgen van een overall-beeld van de Wageningse situatie m.b.t. de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed, hebben we daarom gekozen voor een beschrijvend (descriptief) onderzoek in tegenstelling tot bijvoorbeeld het explorerend-, het toetsend-, of het interventie-onderzoek.

### 2.2. De onderzoekspopulatie

Als onderzoekspopulatie hebben we gehuwde Wageningse vrouwen gekozen, die in de periode van 15 april 1978 tot en met 15 april 1979, een kind hebben gekregen dat langer dan een week in leven is gebleven.

De keuze voor de plaats Wageningen komt direct voort uit de aanleiding tot het onderzoek, namelijk enkele concrete vragen omtrent de Wageningse situatie m.b.t. de pre- en perinatale zorg.

Er is gekozen voor de populatie van vrouwen die in Wageningen wónen, omdat we de Wageningse zorg willen bekijken vanuit de ervaringen van de vrouwen zelf; we willen kijken welke mogelijkheden er openstaan voor de vrouwen en welke vormen van zorg ze kiezen en hoe ze deze zorg ervaren. Door deze keuze is niet uitgesloten dat we vrouwen die in Wageningen zijn bevallen, onderzoeken.

Op grond van het vooronderzoek hebben we definitief besloten ons te richten tot vrouwen die reeds van een kind bevallen waren (zie hiervoor de inleiding van deel 2).

Om praktische redenen is gekozen voor de periode 15 april 1978 - 15 april 1979, waarin men een kind heeft gekregen. Omdat de interviewperiode half mei 1979 begon, leek het ons beter om de vrouwen, die tussen 15 april en half mei 1979 een baby hadden gekregen, van het onderzoek uit te sluiten: de eerste weken na de bevalling moet men vaak nog wennen aan de nieuwe situatie, heeft men het nog erg druk en mogelijk is men nog te emotioneel bij het gebeuren betrokken. Aan de andere kant kunnen vrouwen die al langer geleden een baby hebben gekregen, bepaalde aspecten van de pre- en perinatale zorg alweer vergeten zijn. Wegens deze redenen, en omdat deze periode een voldoende grote steekproef zou opleveren, is gekozen voor de periode 15 april 1978 tot en met 15 april 1979.

De populatie bestaat uit 315 vrouwen. Hiervan hebben 15 vrouwen aan het vooronderzoek deelgenomen.

### 2.3. Benadering van de vrouwen

Om een zo volledig mogelijk overall-beeld van de Wageningse situatie te verkrijgen, besloten we zoveel mogelijk vrouwen uit de populatie van 315 in het onderzoek te betrekken.

De beperkende factoren waardoor we niet de gehele populatie in het onderzoek konden opnemen waren de beschikbare tijd (een interviewperiode van 5 weken waarin per interviewster maximaal 2 gesprekken per dag gerealiseerd konden worden) en het aantal interviewsters (nl. 7).

Binnen de gestelde interviewperiode hebben we 278 vrouwen met een aankondigingsbrief (zie bijlage II) benaderd; de overige 22 vrouwen zijn niet meer benaderd.

De 278 vrouwen kunnen als een aselechte steekproef beschouwd worden:

Alle aankondigingsbrieven waren alfabetisch op naam gerangschikt en elke interviewster heeft een willekeurige stapel voor haar rekening genomen; er is geen reden om aan te nemen dat de overgebleven 22 brieven in enig opzicht een select deel van de populatie vormt.

Enkele dagen nadat de aankondigingsbrief verstuurd is, zijn we persoonlijk lang geweest om te vragen of men bereid was aan het onderzoek deel te nemen.

Indien men daartoe bereid was, werd meteen een afspraak voor het interview gemaakt. Indien men in eerste instantie niet bereid was, is gevraagd naar de reden van weigering en zo mogelijk bij "twijfelgevallen" enigszins aangedrongen om toch nog aan het onderzoek deel te nemen.

Vrouwen die niet thuis waren, kregen een briefje in de bus waarop we meedeelden dat we nogmaals aan de deur zouden komen en dat zij eventueel ook zelf met ons contact zou kunnen opnemen voor een volgende afspraak. Bij vrouwen die na 2 of 3 pogingen niet thuis bleken te zijn, hebben we een briefje in de bus gedaan dat ze ons niet meer hoefden te verwachten.

#### 2.4. Het interview

De meest geschikte methode voor het verzamelen van gegevens met betrekking tot de geformuleerde probleemstelling lijkt het interview.

Daartoe is in dit onderzoek gekozen.

Interviews kunnen onderscheiden worden naar de mate van gestructureerdheid. Minder gestructureerd betekent i.h.a. dat er uitgebreider informatie wordt verkregen, maar tegelijkertijd zal de kans op subjectiviteit van de interviewer groot zijn.

Op het eerste gezicht lijkt de open vraag (de interviewer stelt ongestructureerde vragen; de respondent kan geheel vrij antwoorden; er zijn geen antwoordcategoriën) het minste informatieverlies op te leveren. Toch treedt bij het opschrijven van het antwoord al enig verlies op: de gezichtsuitdrukking, toon van de stem, aarzelingen en herformuleringen worden niet genoteerd. Daarna treedt er verlies op bij de codering en later, bij de verwerking, wanneer categoriën gecombineerd moeten worden, treedt er nog meer verlies op. Daarbij moet er steeds op gelet worden of de vragen wel relevant zijn en of de verkregen informatie wel relevant is voor datgene wat we willen achterhalen.

Het door middel van open vragen verkregen materiaal is meestal zo heterogeen van inhoud en vorm, dat het erg moeilijk, zo niet onmogelijk is, om het onder bepaalde categoriën te ordenen.

Terwille van de overzichtelijkheid van het materiaal hebben we de vrijheid van het interview beperkt door het op te hangen aan een lijst met vraagpunten (zie bijlage III).

Voor het opstellen van deze vragenlijst was het nodig te weten welke onderwerpen van belang zijn voor het onderzoek. Daartoe hebben we in eerste instantie die punten aan de orde laten komen, die als relevante aspecten uit het vooronderzoek

naar voren zijn gekomen (zie paragraaf 1.8). Daarnaast zijn er punten in de vragenlijst opgenomen, waarvan we vermoedden (en konden beargumenteren), dat ze mogelijk als een bijzondere ervaring, in positieve of negatieve zin, door de vrouw gezien worden.

Eén en ander is toegelicht onder paragraaf 2.5 van dit verslag.

De lijst is onderverdeeld in hoofdonderwerpen, waarbij respectievelijk de periode van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed aan de orde komen. Dit schema is door de interviewster naar eigen goeddunken en variërend van persoon tot persoon gehanteerd. Wel is erop gelet dat tijdens het interview één hoofdonderwerp volledig afgewerkt is, voordat op een nieuw hoofdonderwerp wordt overgegaan; hierdoor kon tijdens het interview beter overzien worden dat ook alle vragen die in de lijst zijn opgenomen, aan bod zouden komen.

De vragen kunnen door de vrouw in haar eigen woorden en op haar eigen wijze beantwoord worden. De interviewster stelt haar vragen binnen de context van een gesprek dat een natuurlijke lopende conversatie benaderd. Doordat de vrouw vrij is in de wijze van beantwoording, zowel op sterk gestructureerde als op geheel open vragen, zal het karakter van het gesprek minder gedwongen zijn dan bij een gestructureerd interview. Hierdoor zal de vrouw naar onze mening eerder geneigd zijn ervaringen, ook van meer emotionele aard, mee te delen, waardoor we mogelijk waardevolle informatie kunnen krijgen over de houding en ervaringen van de (aanstaande) moeder ten aanzien van het hele gebeuren en bruikbare toelichtingen die wat meer licht werpen op de problematiek.

Door deze manier van vragen stijgt de kans dat er spontaan geantwoord wordt. Deze spontane antwoorden zijn belangrijk omdat op die manier het referentiekader van de vrouw, m.a.w. de context van de gevraagde problematiek zoals die door de vrouw wordt gezien, er meer bij betrokken kan worden. Indien gedurende het interview het referentiekader van de vrouw voor de interviewster duidelijk wordt, zal dit de validiteit van het onderzoek kunnen vergroten. Deze vorm van interview is o.i. dan ook meer valide dan een gestructureerd interview waarbij de validiteit beperkt wordt door het gebrek aan kennis omtrent het referentiekader van de respondent.

Wanneer bekend is in welk referentiekader de vrouw, bij het geven van een bepaald antwoord zich beweegt, zal bij de verwerking van de gegevens er beter op gelet kunnen worden, of de antwoorden, gegeven door verschillende respondenten,

al dan niet tot dezelfde antwoordcategorie gerekend kunnen worden.

Hoewel de vertrouwensrelatie met de interviewster het geven van valide antwoorden kan bevorderen, kleven er ook een aantal bezwaren aan deze vorm van interviews:

- De omstandigheid dat deze vorm van vraagstelling gericht is op het verkrijgen van specifieke informatie, garandeert niet zonder meer dat men deze informatie ook werkelijk krijgt.  
De vrouw heeft vele mogelijkheden om het directe antwoord op een vraag te ontwijken, bijvoorbeeld door het geven van een algemeen antwoord zonder dat de vrouw haar eigen ervaring te kennen geeft.
- Een ander voorbeeld van een validiteitsgebrek in het interview is het geval dat een "social desirable" antwoord wordt uitgelokt. (Swanborn, 1974)  
De vrouw weet dat haar feitelijk gedrag afwijkt van de norm die zij vermoedt in haar omgeving, en dus ook bij de interviewster, aanwezig te zijn. Zij wil zich liever aan die norm conformeren dan dat zij een "afwijkend" antwoord geeft. Culturele factoren spelen hierbij een grote rol: in onze cultuur is er bijvoorbeeld altijd nog een zekere moed voor nodig om te durven zeggen dat men het kind in het begin of later in de zwangerschap eigenlijk niet wilde, indien dit het geval was. (Janssen, 1968)  
De kans op een social desirable antwoord zal o.i. waarschijnlijk, juist door de vertrouwensrelatie met de interviewster, een kleinere rol spelen dan bij het gestructureerde interview.
- Een ander probleem waarbij de validiteit in het geding komt, wordt gevormd door suggestieve vraagstellingen.

Doordat de subjectiviteit van de interviewster bij deze interviewtechniek een grotere rol speelt dan bij een gestructureerd interview, wordt de kans op bias verhoogd. De betrouwbaarheid van de metingen wordt door subjectieve vraagstellingen verlaagd, en daardoor ook de validiteit. (Een tekort aan betrouwbaarheid betekent dat de variatie in meetresultaten bij herhaalde metingen groot is).

Aan de andere kant zal waarschijnlijk door deze interviewtechniek het antwoord dat door de respondent gegeven wordt, dichter bij de werkelijkheid liggen. Dit verhoogt de validiteit en betrouwbaarheid.

Het netto-resultaat van deze twee mechanismen, namelijk enerzijds verlaging van de validiteit door subjectieve vraagstellingen en anderzijds verhoging van de validiteit doordat het verkregen antwoord de werkelijkheid dichter benaderd,

is moeilijk of niet te voorspellen.

Om bovengenoemde nadelen en de inter-interviewster bias zoveel mogelijk te elimineren, hebben de interviewsters vlak voor de interviewperiode een cursus gespreks training gevolgd. Hierdoor zijn we met meer ervaring en zelfvertrouwen aan de interviews begonnen.

De interviews zijn door 7 verschillende interviewsters afgenomen.

#### Het gebruik van de cassette-recorder

De gesprekken zijn opgenomen met behulp van een cassette-recorder.

De belangrijkste reden voor het gebruik van de cassette recorder was om tijdens het interview niet gehinderd te worden door het moeten opschrijven van de antwoorden. Als de interviewster alles met de hand zou opschrijven zou de rol van "sympathieke luisteraar" wegvallen.

In feite zijn er veel meer voordelen aan het cassette-recorder-gebruik toe te schrijven. Vaak gaat een moeder uitgebreid op een onderwerp in en soms slaat ze een zijpad in dat geen betrekking heeft op de gestelde vraag. Van deze spontane informatie kunnen we mogelijk waardevolle gegevens krijgen die wat meer licht werpen op de problematiek.

Ook geeft het de mogelijkheid om naderhand de toon van de stem nog eens te beluisteren, een gegeven dat bruikbaar is bij het inschatten van de houding die de moeder heeft t.a.v. een bepaald onderwerp.

Hoewel we niet van de mogelijkheid gebruik hebben gemaakt, hadden we, aan de hand van de opnamen, achteraf de inter-waarnemer variatie kunnen nagaan, en ook of de interviews in de loop van de interviewperiode nog veranderd waren t.a.v. de manier van vraagstelling, de intra-waarnemer-variatie. Door gebrek aan tijd hebben we hiervan afgezien.

Het gebruik van een cassette-recorder bij interviews zou bekritiseerd kunnen worden, omdat het de respondent "zelf-bewuster" zou kunnen maken en omdat het karakter van het gesprek gedwongener zou zijn. Onze ervaring met het werken met de cassette-recorder was -al bij het vooronderzoek- heel anders: waarschijnlijk mede omdat het een onderwerp van gesprek betreft waarover moeders in het algemeen zeer mededeelzaam zijn, scheen de cassette-recorder geen barrière voor een ongedwongen gesprek te zijn.



De cassette-recorder is openlijk gebruikt en nooit aangezet zonder toestemming van de moeder. In slechts twee gevallen prefereerde de moeder dat de cassette-recorder niet gebruikt werd; in dat geval is pen en papier gebruikt.

Onze indruk was dat, zo gauw als het interview eenmaal goed van start was gegaan, de cassette-recorder niet meer door de vrouw werd opgemerkt.

## 2.5. De vragenlijst

De vragenlijst is bedoeld om te komen tot een beschrijving van enerzijds het gebruik van de pre- en perinatale zorg door Wageningse vrouwen en anderzijds hun ervaringen hiermee.

De vragen vinden hun oorsprong in een aantal punten, die dr. Loendersloot in zijn praktijk tegenkwam. Deze punten zijn reeds uiteengezet in de algemene inleiding. Daarnaast zijn d.m.v. het vooronderzoek een aantal zaken naar voren gekomen, waarvan we met deze vragenlijst willen onderzoeken, of deze aspecten bij meerdere vrouwen een rol spelen.

Tenslotte zijn er vragen in opgenomen, waarvan wijzelf vermoeden, dat ze belangrijk zijn voor het beschrijven van het beeld van de ervaringen m.b.t. de medische zorg door Wageningse vrouwen.

Al deze vragen zijn ondergebracht in hoofdonderwerpen (in totaal 13), die chronologisch de drie perioden (zwangerschap, bevalling en kraambed) doorlopen. Om de verwerking zoveel mogelijk te vereenvoudigen en te objectiveren, zijn de antwoorden waar mogelijk geprecodeerd. Enkele antwoorden zijn niet van een code voorzien; geen inzicht bestaat in de aard van de te verwachten antwoorden. Wanneer toch zou worden ingedeeld, dan zou mogelijk veel informatie verloren gaan. De vragenlijst is in z'n geheel opgenomen als bijlage 3.

In dit hoofdstuk zal de argumentatie worden uiteengezet voor het opnemen van de vragen, voorzover deze argumenten niet reeds in de resultaten van het vooronderzoek naar voren zijn gekomen (hoofdstuk 1.8).

### I Persoonsgegevens

Dit eerste hoofdstuk is van belang om na te gaan welke personen van de verschillende mogelijkheden van de zorg gebruik gemaakt hebben. In eerste instantie dient het ter beschrijving van de onderzoekspopulatie. Bovendien zouden deze variabelen een bijdrage kunnen leveren aan het tot stand komen van praktische suggesties t.b.v. de Wageningse verloskundige zorg.

Wij denken, dat met name - het feit of het een eerste kind betreft .

- het tijdsverloop tussen laatste en voorlaatste bevalling
- de verzekeringsvorm,

mede bepalend zullen zijn voor de bekendheid met en het gebruik van voorzieningen. Er wordt ook naar de verzekeringsvorm geïnformeerd om te onderzoeken, of huisartsen de ziekenfondscliënten vertellen, dat alleen begeleiding door de vroedvrouw wordt vergoed; dit i.t.t. particuliere verzekeringsmaatschappijen: deze vergoeden zowel de huisarts als de vroedvrouw. Wij zijn van mening, dat de vrouw hierover duidelijk geïnformeerd dient te zijn. (zie ook hoofdstuk II, vraag 3<sup>a</sup>).

Verder kunnen we met gegevens uit dit hoofdstuk aanwijzingen verkrijgen over de mate, waarin het opleidingsniveau van de moeder samenhangt met het toegang hebben tot informatie. De resultaten van deze samenhang kunnen we dan doorspelen naar b.v. de begeleiders van de zwangerschap.

Een lijst met opleidingsniveaus is opgenomen als bijlage 4.

## II Vaststelling zwangerschap

M.b.v. de vragen 2 en 3 uit dit hoofdstuk willen we nagaan, of door de persoon die de zwangerschap vaststelt, gewezen wordt op de keuzemogelijkheden in verdere begeleiding en financiële gevolgen van die keuze; indien dit niet het geval zou zijn, zou de medische zorg op dit punt verbeteringen kunnen aanbrengen. Samen met de antwoorden van hoofdstuk III, vraag 1, 2, 3, 4, kan worden onderzocht of het om een werkelijke keuze ging, of dat een vrije keuze wordt belemmerd door b.v. financiële omstandigheden (verzekeringsvorm) of om medische redenen (medische indicaties).

Omdat wij menen, dat in principe de keuze in begeleiding van de zwangerschap niet mag afhangen van de wijze van verzekering, is een onderzoek naar bovengenoemde (vrije) keuze van begeleider van belang, teneinde eventueel aanbevelingen te kunnen doen aan verzekeringsmaatschappijen.

## III Keuze begeleiding zwangerschap en eventuele veranderingen

Zoals reeds in hoofdstuk II werd gezegd, vormen de vragen 1, 2, 3 en 4 de basis voor een eventuele aanbeveling t.b.v. een vrije keuze in begeleiding. Ook vraag 6 kan bij een eventuele aanbeveling worden betrokken.

Verder zijn uit de vragen 2 en 4 de medische indicaties tijdens de zwangerschap te halen. Hiermee kan de relatie medische indicatie en vrijheid van keuze m.b.t.

plaats en duur van het kraambed worden aangegeven. Tot nu toe houdt een medische indicatie vaak automatisch in, dat het kraambed ook in het ziekenhuis moet worden doorgebracht en dat de gynaecoloog bepaalt, hoe lang de vrouw daar ligt. Wij zijn van mening, dat dit geen ideale situatie is. Daarom kunnen wij deze relatie betrekken bij de wensen van de vrouw t.a.v. de lengte van het verblijf in het ziekenhuis (zie hoofdstuk X, klinisch, vraag 17 en 18).

Naast het feit (zie vooronderzoek), dat er mogelijk problemen optreden indien de zwangerschap door meerdere personen wordt begeleid (vraag 3, 5) is het van belang te weten wie de zwangerschap heeft begeleid i.v.m. problemen die de vrouw heeft ervaren tijdens de zwangerschap (gebrek aan informatie, met name over het bestaan van zwangerschapsgymnastiek en oudercursus). Hiermee kunnen dan aan de onderscheiden zwangerschapsbegeleiders aanbevelingen gedaan worden ter verbetering van de zorg.

#### IV Keuze plaats bevalling

M.b.v. vraag 1 t/m 5 willen we onderzoeken hoe de keuze m.b.t. de plaats van bevalling tot stand komt, welke argumenten daarbij een rol spelen.

Wij hebben in enkele gevallen geconstateerd, dat de plaats van bevalling samenhangt met de gekozen begeleider en zien hierin een mogelijke belemmering in vrije keuze.

Als dit vaker voorkomt, kunnen we ons met de medische zorg afvragen, of dit een gewenste situatie is, of dat meer rekening gehouden zou moeten worden met de eigen wensen van de vrouw.

#### V Kraamcentrum

In dit hoofdstuk worden alleen vragen gesteld over de aanmelding bij het kraamcentrum. De waardering over de kraamhulp komt in hoofdstuk X aan de orde.

Vraag 1 is gedeeltelijk een inleidende vraag (a en d), 1<sup>b</sup> en 1<sup>c</sup> zijn gesteld om een inzicht te krijgen in de argumenten van vrouwen om zich niet aan te melden; over deze categorie vrouwen is bij het kraamcentrum niets bekend.

Ook t.a.v. de alternatieven voor kraamhulp tast men in het duister. De resultaten van deze vragen willen we dan ook doorspelen naar het kraamcentrum.

Bij het kraamcentrum is ook niets bekend omtrent redenen waarom vrouwen voor een bepaald soort hulp kiezen. Door de vrouwen te vragen naar hun argumentatie bij de keuze van de kraamhulp kunnen we eventuele (positieve en negatieve) verwachtingen t.a.v. de kraamhulp naar boven halen. Op grond van deze resul-

taten zou het kraamcentrum eventueel de informatie over de kraamhulp kunnen herzien.

#### VI Zwangerschapscontrôles

In dit hoofdstuk zouden m.b.t. de eerder gesignaleerde problemen (zie vooronderzoek en de vragen 4, 5, 6, 7) eventuele verschillen tussen contrôles bij huisartsen en vroedvrouwen enerzijds en gynaecologen anderzijds naar voren gebracht kunnen worden. Verschillen t.a.v. diverse aspecten (zoals wachttijden, behandeling, informatie) zouden op dit onderscheid teruggevoerd kunnen worden en doorgespeeld naar de onderscheiden zwangerschapsbegeleiders en eventueel naar de verschillende ziekenhuizen.

Omdat wij menen, dat de continuïteit in de zorg erg belangrijk is (o.a. in verband met de informatieverstrekking) en denken, dat dit niet gewaarborgd is als de vrouw door meerdere gynaecologen wordt onderzocht (zoals in de ziekenhuizen voorkomt) willen wij nagaan hoe vaak dat voorkomt en hoe de vrouwen dit ervaren (vraag 2).

Wij willen onderzoeken in hoeverre de gynaecoloog met de vrouw over de plaats van het kraambed spreekt (vraag 3), om na te gaan of een medische indicatie voor de gynaecoloog ook automatisch inhoudt, dat het kraambed in het ziekenhuis wordt doorgebracht (zie ook hoofdstuk III).

I.v.m. de vrije keuze van begeleider van de zwangerschap (zie ook hoofdstuk II) kan met vraag 9 worden nagegaan, of sprake is van een vrije keuze, indien het verloop van de zwangerschap, ná een complicatie, geen reden meer is om begeleid te worden door een gynaecoloog.

#### VII en VIII Zwangerschapsgymnastiek en oudercursus

De meeste vragen uit deze hoofdstukken zijn gebaseerd op grond van resultaten uit het vooronderzoek (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9).

De eerste vraag van beide hoofdstukken is o.a. van belang om te onderzoeken hoeveel vrouwen niet wisten van het bestaan van een cursus. Dit kan gerelateerd worden aan de begeleider van de zwangerschap, omdat redelijkerwijs verondersteld mag worden, dat de begeleider de info hierover verstrekt.

Juist van de vrouwen die voortijdig stoppen met de cursus is het interessant om te achterhalen, wat daarvan de reden is (vraag 4). Dit kan samen met de meningen van de overige vrouwen de desbetreffende organisatoren een beeld geven van de waardering van de cursus waarna, al naar gelang de resultaten, een uitgebreider onderzoek gedaan zou kunnen worden naar de mening over de cursussen.

Tenslotte liepen de meningen van de vrouwen uit het vooronderzoek over de dia-avond (dia's over de bevalling) sterk uiteen. Dit is de reden, dat we over dit punt een aparte vraag hebben opgenomen (vraag 10).

#### VIII-A Evaluatie zwangerschap

Het kan zijn dat niet alle aspecten m.b.t. de zwangerschap die door de vrouwen als bijzonder werden ervaren, in de voorafgaande vragen naar voren zijn gekomen. Om deze punten niet tussen wal en schip te laten vallen, wordt hier expliciet naar gevraagd (vraag 1).

Vraag 2 wordt gesteld op grond van het vooronderzoek.

#### IX De bevalling

Omdat de ervaringen m.b.t. de bevalling de grootste plaats inneemt in het hele gebeuren naast zwangerschap en kraambed (zo bleek uit de gesprekken met vrouwen uit het vooronderzoek), zijn de vragen m.b.t. dit onderdeel vrij uitgebreid en gedetailleerd opgenomen in de lijst.

De vragen 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 16, 17, 20, 21, 22, zijn gebaseerd op de resultaten uit het vooronderzoek.

Om de ervaringen van vrouwen te kunnen vergelijken, is een onderscheid gemaakt naar plaats van bevalling: thuis en in beide ziekenhuizen.

Eventuele verschillen t.a.v. diverse aspecten van de bevalling willen we terug kunnen voeren op de onderscheiden plaats van bevalling. Deze gegevens kunnen worden doorgespeeld aan de desbetreffende instanties (huisartsen, vroedvrouw, beide ziekenhuizen).

Voor vrouwen die langer dan een week van te voren in het ziekenhuis worden opgenomen (vraag 2), geldt een heel andere problematiek wat betreft opvang etc. Antwoorden van deze vrouwen zullen dan ook niet worden verwerkt wat betreft de vragen 3, 4, 5, 7, 8, 9.

Het komt vooral in vakantietijden nogal eens voor, dat de vrouw niet de eigen begeleider treft bij de bevalling. I.v.m. de continuïteit van de zorg, willen we inventariseren, hoe dit door de vrouwen ervaren wordt (vraag 6).

Via een ziekenhuis hoorden we, dat aan vrouwen die door de gynaecoloog werden begeleid, gelegenheid werd gegeven de verloskamer te zien. Wij zijn van mening dat dit belangrijk kan zijn om (on)bewuste angst voor de verloskamer bij de vrouwen weg te nemen of althans te verminderen. Daarom willen wij onderzoeken

hoe vaak dit in de verschillende ziekenhuizen voorkomt, hoe dit gewaardeerd wordt en of die behoefte ook bestaat bij vrouwen, die poliklinisch of thuis bevallen (vraag 10).

Omdat wij de ervaringen van de vrouw zo belangrijk vinden in ons onderzoek, willen wij weten, of vrouwen bepaalde eigen (in onze ogen reële) ideeën hebben m.b.t. de bevalling en/of verzorging van het kind direct na de bevalling en zo ja, of de begeleiders hiermee rekening houden (vraag 12 en 23).

In hoofdstuk III is reeds een vraag opgenomen m.b.t. het optreden van medische indicaties tijdens de zwangerschap. Ook tijdens de bevalling echter kunnen nog medische indicaties plaatsvinden (vraag 14). Hiermee willen we het beeld t.a.v. medische indicaties completeren.

Van een gynaecoloog vernamen wij, dat momenteel het scheren bij eventueel inknippen centraal staat: is scheren wel of niet nodig uit het oogpunt van hygiëne. Wij willen daarom onderzoeken, hoe vaak bij inknippen van te voren wordt geschoren en wat daarbij de ervaringen van de vrouwen zijn (vraag 15, 16). Mogelijk kunnen deze ervaringen betrokken worden bij de discussie over het al dan niet scheren bij inknippen.

Hoewel bij het hoofdstuk over zwangerschapsgymnastiek al gevraagd wordt hoe de vrouwen de diverse onderdelen hebben ervaren, willen we hier nog eens expliciet naar vragen of zij bij de bevalling iets gehad hebben aan de gym, omdat dit verder nooit meer achterhaald wordt door b.v. de leidsters van de cursus. Ook wordt nooit achterhaald of de mannen iets aan de zwangerschapsgym hebben gehad. Omdat het kraamcentrum ernaar streeft de mannen erbij te betrekken, willen we onderzoeken, in hoeverre de man daadwerkelijk iets gehad heeft aan de gymles (naar de mening van de vrouw).

#### X Kraambed en nazorg

In dit hoofdstuk komen enkele punten naar voren over de periode na de bevalling (vanaf het moment, dat moeder en kind zijn verzorgd) t/m de 10<sup>e</sup> dag na de bevalling (grens voor kraamhulp en verblijf in het ziekenhuis).

Er is een splitsing gemaakt in kraambed thuis, kraambed bij poliklinische bevalling en kraambed in het ziekenhuis; enerzijds om verwachte verschillen in ervaringen aan te tonen, anderzijds om een indruk te krijgen van de verdeling over

mogelijkheden van de plaats van het kraambed (vraag 1).

De hieronder genoemde problemen willen we nader onderzoeken:

- In hoeverre bestaat er een behoefte aan scheiding van plaats van bevalling en plaats van het kraambed (een van de oorspronkelijke vragen van dr. Loendersloot). In concreto: hoeveel vrouwen die het kraambed volledig in het ziekenhuis hebben doorgebracht wilden liever eerder of later naar huis en waarom (klinisch, vraag 19).  
Tenslotte: hoeveel vrouwen die thuis en poliklinisch zijn bevallen hadden liever het kraambed in het ziekenhuis doorgebracht (thuis, 17; poliklinisch 23).
- Uit het vooronderzoek kwam naar voren, dat enkele vrouwen niet tevreden waren met de lengte van het verblijf van de kraamhulp (thuis, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; poliklinisch 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). Naar aanleiding daarvan wordt bij vrouwen met kraambed thuis geïnterviewd, hoeveel dagen zij idealiter hulp zouden willen hebben (thuis, 9, 10; poliklinisch, 15, 16) of, zoals bij kraambed volledig in het ziekenhuis, of zij na het kraambed nog behoefte zou hebben aan kraamhulp (klinisch, 20).
- Wij hebben via enkele personeelsleden in een van de ziekenhuizen gehoord, dat vrouwen die het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen, automatisch in de gelegenheid worden gesteld, deel te nemen aan gymnastiek na de bevalling (georganiseerd in het ziekenhuis).  
Wij vroegen ons daarna af, of vrouwen die het kraambed thuis hebben doorgebracht op de hoogte zijn van de mogelijkheden van postnatale gymnastiek in groepsverband en of zij er behoefte aan zouden hebben hieraan deel te nemen.

### XI Voeding van het kind

Dit hoofdstuk is volledig gebaseerd op resultaten uit het vooronderzoek. Met name de vragen 1, 2, 3 en 5 zijn hier direct uit afgeleid.

Verder zijn we geïnteresseerd in de reden van de eventuele verandering in de oorspronkelijke keuze t.a.v. voeding van het kind (vraag 4). Als ze b.v. zijn terug te voeren op gebrek aan informatie of begeleiding, zou achterhaald moeten worden, of daarvoor iemand van de zorg mede verantwoordelijk zou zijn (vraag 6 en 7).

### XII Wijkverpleging

Ook dit hoofdstuk is helemaal gebaseerd op grond van het vooronderzoek. Hierin willen we een overzicht krijgen van de frequentie van en de meningen over de

bezoeken van de wijkverpleegster, zowel vóór als na de bevalling.

### XIII Algemeen en suggesties ter verbetering

In dit hoofdstuk komen nog enkele algemene, evaluerende vragen voor, die in meer expliciet vorm al in eerdere blokken naar voren zijn gekomen, of in het verlengde daarvan liggen (b.v. vraag 2 is al eerder gevraagd, maar alleen m.b.t. de zwangerschap).

Omdat er misschien punten zijn van algemeen belang, wordt er nog eens naar gevraagd.

Ook de vraag over suggesties ter verbetering moet in het algemene kader worden gesteld, want ook hierover zijn per hoofdstuk reeds vragen aan de orde geweest.

Een belangrijk aspect tenslotte betreft de continuïteit van de zorg wat betreft het geven van informatie. De vrouw komt met diverse personen van de medische zorg in aanraking. Met vraag 3 willen wij onderzoeken of de informatie, waar ze al dan niet om gevraagd heeft, in overeenstemming is met elkaar en met de informatie uit literatuur en van 'leken' (vrienden/familie).

#### 2.6. Pre-test van de vragenlijst

Voor de interviewperiode is de vragenlijst uitgeprobeerd.

Hiervoor zijn acht vrouwen, die in de periode vóór 15 april 1978 een baby hadden gekregen, geïnterviewd; deze vrouwen maakten geen deel uit van de onderzoekspopulatie.

De geïnterviewde vrouwen zijn door 2 personen van onze onderzoeksgroep bezocht; hierbij is door 1 persoon het interview afgenomen, terwijl door de ander nauwkeurig de inhoud van de vragenlijst in het oog is gehouden.

De vragenlijst heeft naar aanleiding van de pre-test slechts kleine wijzigingen ondergaan.

#### 2.7. Verwerking van de gegevens

##### 2.7.1. Inleiding

Na elk interview heeft de interviewster alle relevante gegevens die het gesprek



heeft opgeleverd, m.b.v. de cassette-opname, op schrift vastgelegd in de vragenlijst. Zodoende is het mogelijk om de totale informatie van elke respondent afzonderlijk terug te vinden.

Terwille van de privacy van de respondent, is, i.p.v. de naam, aan elke vrouw een nummer toegekend, waaronder de verstrekte informatie is terug te vinden. Gestructureerde antwoorden zijn gecodeerd, geponst en verder m.b.v. de computer verwerkt (zie 2.7.2.):

De overige gegevens zijn met de hand verwerkt (zie 2.7.3.).

### 2.7.2. Verwerking met de computer

Zoals in paragraaf 2.4. is uiteengezet, zijn zoveel mogelijk vragen van de vragenlijst gestructureerd, om de verwerking van de antwoorden te vereenvoudigen. De antwoorden op deze vragen werden gecodeerd, geponst en vervolgens met de computer verwerkt. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het SPSS-systeem; dit systeem bevat een standaardprogrammatuur die speciaal ingericht is voor het sociaal-wetenschappelijk onderzoek.

#### Coderen en ponsen

In het codeboek (bijlage V) is aangegeven hoe de antwoorden van de gestructureerde vragen zijn gecodeerd.

Elk van de zeven interviewsters codeerde haar eigen interviews, eerst op de vragenlijst zelf en daarna op een ponsformulier. Vervolgens werd deze codering zowel op de vragenlijst als op het ponsformulier, door één van de anderen gecontroleerd.

Daarna werden de kaarten éénmaal geponst, en met het oog gecontroleerd op fouten. Ponsen en controleren werd gedaan door zes personen.

#### Toevoegen van nieuwe variabelen

Door tijdgebrek werd pas met de voorbereiding van de computerverwerking begonnen nadat de vragenlijst voltooid was.

Hierdoor bleek pas achteraf dat een aantal vragen niet in de lijst was opgenomen, hoewel wij deze wel nodig hadden voor de verwerking en interpretatie van sommige andere vragen.

In twee gevallen kon het probleem opgelost worden door een nieuwe variabele in de computer in te voeren. Dit was mogelijk doordat de benodigde gegevens wel in de vragenlijst waren genoteerd (zie paragraaf 2.4.)

1. Het kwam een aantal malen voor dat een vrouw tijdens haar zwangerschap van begeleider was veranderd. Afgesproken was de vragen aangaande de zwangerschapsbegeleiding te beantwoorden m.b.t. diegene die de vrouw tijdens haar zwangerschap het langste had begeleid.

De volgende variabele werd ingevoerd:

"Wie was het langst uw begeleider?"	ha	1
	vrvr	2
	gyn	3

2. In een aantal gevallen was het van belang, de gegevens over plaats van bevalling en de gegevens over een eventuele medische indicatie gecombineerd voorhanden te hebben.

Daarvoor is een variabele ingevoerd met de volgende antwoordcategorieën:

1. Klinische bevalling, MI vóór 3<sup>e</sup> maand zwangerschap
2. Klinische bevalling, MI na 3<sup>e</sup> maand maar vóór laatste week zwangerschap
3. Klinische bevalling, MI binnen een week vóór de bevalling
4. Thuisbevalling, geen MI
5. Poliklinische bevalling, geen MI
6. Thuisbevalling, MI na bevalling.

### Verwerking van de gegevens

Met behulp van het SPSS-systeem werden de volgende bewerkingen uitgevoerd:

1. Frequentietellingen:

Voor elke variabele werd de absolute en relatieve frequentie bepaald van alle waarden die deze variabele had aangenomen.

2. Kruistabellen:

Met behulp van kruistabellen kunnen de waarden van twee of meer variabelen tegelijkertijd bekeken worden. Hiermee was het dus mogelijk om de groep respondenten onder te verdelen in subgroepen van respondenten, die in één of meer kenmerken van elkaar verschilden. Vervolgens konden voor elke subgroep de frequenties van antwoorden op bepaalde vragen geteld worden. In een aantal gevallen bleken er tussen de subgroepen aanzienlijke verschillen te bestaan in frequentieverdeling van de antwoorden op een vraag. In principe is het dan mogelijk de computer een toets uit te laten voeren, om aan te tonen of zo'n verschil aan het toeval toegeschreven kan worden of dat het statistisch significant is.

Aangezien ons onderzoek beschrijvend van aard is, en wij ons niet tot doel gesteld hebben een bepaalde theorie te ontwikkelen of te toetsen, hebben we besloten de toets op significantie achterwege te laten, mede omdat uitvoering van de toets een praktisch bezwaar met zich meebracht, nl het volgende:

Bij de verwerking met de hand was gebleken dat vrij veel coderingen achteraf herzien moesten worden. Vooral de code 8 kon vaak nog in één van de andere antwoordcategorieën ondergebracht worden. Voordat een significantietoets met de computer uitgevoerd kon worden, zouden al deze veranderingen ook in de computer-gegevens aangebracht moeten worden.

Dit zou erg veel tijd kosten, en het zou nauwelijks iets bijdragen aan de relevantie van de resultaten van ons onderzoek.

### 2.7.3. Verwerking met de hand

De verkregen informatie die niet direct m.b.v. ponskaarten en de computer verwerkt konden worden, is in drie verschillende soorten antwoorden te onderscheiden:

A: Vragen, waarop geantwoord is met "anders".

Voorbeeld: "In welk ziekenhuis bent u bevallen?"

Antwoordmogelijkheden: - Pieter Pauw 1  
- Bennekom 2  
- anders, nl .... 8

Indien de respondent een antwoord heeft gegeven, dat niet in een van de tevoren opgestelde antwoordcategorieën (in het voorbeeld zijn dit "Pieter Pauw" en "Bennekom") is in te delen, dan is dit antwoord in de vragenlijst het cijfer "8" toegekend.

M.b.v. de computer weten we hoe vaak er "anders" is geantwoord, maar daaruit weten we niet wat het antwoord is geweest. De inhoud van deze antwoorden is met de hand verwerkt.

B: Geprecodeerde vragen die verdere toelichting vereisen.

Voorbeeld: "Hoe bent u tot deze keuze gekomen?"

Antwoordmogelijkheden: - persoonlijk motief, nl ..... 1  
- financieel motief, nl ..... 2  
- medisch motief, nl ..... 3

Dit soort vragen zijn gedeeltelijk met de computer verwerkt. De toelichting echter, m.a.w. de specificatie van het antwoord, is apart met de hand verwerkt.

C: De open vragen.

Voorbeeld: "Heeft u verder nog suggesties of opmerkingen m.b.t. de zwangerschapscontrôles"?

Deze drie soorten informatie zijn allen verwerkt tot stukken tekst die, voordat er een vorm van analyse toegepast kon worden, eerst geclassificeerd moesten worden.

Na de categorisering is per vraag een frequentieverdeling van de antwoorden gemaakt.

Hierbij treedt onvermijdelijk verlies aan informatie op, m.n. bij de verwerking van de openvragen. Het geheel wordt erg complex als er teveel antwoordcategorieën ontstaan. Terwille van de overzichtelijkheid zullen sommige antwoordcategorieën moeten worden samengevoegd; een antwoord dat slechts eenmalig door een vrouw gegeven wordt en dat minder relevant wordt geacht voor het verkrijgen van een overall-beeld van de wagingse situatie m.b.t. het betreffende probleemgebied, zal soms geschrapt moeten worden.

Het ruwe materiaal is verdeeld onder drie personen van onze onderzoeksgroep. De gegevens van respectievelijk de zwangerschap, de bevalling en het kraambed zijn elk door één persoon verwerkt. Doordat alle informatie over een periode (zwangerschap, bevalling of kraambed) door één persoon wordt verwerkt, krijgt deze persoon een goed overzicht van de betreffende periode in het geheel en daardoor wordt zo min mogelijk informatie verloren.

Deze werkwijze zal het verkrijgen van een overall-beeld van de wagingse situatie waarschijnlijk meer ten goede komen (m.a.w. er gaat minder informatie verloren), dan dat de verkregen informatie in meerdere deelonderwerpen zou zijn opgesplitst.

De numerieke verwerking m.b.v. de computer en de verwerking met de hand zijn tenslotte gecombineerd neergelegd in hoofdstuk 3, waarin de resultaten van het onderzoek beschreven worden.

### Hoofdstuk 3: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

#### Inleiding.

In dit hoofdstuk vindt u de resultaten van het uiteindelijke onderzoek en een bespreking van deze resultaten.

In paragraaf 3.1 wordt een beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie met behulp van frequentietabellen van de verschillende persoonsgegevens die wij verzamelden. De paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4 geven de resultaten met betrekking tot zwangerschap respectievelijk bevalling respectievelijk kraambed. Voor zover de persoonsgegevens in verband worden gebracht met verschillende aspecten ten aanzien van zwangerschap, bevalling en/of kraambed, wordt dit verband beschreven in de paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4.

Voorafgaande aan de beschrijving en bespreking van de resultaten willen wij de lezer wijzen op het feit dat inherent aan de methode van onderzoek (zie par. 2.4 "het interview") en de wijze van verwerking van de gegevens (zie par. 2.7), informatie verloren gaat.

Hierbij kan worden gedacht aan informatie van individuen die verloren gaat door het categoriseren van antwoorden, terwille van de overzichtelijkheid en ter verkrijging van een beeld van de totale Wageningse situatie. Bovendien willen wij opmerken dat de paragrafen zwangerschap, bevalling en kraambed werden geschreven door verschillende onderzoeksters. Hierdoor was het onvermijdelijk dat de benadering van de verschillende aspecten in iedere paragraaf, en de aandacht die aan bepaalde aspecten werd geschonken, werden beïnvloed door de inzichten, achtergronden, ervaringen en belangstelling van de schrijfster van de paragraaf.

### 3.1 Persoonsgegevens

#### \* Respons.

Van de 278 aangeschreven moeders namen er 209 deel aan het onderzoek.

De non-respons bedroeg dus  $69/278 \times 100 = 25\%$ .

De redenen voor de 69 moeders om niet deel te nemen aan het onderzoek worden in de volgende tabel vermeld.

Tabel 3.1-1

Motivatie voor non-respons.

motivatie	aantal
verhuisd naar andere gemeente	25
op vakantie tijdens interviewperiode	5
geen tijd	8
geen zin; geen belangstelling	18
bij afspraak verhinderd	7
anders	6
	<hr/> 69

#### \* Geboortemaand van het kind.

Wij vroegen elke moeder in welke maand het kind is geboren, om eventuele seizoensinvloeden te kunnen achterhalen (vraag I-1).

Wij denken bijvoorbeeld aan:

- beperkingen vanuit de zorg vanwege vakantie of drukke periode,
- verschillen in oordeel over een cursus als gevolg van de periode waarin de cursus werd gevolgd.

Kolom 1 van tabel 3.1-2 geeft de verdeling van de onderzoekspopulatie naar de maand waarin het kind werd geboren. In kolom 2 staan voor de maanden mei 1978 t/m maart 1979 het totaal aantal geboorten behorende tot de bevolking van de gemeente Wageningen.

Kolom 3 geeft voor deze maanden het percentage van het totaal aantal geboorten dat deel uitmaakte van de onderzoekspopulatie.

Tabel 3.1-2

- Verdeling van de onderzoekspopulatie naar de maand waarin het kind werd geboren.
- Totaal aantal geboorten behorende tot de bevolking van de gemeente Wageningen voor de maanden mei '78 t/m maart '79.
- Het percentage van het totale aantal geboorten in de maanden mei '78 t/m maart '79 dat deel uitmaakte van de onderzoekspopulatie.

maand	(1) onderzoeks- populatie aantal	(2) gemeente Wageningen aantal	$1/2 \times 100$ percentage
16-30 april 1978	10	(13 echtelijk)	(77)
mei "	16	30	53
juni "	13	23	57
juli "	11	29	38
augustus "	21	26	81
september "	22	29	76
oktober "	11	17	65
november "	16	27	59
december "	14	24	58
januari 1979	23	30	77
februari "	20	31	65
maart "	21	29	72
1-15 april "	11	(15 echtelijk)	(73)
	209		

\* Aantal kinderen.

De vraag: "Hoeveel kinderen heeft u (incl. de baby)?" (vraag I-2, leidde tot de resultaten die staan weergegeven in tabel 3.1-3.

Tabel 3.1-3

De onderzoekspopulatie verdeeld naar geboorterangnummer én de percentages geboorten per rangnummer voor de onderzoekspopulatie en voor de Nederlandse moeders die in 1976 bevielen van een kind.

	onderzoekspopulatie		Nederlandse moeders 1976
rangnummer	aantal	percentage	percentage
1	95	45	42
2	90	43	40
3	22	11	12
≥4	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>6</u>
	209	100	100

De percentages geboorten per geboortेरangnummer voor de nederlandse moeders die in 1976 een kind kregen, zijn ontleend aan gegevens van het C.B.S. over het aantal levendgeborenen naar geboortेरangnummer per 1000 inwoners (statistisch zakboek 1978).

Vergelijking van de Wageningse- met de landelijke percentages per rangnummer, geeft een aanwijzing dat Wageningse gezinnen waar een kind wordt geboren minder groot zijn dan een gemiddeld Nederlands gezin waar een kind wordt geboren.

Opgemerkt moet worden dat:

- Wageningse cijfers van 1978/1979 worden vergeleken met landelijke cijfers van 1976,
- De Wageningse percentages betreft gezinnen waarvan de moeder bereid was deel te nemen aan het onderzoek.

\* Leeftijd voorlaatste kind.

Aan de moeders die meer dan één kind hadden (n=114) vroegen wij naar de leeftijd van het voorlaatste kind (vraag I-3).

Tabel 3.1-4

Leeftijd van het vóórlaatste kind bij de geboorte van het laatste kind.

leeftijd (jr)	aantal
1	13
2	38
3	35
4	16
5	3
6	3
7	4
onbekend	<u>2</u>
	114



\* Leeftijd van de moeder.

Tabel 3.1-5

Geeft voor de onderzoekspopulatie (vraag I-4) én voor alle Nederlandse moeders die in 1976 bevielen van een kind (statistisch zakboek 1978):

- het aantal (echtelijke) levendgeborenen naar leeftijd van de moeder,
- het percentage geboorten per leeftijdscategorie.

leeftijd moeder (jr)	onderzoekspopulatie		landelijk 1976 (echtelijk)	
	aantal	percentage	aantal	percentage
20	1	0,5	5.416	3,1
20-24	59	28,2	51.391	29,8
25-29	107	51,2	79.281	45,9
30-34	36	17,2	27.886	16,1
35-39	4	1,9	7.054	4,1
40-44	2	1,0	1.591	0,9
45	-	-	116	0,1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	209	100,0	172.735	100,0

Voor de onderzoekspopulatie was de gemiddelde leeftijd van de moeders die bevielen van hun eerste kind 25,7 jaar en de gemiddelde leeftijd van de moeders die al een kind hadden 27,7 jaar.

\* Opleiding van de moeder.

Wij vroegen elke moeder welke opleiding zij heeft gevolgd (vraag I-5).

De verschillende opleidingen werden ondergebracht in 9 opleidingsniveua's (zie bijlage 4).

Tabel 3.1-6

Geeft voor de onderzoekspopulatie per opleidingsniveau het aantal moeders én de gemiddelde leeftijd van die moeders.

opleidingsniveau	aantal moeders	gemiddelde leeftijd (jr)
1	18	24,4
2	7	26,0
3	40	25,6
4	19	27,6
5	20	26,7
6	26	26,8
7	45	27,4
8	21	28,8
9	12	30,4
onbekend	<u>1</u>	
	209	

De gemiddelde leeftijd werd in bovenstaande tabel opgenomen omdat bij computer-  
verwerking van de gegevens een positieve correlatie bleek te bestaan tussen de  
leeftijd van de moeder en haar opleidingsniveau.

\* Verzekering.

Als laatste persoonsgegevens vroegen wij naar het soort verzekeringsmaatschappij  
waarbij de ziektenkostenverzekering van het gezin was afgesloten tijdens de  
zwangerschap, bevalling en kraamperiode van de moeder (vraag I-6).

Tabel 3.1-7 geeft de antwoorden op deze vraag.

Tabel 3.1-7

Onderzoekspopulatie verdeeld naar soort ziektenkostenverzekering.

ziektenkostenverzekering	aantal
vrijwillig ziekenfonds	2
vrijwillig ziekenfonds + aanvullende verzekering	21
verplicht ziekenfonds	4
verplicht ziekenfonds + aanvullende verzekering	124
ambtenarenverzekering	11
particuliere verzekering	44
anders	<u>3</u>
	209

Voor de betekenis van de verzekeringsvorm voor de keuzemogelijkheden binnen de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed, wordt verwezen naar deel-I.

Slotopmerking.

De verkregen informatie via de achtergrondvariabelen van de deelnemers, laat zien dat de resultaten in de volgende paragrafen betrekking hebben op een zeer diverse populatie. Naar onze mening mag de lezer dit niet uit het oog verliezen.

### 3.2. De zwangerschap

#### 3.2.1. Vaststelling van de zwangerschap

Hoewel de zwangerschap thuis, door de vrouw zelf, met behulp van een urinetest (prediktor) vastgesteld kan worden, gaan de meeste vrouwen alsnóg ofwel direct naar de huisarts, vroedvrouw of de gynaecoloog om de zwangerschap vast te laten stellen. Een en ander wordt weergegeven in tabel 3.2.1. (vraag II-2).

Indien de vrouw eerst zelf een test heeft gedaan (prediktor) of zich bij moeders voor moeders heeft opgegeven, maar daarna alsnog door de medische zorg onderzocht is (urinetest en/of inwendig onderzoek), dan is alleen het laatste vermeld.

TABEL 3.2.1.

#### Vaststelling zwangerschap

huisarts	: 71%
vroedvrouw	: 11%
gynaecoloog	: 7%
moeders voor moeders	: 6%
prediktor	: 1%
overig	: 3%

Slechts 7% volstond met de positieve uitslag van prediktor of moeders voor moeders en vond het niet meer nodig de zwangerschap nogmaals door iemand van de verloskundige zorg vast te laten stellen.

Het grootste gedeelte van de vrouwen gaat voor de vaststelling van haar zwangerschap naar de huisarts. De vrouwen die rechtstreeks naar de vroedvrouw gaan, hebben hun keuze voor de verdere zwangerschapszorg door de vroedvrouw al gemaakt.

Indien de gynaecoloog de zwangerschap heeft vastgesteld, dan was de vrouw reeds onder behandeling van een specialist.

#### De zwangerschapstest

Op het laboratorium wordt voor de vaststelling van de zwangerschap een test gebruikt die gelijk is aan Predictor, namelijk Pregnosticon.

De test is positief als een bepaalde hoeveelheid hormoon (1000 eenheden HCG) in de urine aanwezig is. Men gebruikt bij voorkeur ochtend-urine, aangezien deze het meest geconcentreerd is. Bij 10 dagen overtijd verwacht men dat de test positief is bij zwangerschap.

Het komt vrij vaak voor dat de uitslag van de test ten onrechte negatief is; exacte cijfers hierover zijn ons niet bekend. Een fout-negatieve test is mogelijk door oorzaken van biologische aard bij de vrouw of door technische fouten. Indien goed gebruikt, dan heeft de test een hoge betrouwbaarheid (reproduceerbaarheid).

Is de test negatief, dan wordt na 1 á 2 weken opnieuw een test gedaan. Dit is veelal het geval bij gebruiksters van de prik-pil, zeer jonge meisjes en vrouwen in de overgang.

Bij 10 van de 209 vrouwen was de uitslag de eerste maal fout-negatief (vraag II-4); bij 8 van deze 10 vrouwen was de zwangerschap bepaald met behulp van de urinetest.

Wanneer een vrouw graag een kind wil hebben en/of zich zwanger voelt, dan kan een fout-negatief resultaat een vervelende ervaring voor haar zijn. (Ook wanneer een vrouw geen kind wil hebben kan een fout-negatief resultaat een vervelende ervaring zijn als bijvoorbeeld later blijkt dat ze toch zwanger is). Haar gevoelens kunnen zich ingesteld hebben op een aanwezige zwangerschap, zij "voelt" zich zwanger en de mededeling dat dit niet zo is, is vaak erg teleurstellend en kan hard voor haar aankomen.

Het bericht van een negatieve uitslag, mede met de wetenschap dat de uitslag fout-negatief kan zijn, dient dan ook op een tactische manier verteld te worden. Dit gebeurt niet altijd: 5 van de 8 vrouwen met een fout-negatieve urinetest vonden dat er onvoldoende rekening gehouden werd met haar gevoelens (vraag II-5).

De informatie die de huisarts of vroedvrouw geeft over de bestaande mogelijkheden voor verdere zwangerschapsbegeleiding en de daaraan verbonden kosten, zal van invloed zijn op de keuze die de vrouw maakt ten aanzien van de persoon die haar zwangerschap verder begeleidt.

Of deze informatie daadwerkelijk door de huisarts en de vroedvrouw gegeven worden hebben we niet kunnen achterhalen, doordat de hiervoor bestemde vraagstelling (vraag II-3) door de verschillende interviewsters anders is geïnterpreteerd.

### 3.2.2. Begeleiding van de zwangerschap

Alle vrouwen in het onderzoek zijn tijdens hun zwangerschap onder contrôle geweest van een huisarts, de vroedvrouw of de gynaecoloog (vraag III-1).

Bij zwangerschapsbegeleiding door de gynaecoloog gaat het om vrouwen waarbij reeds vóór of tijdens de eerste 4 maanden van de zwangerschap een medische indicatie aanwezig is (de zogenoemde primaire medische indicatie) en waarbij specialistische hulp bij de zwangerschap en bevalling nodig geacht wordt. Bij medische en/of financiële beperkingen is er geen sprake van een echte "keuze" ten aanzien van de begeleid(st)er; het woord "keuze" dient dan ook in ruimere betekenis te worden opgevat.

In tabel 3.2.2. is, naar het aantal kinderen, weergegeven wie men oorspronkelijk als begeleid(st)er van de zwangerschap gekozen had en wie uiteindelijk de zwangerschap begeleid heeft. In het geval de vrouw tijdens haar zwangerschap met twee begeleid(st)ers in aanraking is geweest, is gekozen voor degenen bij wie zij het langst onder contrôle is geweest.

Tabel 3.2.2.

#### Keuze zwangerschapsbegeleid(st)er:

in verwachting van  
het eerste kind

---

95

---

	huisarts	vroedvrouw	gynaecoloog
eerste keuze begeleid(st)er	39	42	14
uiteindelijke begeleid(st)er	32	49	14

---

Tabel 3.2.2. vervolg

Keuze zwangerschapsbegeleid(st)er:

	in verwachting van > eerste kind		
	114		
eerste keuze begeleid(st)er	huisarts	vroedvrouw	gynaecoloog
	26	62	26
uiteindelijke begeleid(st)er	24	60	30

De huisartsen hebben uiteindelijk 27% (n=56) van alle zwangerschappen begeleid, de vroedvrouw 52% (n=109) en de gynaecoloog 21% (n=44).

Op de vraag waarom men voor de huisarts of vroedvrouw als zwangerschapsbegeleid(st)er heeft gekozen (vraag III-2) kwam het volgende beeld naar voren: tabel 3.2.3.; meerdere antwoorden per persoon mogelijk.

Tabel 3.2.3.

Huisarts

- Fijner als iemand je begeleidt die je kent; ik had al een band met mijn huisarts	34
-- Negatieve berichten gehoord over de vroedvrouw (van kennissen).	11
- De huisarts is me de vorige keer goed bevallen.	10
- Als er complicaties/ziektes zijn tijdens de zwangerschap, dan weet de huisarts beter wat hij moet doen dan de vroedvrouw.	10
- Vanzelfsprekend dat de huisarts me begeleidt; nooit aan de vroedvrouw gedacht.	8
- Dan kent de huisarts het kind vanaf het begin; verdere zorg gaat immers ook via de huisarts	4
- Mijn huisarts heeft ervaringen met bevallingen	2

Vroedvrouw

- De vroedvrouw heeft meer ervaringen met bevallingen dan de huisarts; ze is erin gespecialiseerd.	40
- De vroedvrouw is de vorige keer goed bevallen.	30
- Op aanraden van de huisarts.	22
- Met een vrouw praat je gemakkelijker dan met een man; ik word liever behandeld door een vrouw	16
- Vanzelfsprekend dat de vroedvrouw me begeleidt; nooit aan de huisarts gedacht.	8
- Niet zoveel vertrouwen in mijn huisarts.	8
- Bij de huisarts loop je groter risico dat iemand anders dan de bevalling doet (i.v.m. week-end diensten).	2

Naast bovenstaande persoonlijke motieven, speelden de kosten een doorslaggevende rol bij 30 vrouwen die voor de vroedvrouw kozen.

De keuze voor de gynaecoloog als begeleider van de zwangerschap was, op één vrouw na, steeds gemaakt op grond van een medisch motief, nl. een medische indicatie. Slechts één vrouw had voor de gynaecoloog gekozen op grond van haar persoonlijk motief: zij had meer vertrouwen in de gynaecoloog dan in de huisarts of de vroedvrouw en bovendien waren de contrôles bij de gynaecoloog gratis omdat zij werkzaam was in het ziekenhuis.

De keuze die de vrouw aan het begin van haar zwangerschap gemaakt heeft, komt niet altijd overeen met de persoon die de zwangerschap feitelijk begeleidt: 26 van de 209 vrouwen zijn tijdens de zwangerschap van begeleid(st)er veranderd.

In tabel 3.2.4. zijn deze veranderingen weergegeven. Hierbij zijn per respondent meerdere motieven die aan de verandering van zwangerschapsbegeleiding ten grondslag liggen, mogelijk.



Tabel 3.2.4.

Verandering van zwangerschapsbegeleiding

	motief					
	N	persoonlijk	financieel	medisch	beperking van- uit de zorg	onbekend
vrvr naar ha	1	1				
vrvr naar gyn	6			6		
ha naar vrvr	9	5	3		2	1
ha naar gyn	7			6		1
ha naar ha	1				1	
gyn naar vrvr	1			1		
onbekend	1					1
	—					
	26					

vrvr = vroedvrouw; ha = huisarts; gyn = gynaecoloog.

Als persoonlijke motieven werden volgende redenen naar voren gebracht:

"De huisarts wilde zo graag de zwangerschap en de bevalling leiden en toen heb ik mijn argumenten voor de keuze van de vroedvrouw overboord gezet"; "Vanwege de verhuizing"; "De huisarts beviel niet zo goed en ik hoorde positieve berichten over de vroedvrouw"; twee maal werd verteld "De huisarts verzekerde me dat de vroedvrouw goed was"; "Ik hoorde negatieve berichten over de huisarts".

Medische motieven waren in 12 gevallen een medische indicatie en bij 1 vrouw was het pathologies gevaar geweken, zodat zij weer naar de vroedvrouw kon gaan.

Als financieel motief werd driemaal genoemd dat de vroedvrouw goedkoper bleek te zijn dan de huisarts (x).

Onder beperkingen vanuit de zorg werd genoemd: "De huisarts zou tijdens de bevalling op vakantie zijn en ik wilde geen onbekende bij de bevalling hebben" (x); "De huisarts doet geen thuisbevallingen" (x); "De huisarts ging op vakantie" (x).

Al deze veranderingen vonden plaats in de loop van de zwangerschap. Wanneer de vrouw haar keuze voor de vroedvrouw of de huisarts heeft gemaakt dan kan het vervelend zijn om van begeleiding te moeten veranderen.

Ons inziens hadden de 6 veranderingen die met een (x) zijn gemarkeerd, door de huisarts vermeden kunnen worden, indien de huisarts bij het eerste consult de vrouw beter had ingelicht: het betreft hier informatie omtrent het verschil in kosten tussen de vroedvrouw en de huisarts, de vakantieperiode van de huisarts en het feit of de huisarts bevallingen doet.

Twee vrouwen ervoeren deze verandering als zéér vervelend; doordat de verandering in de laatste maand van de zwangerschap plaats had, zagen zij de bevalling met meer angst en onzekerheid tegemoet.

Hoewel slechts 30 vrouwen (=14%) op onze vraag (vraag III-2) waarom men voor een bepaalde zwangerschapsbegeleid(st)er had gekozen, de kosten als een factor naar voren brachten, hadden we de indruk dat de kosten bij meerdere vrouwen een rol speelden bij de aard van de verleende hulp.

Wanneer de oorspronkelijke keuze van de vrouw t.a.v. haar zwangerschapsbegeleid(st)er (vraag III-2) wordt gerelateerd aan de wijze waarop zij verzekerd is (vraag I-6), wordt het volgende beeld verkregen:

Tabel 3.2.5.

Oorspronkelijke keuze zwangerschapsbegeleid(st)er gerelateerd aan de wijze van verzekering

verzekering/begeleid(st)er	huisarts	vroedvrouw	gynaecoloog	
verplicht ziekenfonds	<u>21</u>	78	27	126
vrijwillig ziekenfonds	5*	15	3	23
anders	37	8	10	55
onbekend	<u>2</u>	<u>3</u>		5
	65	104	40	209

\*: vergoeding tot maximaal f 425,--.

De categorie 'anders' bestaat uit vrouwen met een particuliere verzekering of een ambtenarenverzekering.

De onderstreepte aantallen geven het aantal vrouwen aan waarvan de zwangerschapsbegeleiding niet door hun verzekering vergoed wordt: bij hoogstens 12% (n=26) van de vrouwen wordt de zwangerschapsbegeleiding niet door hun verzekering vergoed. (Voor de verstrekkingen van de betreffende aard van verzekering willen we verwijzen naar deel 1, tabel 1).

Uit bovenstaande blijkt dat de kosten inderdaad bij meerdere vrouwen een doorslaggevende rol t.a.v. de keuze van de zwangerschapsbegeleiding gespeeld hebben.

### 3.2.3. Keuze van de plaats van de bevalling: thuis of in het ziekenhuis

Nederland neemt ten opzichte van het buitenland een bijzondere plaats in wat betreft de verhouding thuis- en ziekenhuis bevallingen.

Terwijl in Nederland 38,3% (CBS, 1979) van alle bevallingen (1977) thuis plaats vindt, varieert dit percentage in de omringende landen van minder dan 25% tot 1 of hoogstens enkele procenten (Phaff; Kloosterman, 1978).

Naast het hoge aantal huiselijke bevallingen heeft Nederland in vergelijking met de omringende landen een lager percentage kunstbevallingen en een groot aantal bevallingen dat plaatsvindt onder leiding van de zelfstandig werkende vroedvrouw (Kloosterman, 1978).

Deze verschillen zijn te verklaren vanuit de historisch gegroeide Nederlandse opvatting dat het geboorteprocés niet zonder meer behoort tot het terrein van de geneeskunde maar tot het terrein van de normale menselijke verrichtingen en slechts dán voor medische bijstand in aanmerking komt, wanneer stoornissen worden gesignaleerd (Kloosterman, 1978).

Binnen een tijdsverloop van 15 jaar daalde het geboortecijfer in Nederland van 21,1 in 1960 tot 13,1 in 1975. Het aandeel van de thuisbevallingen nam in dezelfde periode af van 72% tot 46% van het totale aantal bevallingen (Stolk en Seelen, 1978).

Met name de institutionalisering van verloskunde aan huis (huisarts, vroedvrouw en kraamzorg) is er de oorzaak van dat de tendens naar volledige hospitalisatie (d.w.z. "geboorte in een ziekenhuis of kraaminrichting") in ons land veel langzamer en geleidelijker plaats vond dan in het buitenland (Kloosterman, 1978).

De daling in het aantal thuisbevallingen wordt, zoals grafiek 3.2.6. laat zien, vanaf 1970 vrijwel gecompenseerd door de sterk toenemende neiging om, na een zogenoemde poliklinische bevalling in het ziekenhuis, het kraambéd thuis door te maken met kraamhulp.

Binnen Nederland bestaan er aanzienlijke regionale verschillen in het percentage hospitalisatie. Voor de provincie Gelderland vond Hoogendoorn (Hoogendoorn, 1978) het volgende:

tijdvak	aantal geboren	hospitalisatie per 100 geboren
1956 - 1958	82 274	17,4
1965 - 1967	87 771	28,2
1971 - 1973	80 105	40,6

Lit 3. Grafiek 3.2.6.

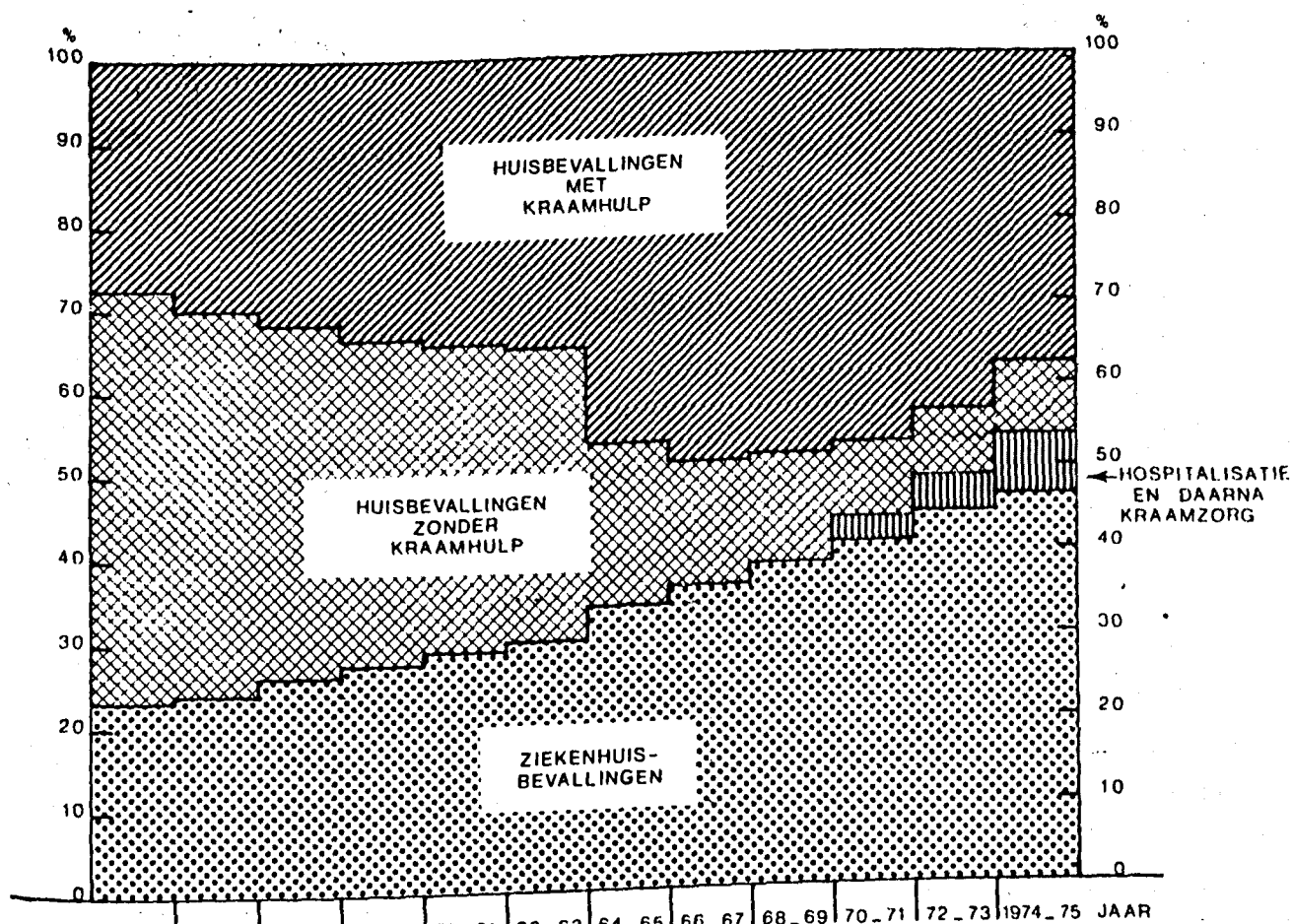


Fig. 1. Bevallingen naar plaats en aard van de kraamhulp, Nederland 1952-1975. Ongeveer in 1970 begint de voordien steeds stijgende vraag naar kraamhulp af te nemen door het teruglopen van het aantal huisbevallingen. Deze daling wordt echter vrijwel gecompenseerd door de sterk toenemende neiging om, na een zogenaamd poliklinische bevalling, in het ziekenhuis het kraambed thuis door te maken met kraamhulp. Huisbevallingen zonder officiële kraamhulp worden steeds zeldzamer. (Bijgewerkt tot en met 1975 naar een grafiek van VERRUGGE.)

Helaas zijn van de laatste jaren geen regionale gegevens van de hospitalisatiegraad bekend en kunnen de door ons in Wageningen verzamelde cijfers, nl. 77,5% hospitalisatie (vraag IX-1) (nog) niet vergeleken worden met het gemiddelde van Gelderland.

Tijdens haar zwangerschap kiest de vrouw waar ze zal bevallen: thuis of in het ziekenhuis. Voor een aantal vrouwen is er maar één mogelijkheid, nl. de klinische bevalling in het ziekenhuis; dit zijn bevallingen waarbij een primaire medische indicatie aanwezig is.

Uit de interviews is gebleken (vraag IV-3) dat, tijdens de zwangerschap, 69% van de vrouwen (n=144) besloten had in het ziekenhuis te bevallen, terwijl 31% (n=65) er tijdens de zwangerschap er de voorkeur aan gaf om thuis te bevallen.

Voor de ouders die zelf de keus kunnen maken, dus wanneer men niet verplicht is vanwege een medische indicatie of medisch verhoogd risico in het ziekenhuis te bevallen, is deze keus vaak niet eenvoudig.

Er zijn zowel voor thuis- als poliklinische bevallingen verscheidene argumenten voor en tegen aan te dragen; de discussie hierover is de laatste jaren in de medische wereld weer opgelaaid (zie o.a. Kloosterman, 1978; Boer, 1979<sup>a,b</sup>; Eskes, 1973<sup>a,b</sup>).

Van alle vrouwen (n=209) bleken er 21 te zijn, die zeiden tijdens de eerste vier maanden van de zwangerschap nog geen keuze te hebben gemaakt ten aanzien van de plaats van bevalling.

Bert Boer zegt in een NRC-artikel (Boer, 1979<sup>b</sup>) dat voor het maken van deze keuze op zijn minst objectieve voorlichting gegeven moet worden over de voor- en nadelen van thuis of in het ziekenhuis bevallen, aan de hand van exacte cijfers over de neonatale morbiditeit welke na thuis- en ziekenhuisbevallingen tot uiting komt; maar die cijfers zijn er niet.

De maatstaf die tot nu toe wordt gebruikt bij de beoordeling van de kwaliteit van de verloskundige zorg is de perinatale sterfte. Perinatale sterftcijfers zeggen alleen iets over het aantal (on)geborenen dat in leven blijft, maar een lage sterfte betekent niet zonder meer een optimale verloskundige zorg. Treffers (Treffers) toonde aan dat de, overigens voor de hand liggende, gevolgtrekking dat er een oorzakelijk verband zou bestaan tussen de hospitalisatiegraad en de perinatale sterfte, niet zonder meer gemaakt kan worden.

De vraag waar de bevalling het best kan plaatsvinden, kan alleen dan adequaat worden beantwoord als de neonatale morbiditeit in de beschouwing wordt betrokken; naast de neonatale morbiditeit en -mortaliteit is ook de mortaliteit en morbiditeit van de moeder belangrijk.

Deze morbiditeitscijfers zijn vooralsnog niet voorhanden (Kloosterman, 1978). De vroedvrouwen die verenigd zijn in de Nederlandse organisatie van verloskundigen, proberen een registratie van de grond te krijgen waaraan ook een follow-up

van de kinderen wordt verbonden, om na te gaan welke morbiditeit er later tot uiting komt, maar zover is het nog niet.

En daaraan zouden behalve vroedvrouwen zeker ook de huisartsen en de ziekenhuizen moeten meewerken, wil men een enigszins volledig beeld krijgen (Boer, 1979<sup>b</sup>).

Kortom, objectieve voorlichting is toekomstmuziek.

In deel 1 is reeds vermeld dat de verloskundige zowel direct als indirect, een grote invloed kan uitoefenen op de keuze die de vrouw maakt met betrekking tot de plaats van bevalling. Indirect zal het standpunt van de verloskundige met betrekking tot thuis of poliklinisch bevallen doorspelen in de informatie die gegeven wordt over het risico van thuisbevallingen, de veiligheid van het ziekenhuis etc...

Van onze steekproef bleek dat bij 70% (n=167) van de vrouwen in een gesprek met hun zwangerschapsbegeleider de plaats van de bevalling ter sprake was gekomen (vraag IV-5).

Uit de argumenten die de vrouwen voor hun keuze naar voren brachten, bleek de invloed van de begeleid(st)er bij de uiteindelijke keuze om poliklinisch te bevallen duidelijk aanwezig: 15 vrouwen kozen voor een poliklinische bevalling met name op aanraden van de zwangerschapsbegeleid(st)er (in 14 gevallen was dit de huisarts), terwijl dit argument bij de keuze om thuis te bevallen, door geen enkele vrouw spontaan naar voren werd gebracht.

De positie van de huisarts in deze komt duidelijk naar voren; de huisarts preferert voor zichzelf het gemak en de efficiëntie van het ziekenhuis. Bert Boer (Boer, 1979<sup>b</sup>) vermeldt dat het niet zelden gebeurt dat huisartsen de bevallingen maar liever allemaal aan de vroedvrouw overlaten, omdat hun eigen vaardigheid niet op peil kan worden gehouden met het geringe aantal bevallingen dat zij, in deze tijd van kleine gezinnen, nog te doen krijgen.

De vroedvrouw is in de regel voor een bevalling thuis (Boer, 1979<sup>b</sup>).

Waarom kiest men nu voor een bevalling thuis of in het ziekenhuis?

Om hier enigszins een beeld van te krijgen hebben we alle vrouwen gevraagd waarom ze, tijdens de zwangerschap, voor een thuis-, dan wel een ziekenhuisbevalling hadden gekozen (vraag IV-4).

Van alle antwoorden die spontaan door de vrouwen genoemd werden, zijn de meest voorkomende in tabel 3.2.7 opgenomen:

Tabel 3.2.7

Argumenten voor bevalling thuis of in het ziekenhuis

Bevalling in het ziekenhuis

	aantal malen genoemd (n=144)
veiligheid	103
medische indicatie	48
medisch verhoogd risico	20
geen rompslomp thuis/rust in ziekenhuis	32
woonomstandigheden	19
op aanraden zwangerschapsbegeleid(st)er	15
op aanraden van de a.s. vader	3

Bevalling thuis

	aantal malen genoemd (n=65)
eigen omgeving	61
negatief beeld van het ziekenhuis	36
ziekenhuis is voor zieke mensen	6
het hoort een gezinsgebeuren te zijn	18

Bevalling in het ziekenhuis:

Het doorslaggevende argument om voor een ziekenhuis bevalling te kiezen is wel het veiligheidsaspect: "er kan van alles gebeuren en als er wat gebeurt, dan hebben ze in het ziekenhuis van alles bij de hand"; "je hebt dan niet van die paniektoestanden dat je tijdens de bevalling tóch nog naar het ziekenhuis moet"; "de tijdsduur tussen constatering van het gebrek (bij moeder en/of kind) bij de bevalling en de opvang in het ziekenhuis, is korter als je in het ziekenhuis bevalt, en daarom veiliger".

Er leeft onder de vrouwen de angst dat het geval zich zal voordoen dat het tijdverlies, ontstaan door transport van de vrouw tijdens de bevalling van huis naar het ziekenhuis, nadelig zal blijken. Dit bleek ook uit 19 spontane opmerkingen door vrouwen die er de voorkeur aan gaven om thuis te bevallen, nl. dat "je eventueel zo in het ziekenhuis bent".

Volgens Kloosterman (Kloosterman, 1978) is deze kans bij een zorgvuldige prenatale en natale zorg veel geringer dan in de literatuur meestal wordt gesuggereerd

en is deze kans volgens zijn berekeningen en ervaringen kleiner dan  $1^0/00$ .

Over bevallingen met een medische indicatie of een medisch verhoogd risico is men het binnen de verloskundige zorg wel eens; de keuze voor een thuisbevalling is bij deze gevallen uitgeschakeld. Er is een lijst indicaties (van Kloosterman) die aangeeft wanneer opname in het ziekenhuis noodzakelijk is; deze lijst wordt van tijd tot tijd aangevuld.

Deze bevallingen dienen dan ook in een ziekenhuis te gebeuren onder aanwezigheid van een gynaecoloog.

32 Vrouwen kozen voor een bevalling in het ziekenhuis omdat het hen rustiger leek; thuis bevallen zou teveel drukte en "rompslomp" met zich meebrengen. Ook de woonomstandigheden (n=19) kunnen leiden tot deze keuze (te kleine behuizing; gehorige behuizing; stijle trap die problemen geeft als vervoer naar het ziekenhuis tijdens de bevalling noodzakelijk blijkt etc).

Hoewel de a.s. vader slechts door 3 vrouwen genoemd wordt als doorslaggevende factor om in het ziekenhuis te bevallen, zal hij ongetwijfeld een grote rol spelen bij de keuze van het al of niet thuis of in het ziekenhuis bevallen.

Verder werd door enkele buitenlandse vrouwen (Zwitserland, China) opgemerkt, dat het toch heel normaal is om in het ziekenhuis te bevallen. Dit brengt ons weer terug naar het verschil in opvatting met andere landen of het geboorteproses wel of niet tot het terrein van de geneeskunde behoort. Kloosterman (Kloosterman, 1978) vermeldt dat, als de bevalling thuis plaats vindt, dit in andere landen kan worden beschouwd als een uiting van asociaal gedrag, behorend bij een zichzelf verwaarlozende subcultuur, terwijl het in ons land een geaccepteerde vorm is.

#### Bevalling thuis:

De argumenten die bij de keuze voor een thuisbevalling naar voren zijn gebracht, zijn vaak moeilijk te scheiden. De meeste argumenten kunnen worden teruggebracht tot de opvatting dat de bevalling een natuurlijk gebeuren is, dat in een normale, huiselijke sfeer moet plaatsvinden. Een benadering die voornamelijk berust op emotionele gronden, nog wel geruggesteund door de Nederlandse norm in deze; een norm die langzaam verschuift in de richting van de internationale trend om in het ziekenhuis te bevallen.

Deze opvatting uit zich het sterkst bij het argument dat het ziekenhuis er is voor



zieke mensen (n=6), en een kind krijgen of het geboren worden is geen ziekte. Ook het argument dat men een negatief beeld heeft van het ziekenhuis (n=36) valt niet van deze opvatting los te koppelen. Opname in het ziekenhuis betekent voor veel vrouwen een grotere afhankelijkheid van het verplegend personeel, minder vrijheid in doen en laten, geen eigen baas.

#### 3.2.4. Aanmelding bij het kraamcentrum

Met betrekking tot de aanmelding bij het kraamcentrum is in dit onderzoek gevraagd over o.a. het tijdstip van aanmelding (in welke maand van de zwangerschap), wie informatie heeft verschaft over de aanmelding en de motieven voor de keuze van inschakeling van interne- of wijkkraamhulp.

Met interne kraamzorg bedoelen we de zorg rond het kraambed door de kraamverzorgster thuis gedurende 8 hele dagen. De kraamverzorgster assisteert eventueel bij de bevalling, verzorgt moeder en kind en belast zich met de zorg van het gezin.

Onder wijkkraamzorg wordt verstaan: dagelijks één of meermalen bezoek aan huis door de kraamverzorgster vóór de verzorging van moeder en kind, zonder het verlenen van huishoudelijke hulp.

Elders in dit verslag (paragraaf 3.4.) komen meer ervaringen van de vrouwen met betrekking tot de aard en de inhoud van de hulpverlening, de tevredenheid en dergelijke aan de orde.

Vragen als: wat zijn de redenen waarom men zich niet aanmeldt, met andere woorden geen gebruik wilt maken van de kraamzorg en op welke wijze wordt dan voorzien in de verzorging rond het kraambed, zijn waarschijnlijk voor het beleid van het kraamcentrum minstens zo belangrijk.

Hoewel dit laatste aspect ("Wat heeft u daarvoor in de plaats gedaan"?) wel in de vragenlijst is opgenomen, zijn we de vraag té vaak vergeten te stellen, waardoor gegevens ontbreken en uit de aanwezige gegevens geen conclusie getrokken mag worden.

19% (n=40) heeft zich tijdens de zwangerschap niet aangemeld bij het kraamcentrum (vraag V-1a). De redenen waarom men zich niet heeft aangemeld zijn de volgende, (indien de vrouw meerdere redenen had, zijn deze ook opgenomen) (vraag V-1b):

- 36 vrouwen wisten ten tijde van de aanmelding zeker dat ze het kraambed in het ziekenhuis zouden doorbrengen. (Aanmelding bij het kraamcentrum is uiteraard alleen zinvol bij een bevalling thuis of poliklinisch of indien de vrouw rekening houdt met de mogelijkheid dat na een -goed verlopen- klinische bevalling, het kraambed eventueel thuis kan worden doorgebracht).
- 2 Vrouwen wensten geen vreemde in huis te hebben in de kraamperiode.
- Bij 2 vrouwen speelden financiële overwegingen een rol:
  - te hoge kosten
  - één vrouw was nergens verzekerd, waardoor, volgens haar, particuliere kraamhulp (f 800,--/10 dagen) goedkoper zou zijn.
- één vrouw kon naar haar zeggen over hulp van familieleden beschikken en
- tenslotte had één vrouw er gewoon niet aan gedacht.

Uit deze gegevens wordt gesuggereerd dat het inroepen van kraamhulp bij het merendeel van de vrouwen als min of meer vanzelfsprekend wordt gevonden.

Om haar taak zo goed mogelijk te vervullen, moet het kraamcentrum van te voren weten hoe groot de vraag naar kraamverzorgsters is. Daarom wordt een zwangere vrouw, die het kraambed thuis denkt door te brengen, gemaand zich vóór de vierde maand van haar zwangerschap aan te melden.

6 Vrouwen brachten spontaan naar voren, dat zij deze datum van inschrijving rijkelijk vroeg vonden. Zo werd o.a. opgemerkt: "Het is een akelig prematuur gevoel om zo vroeg in de zwangerschap al aan kraamhulp te moeten denken; je beseft dan haast niet dat je zwanger bent en bij de opgave had ik dan ook het gevoel alsof ik in een toneelstukje meespeelde".

Ook in de literatuur wordt gesignaleerd dat vrouwen in dit stadium van de zwangerschap zich vaak nog niet "echt" zwanger voelen en er liever nog geen ruchtbaarheid aan geven (Schrama, 1964).

Mogelijk speelt dit feit ook een rol bij sommige zwangere vrouwen die te laat met de aanvraag voor kraamzorg zouden zijn.

Van de 169 vrouwen die zich bij het kraamcentrum hebben aangemeld, zei 81% (n=137) dit gedaan te hebben vóór de vierde maand, 1% (n=2) wist het niet meer en 18% (n=30) ná de vierde maand (vraag V-1d).

Het percentage vrouwen dat zich te laat, dit wil zeggen ná de vierde maand, heeft opgegeven is dus aanmerkelijk hoger dan het door het kraamcentrum geschatte percentage van 8%.

Een andere oorzaak van te late opgave kan gelegen zijn in de mogelijkheid dat men niet bekend was met de uiterlijke datum van aanmelding. Van de 174 vrouwen aan wie deze vraag (vraag V-2a) gesteld is, bleken er 29 (=17%) niet op de hoogte van deze regel. Hierbij vermeldden 10 vrouwen uit zichzelf dat zij van mening waren dat hun huisarts hen hierop had moeten attenderen; ten aanzien van de begeleiding door de vroedvrouw zijn hierover geen spontane uitingen van kritiek naar voren gekomen.

Bij 149 vrouwen hebben we gevraagd van wie men wist dat men zich vóór de vierde maand moest opgeven (vraag V-2b). 63% (n=95) bleek geadviseerd te zijn door de huisarts of vroedvrouw, 20% (n=30) kwam uit eigen beweging op dit idee, dit wil zeggen zonder voorafgaand advies in deze richting en 10% (n=15) op advies van kennissen of familieleden.

Het kraamcentrum zou er rekening mee moeten houden dat niet alle vrouwen bekend zijn met de regel dat men zich voor de vierde maand van de zwangerschap moet opgeven. Dit gebeurt helaas niet altijd: In een zevental opmerkingen werd naar voren gebracht dat men, bij te late opgave op het kraamcentrum, nogal onvriendelijk te woord werd gestaan, alsof de schuld bij de zwangere vrouw lag. Bovendien kregen twee vrouwen bij hun aanmelding te horen, dat dit voor de derde maand had moeten gebeuren. Ons inziens valt het voor het kraamcentrum aan te bevelen om méér én eenduidige informatie over de datum van inschrijving in de lokale krant, maar in ieder geval indirect, voor zover dat nog niet gebeurd is, via een bericht aan alle zwangerschapsbegeleid(st)ers, met het verzoek dat zij deze informatie aan de betrokken vrouwen doorspelen. Hiervan dienen ook de gynaecologen niet verstoken te blijven; het is immers mogelijk dat een vrouw na een -goed verlopen- klinische bevalling het kraambed thuis doorbrengt.

Bij aanmelding wordt verzocht een formulier in te vullen met onder andere de vraag waar de bevalling plaats gaat vinden (thuis of in welk ziekenhuis). Naar aanleiding van het vooronderzoek hadden we verwacht dat dit voor een aantal vrouwen problemen met zich mee zou brengen, omdat men de keuze van de plaats van bevalling nog niet vóór de vierde maand opgemaakt zou hebben. Dit bleek echter niet zo te zijn: 164 (=98%) van de 167 vrouwen die we deze vraag (vraag V-3) gesteld hadden, had deze keuze al gemaakt bij opgave voor het kraamcentrum. Hierbij vond 93% (n=156) het dan ook geen probleem dat bij opgave al ingevuld moest worden waar de plaats van bevalling zou zijn, 4% (n=7) vond dit te vroeg en 2% (n=4) had hierover geen mening.

Van de 169 vrouwen heeft 74% (n=125) bij opgave voor het kraamcentrum gekozen voor interne kraamzorg; 25% (n=42) voor wijkkraamzorg en 2 vrouwen (=1%) kozen voor een interne part-time gediplomeerde kraamverzorgster (vriendin) (vraagV-5).

Deze cijfers geven niet weer welke hulp men uiteindelijk gekregen heeft (zie hier-voor paragraaf 3.4): gedurende de zwangerschap vinden er een aantal afmeldingen plaats en het is mogelijk dat er in plaats van interne hulp 'gecombineerde hulp' (dit wil zeggen de eerste dagen na de bevalling wijkkraamzorg en daarna interne kraamzorg) gegeven wordt.

Opvallend is het hoge percentage wijkkraamhulp dat gevraagd wordt. Ter verge-lijking (Min. v. Volksg. en Mil., 1977):

In 1977 was de verstrekke verzorging als volgt:

	provincie Gelderland	landelijke gemiddelde
interne verzorging	82%	78%
wijkverzorging	8%	11%
gecombineerde verzorging	10%	11%

Op onze vraag (vraag V-6), waarom men voor interne- of wijkkraamzorg had gekozen, kwam volgend beeld naar voren:

Tabel 3.2.8.

(Meerdere antwoorden per persoon mogelijk)

Interne hulp

Noodzakelijk	123
Uitrusten	33
Ervaren iemand in de buurt	15
Positieve verhalen over gehoord	7
Vorige keer goed bevallen	6
Liever geen bekende in huis	5

Wijkkraamhulp

Had al andere hulp	33
Liever geen onbekende de hele dag in huis	10
Kosten	10

Volgens kraamcentrum was interne hulp niet mogelijk	2
Uitrusten	4
Vorige keer goed bevallen	4
Positieve verhalen over gehoord	2

Interne kraamverzorging:

Bijna alle vrouwen vonden interne hulp gewoon nodig: "het huishouden moet gewoon kunnen doorgaan"; "behalve de baby en ik zal de rest van het gezin ook verzorgd moeten worden". Dit zou met wijkkraamhulp, welke zich uitsluitend belast met de zorg voor moeder en kind, niet mogelijk zijn.

Uit de verzamelde gegevens (zie tabel 3.2.9) is gebleken dat interne hulp vaker wordt aangevraagd dan wijkkraamhulp, wanneer men reeds één of meerdere kinderen heeft dan wanneer men het eerste kind verwacht.

Tabel 3.2.9

<u>Aangevraagde hulp naar aantal kinderen</u>	wijkkraamhulp	interne kraamhulp
- in verwachting van het eerste kind	30 (38%)	49 (62%)
- in verwachting van het > eerste kind	<u>12</u> (14%)	<u>76</u> (86%)
	42	125

15 Vrouwen leek het een rustgevende gedachte wanneer er een ervaren iemand in huis zou zijn, zeker wanneer het gezin al meerdere kinderen telde.

5 Vrouwen vonden het prettiger om geen bekende, bijvoorbeeld een familielid, in huis te hebben tijdens de kraamperiode.

Wijkverzorging:

32 Vrouwen konden, naar hun zeggen, tijdens de kraamperiode beschikken over de hulp van familieleden en/of kennissen, waardoor zij het niet nodig achtten interne hulp aan te vragen.

10 Vrouwen hadden liever geen onbekend iemand de hele dag in huis. Zo werd opgemerkt: "je moet het maar net treffen met de hulp en bij interne kraamzorg is het dan vervelender als je het niet treft".

10 Vrouwen vonden de kosten van interne hulp een bezwaar; wijkkraamhulp is goedkoper.

De vrouw krijgt van het kraamcentrum een folder waarin onder andere informatie staat over de aan te schaffen spullen voor de bevalling en voor de baby-uitzet. Ongeveer 14 dagen voor de bevalling kunnen bij het wijkcentrum diverse benodigdheden voor de bevalling worden afgehaald. Om gebruik te kunnen maken van deze uitleenartikelen dient men lid te zijn van de kruisvereniging; een lidmaatschap kost f 36,--.

Een vrouw merkt op dat de zwangerschapsbegeleid(st)er vrouwen erop zou moeten attenderen dat men lid moet zijn van de kruisvereniging, maar ook welke hulpstukken bij het wijkcentrum verkrijgbaar zijn, zoals klossen, kolven, windringen en zelf voor het geval van hechtingen.

Ten aanzien van de aan te schaffen baby-uitzet werd 7 maal spontaan opgemerkt dat er overbodige spullen op het stencil staan en een aantal benodigdheden op de lijst ontbreken. Het lijkt aanbeveling te verdienen het stencil te bezien op mogelijke aanpassingen. (Opmerkingen in deze richting werden ook gemaakt ten aanzien van het stencil dat door de ziekenhuizen en door de vroedvrouw wordt verschaft).

Het behoort tot de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige een zwangere vrouw thuis te bezoeken om de vrouw van advies te dienen, ook al is de vrouw geen lid van de kruisvereniging. Daarnaast is het gebruikelijk dat een verpleegkundige van het kraamcentrum een huisbezoek aan de zwangere vrouw brengt, het zogenoemde voorbezoek. Hierbij wordt naast het geven van voorlichting, ook gelet op de situatie van het gezin omdat dit van belang kan zijn voor het plaatsen van de juiste kraamverzorgster in dat gezin. Voor zorgverlening door het kraamcentrum behoeft men geen lid te zijn van een kruisvereniging (Schuil, 1975).

Het voorbezoek door een verpleegkundige van het kraamcentrum hebben we niet in het onderzoek betrokken. Het onderwerp werd echter door een aantal vrouwen aangesneden. Het feit dat de verpleegster bij het voorbezoek rond de zevende maand van de zwangerschap ook de benodigdheden, zoals vermeld op het stencil van het kraamcentrum, komt controleren, vonden 5 vrouwen erg betuttelend en niet nodig. Daarbij vertelde een vrouw lachend: "als ze dan toch komen controleren, dan moeten ze het ook goed doen: bij de vorige bevalling, 6 jaar geleden, was ons bed al afgekeurd; deze keer werd het echter goed bevonden maar de middag na de bevalling zakte ik erdoor".

### 3.2.5. De zwangerschapscontrôles

Alle vrouwen die deelnamen aan het onderzoek zijn tijdens hun zwangerschap onder contrôle geweest van een huisarts, de vroedvrouw of een gynaecoloog (vraag II-1). De huisartsen hebben 27% (n=56) van alle zwangerschappen begeleid, de vroedvrouw 52% (n=109) en de gynaecoloog 21% (n=44). (In het geval de vrouw tijdens haar zwangerschap met twee begeleid(st)ers in aanraking is geweest, dan is zij ingedeeld bij degeen bij wie zij het langst onder contrôle is geweest).

We hebben concrete vragen gesteld met betrekking tot bepaalde deelaspecten van de zwangerschapscontrôles zoals de wachtperiode vóór de contrôles, de tijdsduur van de behandeling, de gelegenheid tot het stellen van vragen en de aanwezigheid van de man bij de contrôles (vraag VI-4, 6, 7, 8).

Naast deze gerichte informatie hebben we spontaan (n.a.v. vraag VI-5, 10) een veelheid aan informatie verkregen over diverse andere aspecten van de zwangerschapscontrôles. Van deze spontane reacties zijn er veel terug te voeren op gedragsaspecten van de zwangerschapsbegeleid(st)er.

Terwille van de overzichtelijkheid van de verkregen informatie zullen respectievelijk de volgende deelonderwerpen aan de orde komen:

1. Algemene beoordeling van de zwangerschapscontrôles.
2. Gedragsaspecten van de zwangerschapsbegeleid(st)er.
3. Wachtijd voor de contrôles.
4. Tijdsduur van de contrôles.
5. Informatie(verstrekking) en communicatie.
7. Aanwezigheid van de man bij de contrôles.
7. Enkele aspecten met betrekking tot de contrôles door de gynaecoloog.

1. Algemene beoordeling van de zwangerschapscontrôles.

182 van de 207 vrouwen (88%) waren van mening een goede zwangerschapsbegeleiding gehad te hebben (vraag VI-5; deze vraag zijn we aan 2 vrouwen vergeten te stellen). Wanneer dit oordeel in verband wordt gebracht met de feitelijke zwangerschapsbegeleid(st)er, komt het volgend beeld naar voren:

Tabel 3.2.10

Zwangerschaps- begeleid(st)er	aantal vrouwen door hem/haar begeleid	goede begeleiding gehad
huisarts	55	52 (95%)
vroedvrouw	108	97 (90%)
gynaecoloog	<u>44</u>	<u>33 (75%)</u>
	207	

Hieruit blijkt dat er nauwelijks verschil in tevredenheid is onder de vrouwen die begeleid zijn door hun huisarts of de vroedvrouw; de vrouwen begeleid door een gynaecoloog, zijn het minst tevreden.

Een ander beeld treedt echter op, wanneer de gynaecologen worden onderscheiden naar het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn. In tabel 3.2.11. wordt onderscheid gemaakt tussen het Pieter Pauw Ziekenhuis in Wageningen en het Streekziekenhuis in Bunnik; de andere ziekenhuizen waar de vrouwen kwamen voor hun zwangerschaps-contrôle zijn samengevat onder de categorie 'overige ziekenhuizen'.

Tabel 3.2.11

	aantal vrouwen door gynaecoloog begeleid	goede begeleiding gehad
Pieter Pauw Ziekenhuis	12	12 (100%)
Streekziekenhuis	22	12 ( 55%)
overige ziekenhuizen	<u>10</u>	<u>9 ( 90%)</u>
	44	33

Het gaat hier om relatief kleine aantallen. Toch valt met name het relatief kleine aantal positieve beoordelingen in het Streekziekenhuis op.

## 2. Gedragsaspecten van de zwangerschapsbegeleid(st)er.

Veel van de reacties die de vrouwen naar voren brachten met betrekking tot de kwaliteit van de zwangerschapsbegeleiding, zijn terug te voeren op gedragsaspecten van de begeleid(st)er.



Er zijn verschillende studies die zich bezig houden met de vraag hoe bijvoorbeeld de huisarts zich tegenover zijn patiënten hoort te gedragen, maar weinig studies hebben zich echter gericht op het feitelijke gedrag (Cassee, 1973).

In het kader van ons onderzoek is er sprake van het gedrag van de zwangerschapsbegeleid(st)er, zoals de vrouwen dat ervaren.

We hebben de vraagstelling zo neutraal mogelijk gehouden: "Hoe vond u de behandeling van de arts/vroedvrouw?" (vraag VI-5). Deze vraag is bij 207 vrouwen ter sprake gekomen.

Naast de algemene beoordeling (zie punt 1) zijn er op deze vraag andere korte alsook uitgebreide reacties gekomen. Omdat het ondoenlijk is al deze reacties te vermelden, hebben we, achteraf, van deze reacties een indeling gemaakt naar verschillende gedragsdimensies.

We zijn hierbij geïnspireerd door E. Cassee (Cassee, 1973). Cassee heeft zich beziggehouden met de vraag: "Hoe komt men erachter, welk gedrag een huisarts ten opzichte van zijn patiënten vertoont?". Hij legde daartoe aan de respondenten de volgende vraag voor: "Ik heb hier een lijst waarop een aantal gedragingen van huisartsen staan. De ene dokter gedraagt zich echter vaker op een bepaalde manier dan de andere. Wilt u aan de hand van deze lijst beschrijven wat uw dokter in de praktijk doet? Het gaat dus niet om een oordeel over zijn gedrag, maar om een beschrijving ervan".

Uit deze beschrijvingen is af te leiden hoe huisartsen zich in de ogen van hun patiënten gedragen.

Voor de analyse van deze gedragsbeschrijvingen heeft Cassee gebruik gemaakt van twee technieken: factoranalyse en klusteranalyse. Door middel van beide technieken kan men proberen uit het geheel groepjes variabelen te destilleren die bij elkaar horen. Op grond van beide analyses kon hij vaststellen welke waarschijnlijk de dimensies zijn in het gedrag van de huisarts, zoals dat door zijn steekproef werd beschreven.

Deze dimensies kunnen het best omschreven worden aan de hand van de gedragingen die er deel van uitmaken; we komen hier nog op terug.

Het was interessant geweest om met behulp van factoranalyse te toetsen of de door Cassee gevonden dimensies ook in de resultaten van dit onderzoek terug te vinden waren. In dit onderzoek was dat echter onmogelijk omdat het hier spontane uitingen betreft op een open vraag. Voor een uitgebreide lijst met items over het optreden van de zwangerschapsbegeleid(st)er was in dit onderzoek geen plaats.

We hebben, achteraf, de spontane reacties van de vrouwen bij verschillende gedragsdimensies ondergebracht. Deze door ons gevolgde werkwijze heeft als nadeel dat de interpretatie van de onderzoekster een belangrijke rol speelt bij de resultaten.

We hebben de volgende gedragsdimensies onderscheiden:

- A1: Informatief optreden.
- A2: Te weinig informatief optreden.
- B1: Communicatief optreden.
- B2: Afwerend optreden.
- C : Instrumenteel optreden.

Deze dimensies worden omschreven aan de hand van de gedragingen die er deel van uitmaken:

A1: Informatief optreden: binnen deze dimensies vallen de volgende omschrijvingen:

- hij/zij legt uit waarom hij/zij iets doet.
- hij/zij vertelt hoe het is met jezelf en je kind.
- hij/zij legt precies uit waarom hij/zij iets voorschrijft.
- hij/zij overlegt eerst voordat hij/zij een therapie (bijvoorbeeld dieet houden) voorschrijft.

Al deze beschrijvingen hebben gemeen dat zij betrekking hebben op het verschaffen van informatie aan de vrouw over het verloop van haar zwangerschap. Deze gedragingen zijn in het algemeen positief door de vrouwen gewaardeerd.

A2: Te weinig informatief optreden: deze dimensie omvat de volgende omschrijvingen:

- hij/zij vertelt me te weinig als ik wat vraag.
- hij/zij geeft te weinig spontane informatie.
- hij/zij geeft informatie zonder met mijn gevoelens rekening te houden.
- hij/zij gebruikt onbegrijpelijke taal.

Deze dimensie is min of meer het tegenovergestelde van de vorige (A1). Uit deze beschrijvingen wordt een indruk verkregen van de mate waarin de vrouw het gevoel heeft dat de begeleid(st)er tekort schiet in het geven van informatie, toelichting op en overleg over handelingen die hij/zij verricht.

Deze gedragingen zijn in het algemeen negatief door de vrouwen gewaardeerd.

B1: Communicatief optreden: binnen deze dimensie vallen de volgende omschrijvingen:

- hij/zij stelt je op je gemak
- hij/zij is bereid om naar je moeilijkheden te luisteren
- hij/zij geeft je het gevoel dat hij/zij zich voor je interesseert
- hij/zij voelt mee met mijn problemen
- hij/zij behandelt me niet als een nummer
- ik kan met hem/haar over al mijn problemen praten.

Uit deze beschrijvingen wordt een indruk verkregen van de mate waarin de zwangerschapsbegeleid(st)er door zijn/haar optreden de vrouw het gevoel geeft dat zij 'open kaart' kan spelen.

Deze gedragingen zijn in het algemeen positief door de vrouwen gewaardeerd.

B2: Afwerend optreden: deze dimensie omvat de volgende omschrijvingen:

- hij/zij heeft weinig tijd voor me
- hij/zij wordt korzelig als je met kleinigheden komt
- hij/zij behandelt me als een nummer
- hij/zij geeft me het gevoel dat hij/zij mijn problemen niet belangrijk vindt
- hij/zij scheidt me af
- hij/zij voelt niet mee met mijn problemen
- hij/zij behandelt me te onpersoonlijk.

In deze dimensie wordt de vrouw afgeweerd, een open contact wordt verhinderd en de afstand wordt benadrukt.

Deze gedragingen zijn in het algemeen negatief door de vrouwen gewaardeerd.

C: Instrumenteel optreden: in dit verband wordt bij instrumenteel niet gedacht aan het gebruiken van instrumenten, maar aan een optreden dat vooral doelgericht en/of zakelijk kan worden genoemd.

Binnen deze dimensie komen de volgende omschrijvingen voor:

- hij/zij begrijpt precies wat er met je lichaam aan de hand is
- hij/zij probeert tegenover me de juiste toon te vinden
- hij/zij schrijft nauwkeurig voor wat je moet doen.

Deze dimensie geeft de zekerheid aan waarmee de arts/vroedvrouw de zwangerschap, naar het oordeel van de moeder, begeleidt. De begeleid(st)er geeft duidelijk en beslist aan wat de vrouw het beste kan doen.

Deze gedragingen zijn over het algemeen positief door de vrouwen gewaardeerd.

Negatieve opmerkingen met betrekking tot het instrumenteel optreden zijn door de vrouwen niet naar voren gebracht.

Naast de dimensies informatief optreden (A 1), communicatief optreden (B 1), afwerend optreden (B 2) en instrumenteel optreden (C), vond Cassee nog een andere dimensie, namelijk diffuus optreden. In deze dimensie komt naar voren in hoeverre het contact tussen de huisarts en de patiënt buiten het strikt medische vlak komt. Een spontane reactie welke duidelijk geïnterpreteerd kan worden als diffuus optreden, is in ons onderzoek niet door de vrouwen naar voren gebracht of niet door de interviewster verwerkt.

Cassee komt met zijn analyse tot vijf gedragsdimensies, zonder dat hieraan een oordeel over de gedragingen van de huisarts (positieve of negatieve waardering) is verbonden.

Vanwege onze wijze van vraagstellen in tegenstelling tot de lijst van Cassee en vanwege het doel van ons onderzoek, namelijk suggesties ter verbetering voor de zorg, meenden wij deze positieve of negatieve waardering toch in het onderzoek te moeten opnemen. Vandaar dat de dimensie 'te weinig informatief optreden' als een aparte groep gedragingen van de zwangerschapsbegeleid(st)er in het onderzoek is opgenomen.

Door de reacties, door de vrouwen gegeven, te rangschikken onder de vijf omschreven dimensies (A1, A2, B1, B2, C), kan een duidelijker beeld worden verkregen, hoe de vrouwen het optreden van hun zwangerschapsbegeleid(st)er bij de contrôles hebben ervaren.

In het volgende schema (tabel 3.2.12) wordt weergegeven hoe vaak een spontaan antwoord, welk tot één van de vijf dimensies is gereduceerd, naar voren is gekomen. (Het is mogelijk dat de reactie van een vrouw ondergebracht is bij meer dan één dimensie).

De percentages geven aan welk gedeelte van de vrouwen onder begeleiding van ofwel de huisarts, ofwel de vroedvrouw, ofwel de gynaecoloog, deze mening is toegedaan.

Gezien het open-vraag karakter van de interviews en het feit dat de reactie van een vrouw ondergebracht kan zijn bij meerdere dimensies (bijvoorbeeld de begeleid(st)er is informatief ten aanzien van een aspect van de zwangerschap maar te weinig informatief ten aanzien van een ander aspect), is het niet geoorloofd uit deze gegevens harde conclusies te trekken.

Tabel 3.2.12

	huisarts		vroedvrouw		gynaecoloog Pieter Pauw		gynaecoloog Streek	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Informatief	2	3,6	5	4,6	6	50,0	2	9,1
Te weinig informatief	23	41,1	60	55,0	8	66,6	13	59,1
Communicatief	22	39,3	28	25,9	9	75,0	1	4,5
Afwerend	10	17,9	27	24,8	4	33,3	25	113,6*
Instrumenteel	5	8,9	8	7,3	3	25,0	4	18,2

Opvallend is wel het grote verschil tussen het Streekziekenhuis en het Pieter Pauw Ziekenhuis ten aanzien van het informatief-, communicatief- en afwerend optreden; ten aanzien van deze aspecten hebben meer vrouwen zich in positievere zin geuit over de gynaecologen van het Pieter Pauw Ziekenhuis dan dat bij het Streekziekenhuis het geval is. Dit komt overeen met de resultaten onder punt 1 (algemene beoordeling van de zwangerschapscontrôles).

### 3. Wachtijd voor de contrôles.

Aan alle vrouwen is gevraagd (vraag VI-4) of zij bij de zwangerschapscontrôles lang moesten wachten voordat zij aan de beurt waren en of zij een schatting wilden geven van de wachttijd.

Bij 4% van de vrouwen bleek deze vraag niet van toepassing;

10% vond dat zij te lang moesten wachten (de vrouwen noemden gemiddelde wachttijden van minimaal 20 minuten tot 1½ uur);

70% van de vrouwen had geen problemen met de duur van de wachttijden en 16% vertelde, dat zij soms lang moesten wachten.

Omdat de mogelijkheid zou kunnen bestaan dat men bij een bepaalde soort begeleid(st)er (huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog) langer zou moeten wachten dan bij een andere, hebben we deze gegevens gerelateerd aan de soort begeleiding waarbij we bij de begeleiding door een gynaecoloog tevens onderscheid hebben gemaakt tussen het Streekziekenhuis in Bennekom en het Pieter Pauw Ziekenhuis in Wageningen.

\* Aangezien per vrouw meerdere spontane reacties mogelijk zijn en de percentages aangeven welk gedeelte van de vrouwen onder contrôle van de betreffende zwangerschapsbegeleid(st)er deze mening is toegedaan, is het mogelijk dat hier een percentage groter dan 100% wordt gescored.

De resultaten worden in tabel 3.2.13 gepresenteerd. Het aantal vrouwen aan wie deze vraag gesteld is, bedraagt:

- 55 vrouwen begeleid door de huisarts
- 109 vrouwen begeleid door de vroedvrouw
- 12 vrouwen begeleid door de gynaecolo(o)g(en) van het Pieter Pauw
- 22 vrouwen begeleid door de gynaecolo(o)g(en) van het Streekziekenhuis en
- 10 vrouwen begeleid door de gynaecolo(o)g(en) in andere ziekenhuizen.

De percentages (afgerond) in tabel 3.2.13 geven aan welk gedeelte van de vrouwen begeleid door de betreffende zwangerschapsbegeleid(st)er de mening ten aanzien van de wachttijden is toegedaan.

Tabel 3.2.13

Wachttijden voor de zwangerschapscontrôles

Moest u lang wachten? (vraag VI-4)

Hoe lang?	ja				nee				soms			onbekend					
	ha.	vv.	gyn.		ha.	vv.	gyn.		ha.	vv.	gyn.		ha.	vv.	gyn.		
	a	b	c		a	b	c	a	b	c	a	b	c				
1-10					36	33	3	1	2	2	1			1			
11-20		1			5	37	3	4	1	1	13						
21-30	1	3		4		3			1	1	5	1	3	2			
30	1	1		7	2					1	2		1				
weet ik niet					6	3	3					1		1			
onbekend														2	4	1 1	
Totaal(n)	2	5		11	2	47	78	9	6	4	3	22	3	4	3	3 4 1 1	
% ha.	4					85					6						
% vv.		5					72				20					4	
% gyn.				50	20			75	27	40			25	18	30		5 10

ha. = huisarts

vv. = vroedvrouw

gyn.a = gynaecoloog Pieter Pauw Ziekenhuis

gyn.b = gynaecoloog Streekziekenhuis

gyn.c = gynaecoloog in andere ziekenhuizen.

Uit deze gegevens blijkt dat vrouwen begeleid door de huisarts, in de regel het snelst aan de beurt komen.

Opvallend is het verschil tussen de wachttijden van het Pieter Pauw Ziekenhuis en het Streekziekenhuis: het percentage vrouwen dat tevreden was met de wachttijden in het Pieter Pauw Ziekenhuis bedraagt 75%, terwijl slechts 27% van de vrouwen die begeleid werden in het Streekziekenhuis, deze mening was toegedaan.

Ten aanzien van de wachtkamer in het Streekziekenhuis maakten vijf vrouwen de opmerking dat deze altijd erg vol was en dat het wellicht beter zou zijn wanneer er op afspraak gewerkt zou worden.

Ten aanzien van de wachtkamer van de vroedvrouw maakten zeven vrouwen spontaan de opmerking dat ze het daar altijd erg gezellig vonden en er een aantal leuke contacten met andere zwangere vrouwen aan hadden overgehouden.

In de wachtkamer van de vroedvrouw liggen een aantal tijdschriften en boeken met illustraties over zwangerschap, bevalling en kraambed en een plakboek met geboortekaartjes, wat door een aantal vrouwen erg gewaardeerd werd.

Verder merkten enkele vrouwen op dat er te weinig stoelen in de wachtkamer van de vroedvrouw stonden en dat de stoelen (houten klapstoeltjes) ongemakkelijk zaten, vooral wanneer men al tegen het einde van de zwangerschap liep.

#### 4. Tijdsduur van de contrôles

91% van de vrouwen (n=204) vond de tijd die voor een contrôle werd uitgetrokken lang genoeg (vraag VI-6b).

Omdat de mogelijkheid zou kunnen bestaan dat de ene (soort) zwangerschapsbegeleid(st)er meer of minder tijd per contrôle beschikbaar stelt dan de ander, hebben we de gegevens (vraag VI-6) over de geschatte tijdsduur van de contrôles gerelateerd aan de zwangerschapsbegeleid(st)er.

De resultaten worden in tabel 3.2.14 gepresenteerd. Het aantal vrouwen aan wie deze vraag is gesteld bedraagt:

- 55 vrouwen begeleid door de huisarts
- 106 vrouwen begeleid door de vroedvrouw
- 12 vrouwen begeleid door de gynaecolo(o)g(en) van het Pieter Pauw
- 21 vrouwen begeleid door de gynaecolo(o)g(en) van het Streekziekenhuis en
- 10 vrouwen begeleid door de gynaecolo(o)g(en) van de andere ziekenhuizen.

Tabel 3.2.14

Duur van de zwangerschapscontrôle

Vond u de contrôle lang genoeg? (vraag VI-6)

Tijd (min)	ja			nee			geen mening			ambivalent					
	ha.	vv.	gyn.	ha.	vv.	gyn.	ha.	vv.	gyn.	ha.	vv.	gyn.			
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c			
5		6		1		2	1		4		1				
5-10	32	65	7	9	3	4			2			1			
10	18	21	2	3	5										
weet ik niet	1	2	1												
varieerde per keer	2	4	2		1				1						
Totaal(n)	53	98	12	13	9	2	5		7	1	1		2		1
% ha.	96					4									
% vv.		93				2									
% gyn.			100	62	90				33						

ha. = huisarts

vv. = vroedvrouw

gyn.a = gynaecoloog Pieter Pauw Ziekenhuis

gyn.b = gynaecoloog Streekziekenhuis

gyn.c = gynaecoloog in andere ziekenhuizen.

Uit deze gegevens blijkt dat de vrouwen die begeleid werden in het Pieter Pauw Ziekenhuis allen tevreden zijn over de tijdsduur die per contrôle ter beschikking stond. Het minst tevreden zijn de vrouwen die begeleid zijn in het Streekziekenhuis: 1/3 van hen was van mening dat per contrôle te weinig tijd voor hen is uitgetrokken.

Alhoewel minder uitgesproken is dit ook terug te vinden in de tijd die de vrouw heeft opgegeven als beschikbaar voor de contrôles. Hierbij past echter wel de relativerende opmerking dat vrouwen die van mening zijn dat de tijd te kort was ook eerder geneigd zullen zijn de tijd die aan hun besteed is lager te schatten.



## 5. Informatie (verstrekking) en communicatie

Het geven en krijgen van informatie, is binnen de relatie zwangere vrouw -zwangerschapsbegeleid(st)er een zaak van wederkerigheid.

Hoe voor de hand liggend het ook lijkt dat de zwangere vrouw uit 'puur eigenbelang' haar begeleid(st)er vragen stelt over het verloop van haar zwangerschap én dat haar begeleid(st)er haar de juiste informatie verschaft, toch zal dit niet altijd het geval zijn; Enerzijds zal het ervan afhangen wat de vrouw zelf als belangrijk ziet, of zij uit haar woorden kan komen, in welke mate zij zich bewust is wat er in haar lichaam omgaat, of zij daarmee voor de dag durft te komen en haar vertrouwen in de begeleid(st)er. Anderzijds is het belangrijk dat de zwangerschapsbegeleid(st)er bij deze intensieve lijfelijke ervaring uit het leven van een vrouw, zich bewust is wat er in de vrouw omgaat, wat zij wil, welke mening zij heeft en dat de vrouw hierbij serieus genomen wordt en steun krijgt.

Cassee (Cassee, 1971) merkt op dat er een beïnvloeding is van het welbevinden van de 'patiënt' door het gedrag van de mensen (dus ook van de verloskundige zorg) waar zij mee te maken heeft. Hij (Cassee) wijst erop dat de meest positieve reacties van de hulpvragende op een hulpgever steeds lijken te worden geconstateerd bij een benadering die gericht is op een open, tweezijdige communicatie tussen de hulpverlener en de hulpvragende.

In de open communicatie tussen de vrouw en haar zwangerschapsbegeleid(st)er kunnen tenminste twee elementen worden onderscheiden:

1. Het geven van informatie aan de vrouw over het verloop van haar zwangerschap over de te volgen procedures bij behandeling van complicaties, over de gang van zaken in het ziekenhuis etc.. Een probleem hierbij is dat de informatie moet aansluiten bij de behoefte van de zwangere vrouw. Daarom is het noodzakelijk dat de zwangerschapsbegeleid(st)er op de hoogte is met hetgeen de vrouw bezighoudt en waarover zij zich zorgen maakt.
2. Het tweede element in de communicatie met de zwangere vrouw, is dan ook dat de begeleid(st)er haar aanmoedigt om over haar zorgen en angsten te praten. Daardoor kan de begeleid(st)er achterhalen wat er in de vrouw omgaat of wat zij wil of moet weten, terwijl zij tegelijkertijd de gelegenheid krijgt om haar emoties en spanningen te uiten.

Een mogelijk gebrek aan open communicatie tussen de vrouw en haar zwangerschapsbegeleid(st)er is geen opzichzelf staand fenomeen, maar is te horen over de hulpverlening -en niet alleen medisch gerichtte- in het algemeen. We zijn ons ervan bewust dat naast de mogelijkheid tot open communicatie ongetwijfeld nog meer aspecten met betrekking tot de relatie zwangere vrouw - begeleid(st)er een rol spelen bij het geven en krijgen van informatie.

Om een indruk te verkrijgen in welke mate in het kader van de communicatie tussen de zwangere vrouw en haar zwangerschapsbegeleid(st)er de mogelijkheid bestond om informatie te krijgen, hebben we de vrouwen gevraagd of zij tijdens de contrôle voldoende gelegenheid kregen om vragen te stellen (vraag VI-7a), of men ook vragen gesteld heeft (vraag VI-7b), of de verkregen antwoorden afdoende waren (vraag VI-7c) en indien men geen vragen had gesteld, waarom niet (vraag VI-7e).

De aantallen worden in onderstaande tabel gepresenteerd:

Tabel 3.2.14

Kreeg u voldoende gelegenheid tot het stellen van vragen?

		ja	nee	soms wel, soms niet	
Hebt u vragen gesteld?	ja	168	6	4	178 (87%)
	nee	20	0	1	21 (10%)
	soms	5	1	1	7 (3%)
		193	7	6	206
		(94%)	(3%)	(3%)	

Bijna alle vrouwen (94%) kregen voldoende gelegenheid tot het stellen van vragen, 87% van de vrouwen hebben tijdens de contrôles daadwerkelijk vragen gesteld. Het feit dat een aantal vrouwen bij de ene contrôle wel vragen konden stellen en bij een andere contrôle deze gelegenheid niet kregen, werd door drie vrouwen verklaard met het feit dat men afwisselend verschillende gynaecologen kreeg. Zo werd opgemerkt: "De ene gynaecoloog ligt je nu eenmaal meer dan de andere, dus spaarde ik mijn vragen maar op totdat ik weer bij die ene kwam". Drie andere vrouwen vertelden dat zij soms wel, soms niet de gelegenheid kregen, afhankelijk van het humeur van hun begeleid(st)er.

Van de 185 vrouwen die (wel eens) vragen stelden, zei 91% (n=169) voldoende antwoord van hun begeleid(st)er gekregen te hebben, 6% (n=11) vond dat hun ant-

woorden onvoldoende beantwoord werden en 3% (n=5) kreeg soms voldoende antwoord (afhankelijk van de persoon en/of het humeur van hun begeleid(st)er (vraag VI-7c).

Aan de 28 vrouwen die soms of nooit vragen stelden tijdens de zwangerschapscontrôles, hebben we gevraagd waarom zij dit niet deden (vraag VI-7d).

Het resultaat wordt in tabel 3.2.15 gepresenteerd:

Tabel 3.2.15

Waarom stelde u geen vragen?				
	durfde niet	geen behoefte	sfeer was belemmerend	
huisarts	1	4	1	6
vroedvrouw	4	9	0	13
gynaecoloog	0	5	4	9
	5	18	5	28
	(18%)	(64%)	(18%)	

Het merendeel van deze vrouwen stelde geen vragen om de eenvoudige reden dat zij niets te vragen hadden.

5 Vrouwen durfden niets te vragen: "Ik heb het wel eens gedaan, maar toen kreeg ik heel nors en ongeduldig antwoord, waardoor ik het niet meer durfde"; "Ik durfde niet omdat er nog zoveel andere vrouwen in de wachtkamer zaten te wachten"; "Ik ben verlegen".

5 Vrouwen stelden geen vragen omdat de communicatie tussen hen en hun begeleid(st)er stroef verliep: "Hij antwoordde toch niet op mijn vragen; we lagen mekaar niet"; "Hij had geen tijd voor me".

Deze resultaten wijzen in de richting dat het contact tussen de vrouw en haar zwangerschapsbegeleid(st)er over het algemeen voldoende open is.

Naast deze getalsmatige resultaten zijn er een aantal spontane opmerkingen naar voren gekomen met betrekking tot het verstrekken of het verkrijgen van informatie. Ten aanzien van zowel de huisarts, de vroedvrouw en de gynaecoloog is vaak opgemerkt dat de zwangerschapsbegeleid(st)er weinig uit zichzelf vertelt; hij/zij zou meer met spontane informatie uit zichzelf moeten komen. Opmerkingen in deze richting zijn verwerkt onder het 'informatief' of 'te weinig informatief optreden' van de zwangerschapsbegeleid(st)er (zie punt 2).

Door onze vragen "Heeft u zelf nog opmerkingen of suggesties met betrekking tot de zwangerschapscontrôles"? (vraag VI-10) en "Vindt u dat u tijdens de zwanger-

schap voldoende informatie hebt gehad"? (vraag VIIIA-1), hebben we een veelheid aan reacties gekregen welke spontaan door de vrouwen naar voren zijn gebracht. Voor zover de onderwerpen die naar voren kwamen nog niet bij de overige aspecten van de zwangerschap zijn ondergebracht, zullen deze reacties hier aan de orde komen.

Doordat bij de vraag "Vindt u dat u tijdens de zwangerschap voldoende informatie hebt gekregen"? niet door alle interviewsters is ingegaan op de inhoud van de informatie die de vrouwen gemist zouden hebben, hebben we deze reactie niet gekwantificeerd. Bovendien zou het, gezien het openvraag-karakter van de interviews, niet geoorloofd zijn. aan enig cijfermatig materiaal harde conclusies te verbinden.

We zullen dan ook volstaan met het rubriceren van de spontane opmerkingen die door een aantal vrouwen naar voren zijn gebracht.

Suggesties ter verbetering van de zwangerschapscontrôles:

a. Algemene informatie:

Het zou heel handig zijn, wanneer bij de eerste contrôle aan alle zwangere vrouwen een informatiestencil werd verstrekt, waarin alle organisatorische en praktische punten vermeld staan waar een vrouw tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed mee te maken krijgt. Bijvoorbeeld informatie over welke cursussen er bestaan, waar deze gegeven worden en hoe men zich daarvoor kan opgeven, tijdstip van opgave bij het kraamcentrum, een literatuurlijst met boeken die men eventueel zou kunnen lezen, wat men mee moet nemen naar het ziekenhuis etc.

b. Voeding en conditie van de (a.s.) moeder:

De zwangerschapsbegeleid(st)er zou bij één van de eerste contrôles erover kunnen praten hoe de vrouw zich tijdens haar zwangerschap gezond kan voeden. Ook aan activiteiten en sport, bijvoorbeeld welke vorm van beweging wel/niet goed is, zou meer aandacht besteed kunnen worden.

Indien de vrouw tijdens haar zwangerschap bijvoorbeeld een suikervrij- zoutarm- of zoutloos dieet wordt voorgeschreven, dan zou het wenselijk zijn indien de begeleid(st)er er de vrouw op attendeert welke voedingsmiddelen er in haar geval wel/niet gebruikt mogen worden. (Het Voorlichtingsbureau voor de Voeding beschikt over informatiemateriaal; deze folders zouden door de zwangerschapsbegeleid(st)er aangevraagd kunnen worden).

Een aantal vrouwen stelden het tevens op prijs indien reeds in de zwangerschapsperiode informatie gegeven zou worden hoe de moeder zich gedurende de laktatieperiode het beste kan voeden.

c. Voeding van het kind:

Dit onderwerp komt ter sprake in paragraaf 3.4 van dit verslag.

d. De bevalling:

Ten aanzien van de plaats van bevalling en het kraambed - thuis of in het ziekenhuis - zou meer informatie gegeven moeten worden, ook al heeft de vrouw haar keuze voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling al gemaakt. Zo wilden een aantal vrouwen die besloten hadden om thuis te bevallen, toch wel informatie hebben over de gang van zaken bij een bevalling in het ziekenhuis, voor het geval dit zich toch nog zou voordoen.

e. De periode na de bevalling:

Dit wordt besproken in paragraaf 3.5 van dit verslag.

f. Reclame:

Het wordt zeer op prijs gesteld indien informatiemateriaal in de vorm van folders wordt verstrekt, maar de daarbij aanwezige reclame voor merkproducten mocht voor een aantal vrouwen wel achterwege blijven. Zij gaven de voorkeur aan 'objectieve' informatie.

g. Contrôle door de vroedvrouw:

De vroedvrouw is gespecialiseerd in het begeleiden van de zwangerschap en bevalling en wordt als zodanig erkend. Helaas zijn een aantal bevoegdheden (nog?) niet aan haar toegekend zoals het doorverwijzen naar een diëtiste zonder dat de huisarts als tussenschakel fungeert en het doen van bepaald inwendig onderzoek. De vroedvrouw zou de vrouwen in deze beter kunnen informeren.

Naast de punten a tot en met g werden nog genoemd:

- meer informatie over wat tijdens de zwangerschap wel/niet van het kind gevoeld kan worden.
- Informatie over de baby-uitzet.
- harttonen laten horen.
- gewicht controleren.
- informatie over roken tijdens de zwangerschap.
- informatie over de verzorging van het kind.

Op onze vraag aan 106 vrouwen of zij tijdens hun zwangerschap voldoende informatie gehad hadden, antwoordde 75% (n=156) voldoende informatie gehad te hebben, 23% (n=47) vond van niet en 2% (n=3) wist het niet meer.

Na deze overstelpende hoeveelheid aan suggesties ter verbetering van de zwangerschapscontrôles, willen we er nogmaals op wijzen dat 88% van alle vrouwen over het algemeen tevreden is met de zwangerschapscontrôles.

Hoewel wij niet kunnen overzien of de zorg op al deze door de vrouwen genoemde suggesties kan ingaan, menen wij toch dat het aanbeveling verdient deze na te streven.

Een groot aantal vrouwen zou echter al geholpen zijn indien iedere zwangerschapsbegeleid(st)er haar een algemeen informatiestencil zou doen toekomen, waarin alle organisatorische en praktische punten vermeld staan waar een vrouw tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed mee te maken krijgt. Dit zal zowel het geven van aansluitende doelmatige informatie voor de zwangerschapsbegeleid(st)er vergemakkelijken.

#### 6. Aanwezigheid van de man bij de contrôle.

Omdat het onderzoek gericht is op gehuwde moeders, zal de verwachting van een baby in de meeste gevallen een aangelegenheid zijn van beide ouders. Wij vroegen ons af in hoeverre de vaders ook bij de zwangerschapscontrôles de gelegenheid werd geboden zich meer bij het gebeuren van de zwangerschap te betrekken.

33% van de vrouwen zei dat haar man wel eens of meerdere malen is meegeweest naar de contrôles (vraag VI-8).

Aan de overige 67% (n=140), wiens man nooit bij de zwangerschapscontrôles aanwezig is geweest, hebben we de vraag (vraag VI-8) gesteld, of de vrouw wél graag gehad had dat hij bij één of meerdere contrôles aanwezig geweest zou zijn. Omdat de mogelijkheid zou kunnen bestaan, dat vrouwen die voor de eerste maal zwanger zijn, het meer op prijs stellen dan vrouwen die reeds moeder zijn, dat hun man bij de zwangerschapscontrôles aanwezig is, hebben we deze gegevens gerelateerd aan het aantal kinderen dat de vrouw heeft.

De resultaten worden gepresenteerd in tabel 3.2.16.

Van de vrouwen die hun eerste kind verwachtten bleek 23% het op prijs te stellen indien hun man wel eens of meerdere malen bij de zwangerschapscontrôles aanwezig geweest zou zijn, terwijl dit percentage bij de vrouwen die reeds moeder waren slechts 12% bedroeg.

Tabel 3.2.16

In verwachting van:	Zou u willen dat uw man meeging naar de contrôles?			
	ja	nee	geen mening	
1 <sup>e</sup> kind	13 (23%)	35 (63%)	8 (14%)	56 (100%)
≥ 2 <sup>e</sup> kind	10 (12%)	69 (82%)	5 ( 6%)	84 (100%)
	23 (16%)	104 (73%)	13 ( 9%)	140 (100%)

Omdat het mogelijk zou kunnen zijn dat de ene zwangerschapsbegeleid(st)er deze gelegenheid meer biedt dan de andere, zijn deze gegevens nog eens gerelateerd aan de soort zwangerschapsbegeleid(st)er (namelijk huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog) die de vrouw gehad heeft.

Het resultaat is weergegeven in tabel 3.2.17.

Tabel 3.2.17

	Zou u willen dat uw man meeging naar de contrôles?			
	ja	nee	geen mening	
huisarts	5 (11%)	33 (75%)	6 (14%)	44 (100%)
vroedvrouw	15 (20%)	56 (73%)	6 ( 8%)	77 (100%)
<u>gynaecoloog</u>	3 (16%)	15 (79%)	1 ( 5%)	19 (100%)
	23 (16%)	104 (74%)	13 ( 9%)	140 (100%)

Uit deze gegevens kan niet worden geconcludeerd dat de ene soort zwangerschapsbegeleid(st)er (huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog) de man meer of minder de gelegenheid geeft om bij de contrôles aanwezig te zijn.

Hoewel de relatie tussen de vrouwen wiens man wel is meegeweest en hun begeleid(st)er ook een indruk zou kunnen geven in hoeverre de zwangerschapsbegeleid(st)er een stimulerende invloed heeft op het meegaan van de man, hebben we deze relatie wegens tijdgebrek niet meer kunnen bekijken.

Een zwakke schakel in onze redenering is het feit dat we de vrouwen niet rechtstreeks gevraagd hebben of hun zwangerschapsbegeleid(st)er hen de mogelijkheid had geboden om eventueel hun man naar de contrôles mee te nemen; Aan de hand van de verzamelde gegevens kan namelijk niet zonder meer geconcludeerd worden of de mogelijkheid om de man mee te nemen al dan niet door de zwangerschapsbegeleid(st)er is geboden. Het is immers best mogelijk dat deze mogelijkheid door de begeleid(st)er wel is geboden, maar dat de vrouw er geen gebruik van

heeft gemaakt (bijvoorbeeld omdat haar man er geen zin in had), terwijl ze wel graag gewild had dat hij meeging.

7. Enkele aspecten met betrekking tot de contrôles door de gynaecoloog.

47 Vrouwen (22%) zijn gedurende hun hele zwangerschap of voor een kortere periode onder contrôle geweest bij een gynaecoloog.

De contrôles vonden plaats in verschillende ziekenhuizen (vraag VI-1):

Tabel 3.2.18

Ziekenhuizen waar de contrôle plaatsvond:

Pieter Pauw Ziekenhuis Wageningen	14
Streekziekenhuis Bennekom	24
Juliana Ziekenhuis Ede	5
Anders	4
<hr/>	
Totaal	47

De categorie 'anders' bestaat uit 2 vrouwen bevallen in het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen, 1 vrouw bevallen in de opleidingskliniek voor vroedvrouwen in Heerlen en 1 vrouw bevallen in het Academisch Ziekenhuis te Leiden.

Bij de verdere aspecten met betrekking tot de zwangerschapscontrôle in het ziekenhuis, hebben we vragen gesteld aan die vrouwen die ófwel de gehele zwangerschapsperiode onder begeleiding hebben gestaan van een gynaecoloog, ófwel het grootste gedeelte van hun zwangerschap door een gynaecoloog zijn begeleid. Daarbij hebben we, ten aanzien van het ziekenhuis waar de contrôles geschieden, onderscheid gemaakt in drie categoriën.

De verdeling van de zwangerschapsbegeleiding naar het ziekenhuis waar de contrôles plaatsvonden wordt dan:

Pieter Pauw Ziekenhuis	: 12
Streekziekenhuis	: 22
Anders	: <u>10</u>
	44

De vrouw kan gedurende haar zwangerschap door steeds dezelfde gynaecoloog begeleid worden, maar vaker wordt zij bij de contrôles afwisselend door verschillende gynaecologen behandeld.



In de meeste gevallen wordt de vrouw bij de contrôles afwisselend door verschillende gynaecologen behandeld, omdat dit in de ziekenhuizen zo gebruikelijk is. Soms - bijvoorbeeld wanneer een vrouw te kennen geeft dat zij liever door eenzelfde gynaecoloog begeleid wil worden of wanneer een gynaecoloog er de voorkeur aan geeft de vrouw bij alle contrôles te begeleiden - wordt van deze regel wel eens afgeweken.

Op onze vragen of men al dan niet steeds door dezelfde gynaecoloog behandeld is (vraag VI-2a), waarom dit zo gebeurde (vraag VI-2b) en hoe men dit heeft ervaren (vraag VI-2c) kwam het volgende naar voren:

Tabel 3.2.19

		Had u steeds dezelfde gynaecoloog?											
		ja				nee				onbekend			
Hoe vond u dat?		p	v	a	o	p	v	a	o	p	v	a	o
Waarom?													
regels van het ziekenhuis		1	-	2	-	8	9	12	-	-	-	-	-
ik wilde het zelf zo		3	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-
onbekend		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6

waarbij p = prettig  
 v = vervelend  
 a = ambivalent  
 o = onbekend (=vergeten te vragen)

We hebben geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende ziekenhuizen omdat is gebleken dat de situatie voor de verschillende ziekenhuizen niet sterk verschilt.

Het werd prettig gevonden om steeds door dezelfde gynaecoloog behandeld te worden omdat op die manier een meer persoonlijke band ontstaat tussen de vrouw en haar zwangerschapsbegeleid(st)er, waardoor een vertrouwensrelatie kan ontstaan.

Omgekeerd ervaren vrouwen (n=10), die het vervelend vonden steeds door andere gynaecologen behandeld te worden, de contrôles als onpersoonlijk; het ontbreken van een vertrouwensrelatie werd als een gemis gezien.

Daarnaast werd het, wanneer men door verschillende gynaecologen werd behandeld, als vervelend ervaren dat men niet de mogelijkheid had om bij die gynaecoloog te blijven die de vrouw het meeste aansprak.

Het voordeel om steeds door verschillende gynaecologen behandeld te worden werd gezien in het feit dat men dan bij de bevalling geen onbekende gynaecoloog zou krijgen; van te voren is immers niet met zekerheid te zeggen welke gynaecoloog de bevalling zal leiden.

Het gaat hier echter om kleine aantallen en bij deze ervaringen van 44 vrouwen past dan ook de relativerende opmerking dat 75% van de vrouwen, begeleid door een gynaecoloog, over het algemeen tevreden is met het verloop van de zwangerschapscontrôles.

Naast de 47 vrouwen die gedurende de gehele- of een gedeelte van hun zwangerschap door een gynaecoloog zijn begeleid, zeiden 21 andere vrouwen, tijdens hun zwangerschap een of meerdere malen door een gynaecoloog gecontroleerd te zijn op aanraden van hun zwangerschapsbegeleid(st)er (huisarts of vroedvrouw) (vraag VI-9b). Het betreft hier vrouwen die tijdens hun zwangerschap een complicatie kregen, welke niet heeft geleid tot een medische indicatie tijdens de zwangerschap. Indien de complicatie wel tot een medische indicatie geleid zou hebben, dan zou de vrouw genoodzaakt zijn haar zwangerschap verder door een gynaecoloog te laten begeleiden. In dit geval dat de complicatie niet leidt tot een medische indicatie, is de vrouw vrij te kiezen wie haar zwangerschap verder zal begeleiden. (Meestal zal de keuze dan - gezien de kosten en het contact dat ze reeds met haar begeleid(st)er heeft opgebouwd - weer op haar vroedvrouw of huisarts vallen).

Op onze vraag (vraag VI-9c) aan deze 21 vrouwen of zij zelf mochten kiezen wie hun zwangerschap verder zou begeleiden, antwoordden 9 vrouwen dat zij niet zelf mochten kiezen, 11 vrouwen dat zij wel zelf mochten kiezen en 1 vrouw wist het niet meer.

Het is ons niet bekend waarom 9 vrouwen niet zelf mochten kiezen.

Van de 22 vrouwen die tijdens hun zwangerschap onder contrôle bij één of meerdere gynaecologen in het Streekziekenhuis waren, bracht de helft spontaan opmerkingen naar voren waaruit bleek dat zij niet geheel tevreden waren met de werkwijze en de gang van zaken tijdens de zwangerschapscontrôles in het Streekziekenhuis.

Zo werd onder andere verteld: "Het is vervelend dat er steeds andere assistenten bij zijn; je voelt je daarbij zo ongemakkelijk omdat je ze niet kent". De contrôles zijn er zo massaal, je kreeg het gevoel dat je een 'lopende-band-object' was"; "Terwijl je uitgekled op de gynaecoloog lag te wachten, hoorde je hem in het hokje ernaast met een andere vrouw praten. Als hij jou dan gecontroleerd had, ging hij meteen weer door naar de volgende. Het was net een lopende

band. Het gaf je het gevoel dat jezelf maar onbelangrijk was".

Mogelijk vindt het relatief kleine aantal positieve beoordelingen (namelijk 55%, zie punt 1) over de zwangerschapscontrôles in het algemeen in het Streekziekenhuis, zijn oorzaak voor een groot gedeelte in de negatieve indruk die bestaat over de gang van zaken op de verloskundige afdeling tijdens de zwangerschapscontrôles in dit ziekenhuis.

Ten aanzien van de werkwijze tijdens de zwangerschapscontrôles in het Pieter Pauw Ziekenhuis is door de vrouwen geen negatieve kritiek spontaan naar voren gebracht.

### 3.2.6. Cursussen tijdens de zwangerschap

Voorlichting tijdens de zwangerschap kan worden gegeven in de vorm van een cursus: een reeks avonden met eenzelfde groep.

Het begrip cursus doet al gauw denken aan éézijdige overdracht van kennis, maar in dit kader willen we dit begrip ruimer nemen, zodat ook groepsgesprekken hieronder kunnen worden verstaan.

We hebben ons beperkt tot de zwangerschapsgymnastiek (3.2.6.1.) en de oudercursus (3.2.6.2.); onder 3.2.6.3. zijn de overige opmerkingen, die met betrekking tot de cursussen naar voren kwamen, gegroepeerd.

#### 3.2.6.1. De zwangerschapsgymnastiek

37% (n=77) van alle vrouwen heeft de cursus zwangerschapsgymnastiek gevolgd. Uit tabel 3.2-20 blijkt dat de cursus voor het grootste deel gevolgd wordt door vrouwen die hun eerste kind verwachten.

Tabel 3.2-20

	cursus wel gevolgd	cursus niet gevolgd	
1 <sup>e</sup> kind	59	36	95
> 1 <sup>e</sup> kind	18	96	114
	77	132	209

Van de vrouwen die een cursus gevolgd hebben, was 77% (n=59) in verwachting van het eerste kind.

Bij de vraag aan de overige 132 vrouwen (vraag VII-1c), waarom men de cursus niet gevolgd had, kwam het volgende beeld naar voren:

Tabel 3.2.-21

Redenen voor het niet volgen van de cursus (meerdere antwoorden per persoon mogelijk):

zag het nut er niet van in	103
bij een vorige zwangerschap al eens gevolgd	39
gym in groepsverband staat me niet aan	10
mocht niet vanwege medische redenen	9
kosten	6
voelde me te zwak	5
wilde me zoveel mogelijk ontzien	4
tijdstip kwam ongunstig uit	4
wist niet af van het bestaan	3
te ver weg	3

Ongeveer 3/4 van de vrouwen zagen het nut van de zwangerschapsgymnastiek niet in: "Bij de vorige is het zonder zwangerschapsgymnastiek ook goed gegaan, dus nu zal het ook wel weer goed gaan" ; "degeen die de bevalling doet kan je het best instructies geven wat je doen moet, want iedere bevalling is toch weer anders" ; "ik had genoeg beweging tijdens de zwangerschap" ; "ik heb gehoord dat je niks of weinig aan hebt bij de bevalling", en een boerin merkte op: "werken is beter dan gymnastiek".

De vrouwen die de cursus niet gelopen hebben, omdat zij zich tijdens de zwangerschap zoveel mogelijk wilden ontzien, dachten dat het (weer) mis zou gaan als ze zwangerschapsgymnastiek zouden doen.

Op onze vraag (VII-3) hoe men gehoord had over de mogelijkheid tot het volgen van de cursus, bleek dat iets meer dan de helft van de vrouwen hier tijdens hun zwangerschap door de medische zorg op was geattendeerd.

De rest wist het vanuit hun opleiding/beroep, van familie of vrienden, van de vorige keer en drie vrouwen wisten het helemaal niet.

Bij de vraag welke verwachting men van tevoren van de cursus had (vraag VII-2) (deze vraag is aan alle vrouwen gesteld) kwam spontaan sterk de indruk te liggen

op de diverse technieken en oefeningen die bij de cursus aan de orde komen. Naast de oefeningen wordt echter een belangrijk deel van de lessen besteed aan het vragen stellen en praten over de zwangerschap, de bevalling van het kind e.d. Toch verwachtten slechts 30 vrouwen dat er tijdens de cursus aan dit aspect aandacht werd besteed. Wel verwachtten 35 vrouwen er contacten te leggen met andere zwangere vrouwen.

Het feit dat bij de beantwoording van deze vraag de nadruk is komen te liggen op de technieken en oefeningen en niet zozeer op de andere aspecten van de cursus, komt waarschijnlijk door het open-vraag-karakter van de interviews.

Een verdergaande conclusie, namelijk een beeld van de verwachtingen die de vrouwen van te voren hadden ten aanzien van de technieken en oefeningen die op de cursus aan de orde komen (vraag VII-2), menen we niet te mogen trekken: het is namelijk gebleken dat de reacties van de vrouwen op deze vraag al doorspekt waren met een oordeel over de ervaringen die men met de cursus had opgedaan. Hierdoor hebben we geen zuiver beeld kunnen krijgen van de verwachtingen die men van de zwangerschapsgymnastiek had vóór de deelname aan de cursus.

De cursus is op verschillende plaatsen gevolgd (vraag VII-1b):

Pieter Pauw Ziekenhuis Wageningen	:	61
Streekziekenhuis Bennekom	:	9
Particulier in Bennekom	:	4
Elders	:	<u>3</u>
Totaal	:	77

Van de 77 vrouwen die met de cursus begonnen zijn, heeft 79% (n=61) de cursus helemaal afgemaakt. Onder de vrouwen die de cursus niet hebben afgemaakt waren er 7 die ermee gestopt waren omdat de cursus niet aan hun verwachtingen beantwoordde; (hieronder waren 4 vrouwen die alleen de laatste les - dit is de les waar de mannen erbij zijn - niet meer gevolgd hadden omdat zij het nut van een les met de mannen erbij niet inzagen).

De overige 9 vrouwen konden de cursus door diverse omstandigheden niet afmaken. (vraag VII-4).

De algemene indruk die de vrouwen achteraf van de cursus hadden was als volgt: (vraag VII-6; deze vraag is door 74 vrouwen beantwoord)

positief	:	85%
negatief	:	9%
ambivalent	:	6%

In het Streekziekenhuis in Bennekom is de opbouw van de cursus iets anders dan in het Pieter Pauw Ziekenhuis in Wageningen (zie ook deel 1): er zijn ook 10 lessen maar elke deelneemster kan op ieder moment starten en dus niet alleen aan het begin van een nieuwe cursus.

In tegenstelling tot de cursus in het Pieter Pauw Ziekenhuis, waar geen films worden gedraaid, worden in het Streekziekenhuis 2 lessen besteed aan films: één over een thuisbevalling en één over een ziekenhuisbevalling (mét inknippen). In het Pieter Pauw Ziekenhuis is het bij de laatste les de bedoeling dat de mannen meekunnen; in het Streekziekenhuis kunnen de mannen mee bij de vertoning van de films, maar er is geen aparte les die op de mannen gericht is.

Als vrouwen dat willen mogen hun mannen de gehele cursus meevolgen. Dit wordt door de hele groep aan het begin van de cursus besloten, maar in de praktijk blijken de mannen meestal alleen de tiende les aanwezig te zijn. Bij 63% van de 73 vrouwen aan wie deze vraag gesteld is (vraag VII-7), was de man meegeweest naar de cursus.

Aan 75 vrouwen die de cursus gevolgd hebben, is de vraag gesteld (vraag VII-8) hoe men vond dat de mannen überhaupt meekunnen naar de gym. De reacties op deze vraag worden in tabel 3.2.-22 gepresenteerd:

Tabel 3.2-22

Waardering van de mogelijkheid dat de mannen bij de cursus zwangerschapsgymnastiek aanwezig kunnen zijn:

erg positief	:	73%
stelt het niet op prijs	:	5%
niet nodig	:	9%
deze mogelijkheid is me niet geboden	:	4%
maakt me niet uit	:	9%

Eén van de vrouwen die het niet op prijs stelde dat er mannen bij de cursus aanwezig kunnen zijn opperde het idee dat er een mogelijkheid moest zijn om de tiende les, tegen extra vergoeding, een privé-les samen met de man te krijgen, waarbij dan met hun drietjes zou worden doorgenomen wat er op de cursus geleerd was aan technieken en oefeningen en hoe de man bij de bevalling daarmee kan helpen.

Diverse aspecten van de cursus:

Contacten

De helft van de vrouwen vond achteraf de contacten die men met andere zwangere vrouwen had gelegd erg belangrijk (vraag VII-5). Vrouwen die elkaar op de zwangerschapsgym hebben leren kennen, komen elkaar later, bijvoorbeeld op het consultatiebureau, weer tegen, iets wat door veel vrouwen als leuk wordt ervaren. 10 Vrouwen maakten spontaan de opmerking dat er naast de verstrekte informatie en de oefeningen meer gelegenheid moest zijn om onderling te praten; dit zou door de leiding meer gestimuleerd moeten worden.

Ten aanzien van de cursus in het Streekziekenhuis in Bennekom werd opgemerkt dat het systeem dat vrouwen bij elke les met de cursus konden starten, negatief werkt op het leggen van contacten; hierdoor werd er te weinig als groep naar de bevaling toegeleefd.

Plaats van de cursus

Het Pieter Pauw Ziekenhuis ligt boven op de Wageningse berg. 6 Vrouwen ervoeren dit als erg vervelend: "Je was doodmoe als je de berg eenmaal opgefietst was en dan moest de cursus nog beginnen".

Voor één vrouw was dit de doorslaggevende reden om de cursus niet te volgen. Het zou prettiger zijn als de cursus ergens in een gymzaaltje beneden aan de berg gegeven werd.

Oefeningen en technieken

Naar aanleiding van de vraag wat de vrouwen het belangrijkste vonden van de cursus kwam ten aanzien van de diverse technieken en oefeningen het volgende beeld naar voren (meerdere antwoorden per vrouw mogelijk):

Ademhalingsoefeningen	:	79% (n=61)
Spieroefeningen	:	36% (n=28)
Ontspanningsoefeningen	:	14% (n=11)
Houding tijdens de zwangerschap	:	13% (n=10); met name op de oefeningen waarbij gelet wordt op de houding tijdens zitten en lopen)
Perstechniek	:	5% (n= 4)
Gymnastiekoefeningen	:	4% (n= 3)
Ademhaling als je niet meer mag persen	:	3% (n= 2)

### Informatie-uitwisseling

Naast de oefeningen wordt een belangrijk deel van de lessen besteed aan informatie-uitwisseling. De belangrijkste vragen die door de vrouwen gesteld worden zijn vragen over het eigen lichaam en de bevalling. Iets meer dan de helft van de vrouwen vond dit een zeer belangrijk aspect van de cursus. Door erover te praten voelen de vrouwen zich meer bewust van en bekend met hun eigen lijf en de veranderingen die zich, gedurende de zwangerschap en de bevalling, aan het lichaam voltrekken. Door deze bewuste voorbereiding op de bevalling wordt een groot stuk zelfvertrouwen opgedaan, men voelt zich zekerder en ziet met minder angst de bevalling tegemoet.

Door de zwangerschapsgymnastiek krijgt men het gevoel de bevalling wel "aan te kunnen".

Dit is een heel positief effect van de cursus, maar er moet wel voor gewaakt worden dat de bevalling niet te rooskleurig wordt voorgesteld: uit een tiental spontaan genoemde opmerkingen blijkt dat er door de cursus vaak teveel de indruk wordt gewekt dat, wanneer bij de bevalling de oefeningen en technieken goed worden toegepast, de bevalling wel "vanzelf" gaat.

Zo werd onder andere opgemerkt: "De leidster had me erop moeten voorbereiden dat je de weeën zo snel achter elkaar krijgt, dat je eigenlijk de tijd niet hebt om ze op te vangen en daarna te ontspannen; laten ze maar zeggen dat het je niet altijd lukt en dat je dan niet in paniek hoeft te raken". "Er wordt je precies geleerd hoe je moet ademen, maar er wordt niet bijverteld dat je dit tijdens het persen soms niet vol kunt houden en dat je dan alleen nog maar kunt hijgen; ze zouden dit beter wel kunnen vertellen, want anders heb je het idee dat je het helemaal fout doet bij de bevalling".

Kortom er zal wat meer aandacht besteed moeten worden aan het feit dat niet elke bevalling even gemakkelijk gaat, en welke vervelende dingen je bij de bevalling eventueel kunnen overkomen.

Verder merkten 4 vrouwen op dat de cursus het best gegeven kan worden door iemand die ervaring met bevallingen, het liefst een vrouw die zelf al één of meerdere kinderen heeft gebaard.

#### 3.2.6.2. De aanstaande oudercursus

30 Van de 206 vrouwen (=14%) hebben de a.s. oudercursus, uitgaande van de Wageningse wijkverpleging, gevolgd. (Deze vraag (vraag VIII-1) zijn we aan



twee vrouwen vergeten te stellen en één vrouw heeft de cursus elders gevolgd). Dit percentage (14%) stemt redelijk overeen met het bij een landelijk onderzoek gevonden percentage vrouwen, jonger dan 35 jaar, die een oudercursus gevolgd hadden, namelijk 17% (Scheffer, 1973).

Uit tabel 3.2-23 blijkt dat de cursus voornamelijk gevolgd wordt door vrouwen die hun eerste kind verwachten.

Tabel 3.2-23

	cursus wel gevolgd	cursus niet gevolgd	
1 <sup>e</sup> kind	28	65	93
> 1 <sup>e</sup> kind	2	111	113
	30	176	206

Van de vrouwen die de cursus gevolgd hebben was 93% in verwachting van het eerste kind.

Bij de vraag (vraag VIII-1c) aan de overige vrouwen, waarom men de cursus niet gevolgd had, kwam het volgende beeld naar voren:

Ongeveer 70% zag het nut van de oudercursus niet in: "Ik had genoeg ervaring in het verzorgen van kinderen" ; "Je kunt op zo'n cursus niet leren hoe je je kind moet verzorgen; dat leer je pas als je er zelf voorstaat en dan doe je het toch op je eigen manier" ; "Ik leer van de kraamhulp wel hoe ik het kind moet verzorgen";

Een tiental vrouwen zag het niet zitten om in groepsverband over de zwangerschap, bevalling en eerste verzorging van het kind te praten: "Er wordt dan zo gauw over kwaaltjes gepraat" en "Ik wil liever geen bakerpraatjes horen".

19 Vrouwen vonden het niet nodig de cursus voor een tweede keer te volgen. Twee vrouwen hadden zich wel bij het wijkcentrum ervoor opgegeven, maar hadden er nooit meer iets van gehoord. Drie vrouwen zeiden dat er gedurende hun zwangerschap net geen cursus was. 11 Vrouwen wisten niet dat er in Wageningen een a.s. oudercursus bestond, terwijl 23 vrouwen überhaupt nog nooit van een oudercursus gehoord hadden. Tenslotte vond een vrouw de kosten (f 10,--) een bezwaar.

Aan 154 vrouwen, die wisten van het bestaan van de a.s. oudercursus, hebben we gevraagd (vraag VIII-3) van wie men gehoord had over de mogelijkheid tot het volgen van deze cursus. 45% Had dit gehoord van de medische zorg (zwangerschapsbegeleid(st)er, kraamcentrum), 19% door middel van een folder en/of affiche,

terwijl de overige vrouwen het wisten van kennissen en/of vanuit hun eigen werkring/opleiding.

169 Vrouwen, die wisten van het bestaan van de a.s. oudercursus, is gevraagd (vraag VIII-2) wat men van tevoren van de cursus verwachtte. Bij de beantwoording van deze vraag is het open-interview-karakter weer belangrijk; de antwoorden zijn spontaan door de vrouwen naar voren gebracht. Van deze 169 vrouwen wist bij voorbaat de helft niet precies wat de cursus inhield; 32% dacht dat er voorlichting werd gegeven over kinderverzorging; tenminste 5% wist dat er een film of dia's over de bevalling vertoond zouden worden; 16% dacht dat er gepraat werd over uiteenlopende onderwerpen met betrekking tot de zwangerschap, bevalling en eerste verzorging van het kind, terwijl 4% dacht dat er bovendien in groepen gesproken zou worden over het "ouder" worden, over gevoelens met betrekking tot de zwangerschap, de bevalling en de periode daarna.

Bekendmaking van de cursus gebeurt via folders, affiches of mondeling via het kraamcentrum, de wijkverpleegster of door de zwangerschapsbegeleid(st)er.

(zie eventueel deel 1)

In plaatselijke kranten werd indertijd geen bericht gezet als er weer een cursus van start ging; dit is tegenwoordig wel het geval. Ook aan artsen en gynaecologen wordt geen bericht gestuurd.

Uit het feit dat 34 vrouwen niet wisten van het bestaan van een a.s. oudercursus in Wageningen, dat van de overige vrouwen de helft onbekend was met de inhoud ervan en uit een aantal spontane opmerkingen van de vrouwen in deze richting, blijkt dat er onvoldoende propagande voor de cursus gemaakt wordt.

Helaas hebben we niet specifiek gevraagd of de vrouwen deze informatie achteraf gemist hebben, maar 12 vrouwen merkten op dat hun zwangerschapsbegeleid(st)er hun hierop had moeten attenderen. In 7 gevallen werd de zwangerschap begeleid door de gynaecoloog; o.a. werd opgemerkt: "De gynaecoloog let er voornamelijk op dat de zwangerschap medisch goed verloopt, maar hij vergeet gewoon dat je je ook op andere manieren moet voorbereiden en dat je daarvoor eventueel een cursus kunt volgen".

Maar ook van de vroedvrouw, die toch een avond van de cursus verzorgt, en de huisarts wordt meermalen opgemerkt dat ze verzuimd hebben de vrouwen hierop te attenderen.

25 van de 30 vrouwen hebben alle avonden van de cursus gevolgd. 2 Vrouwen waren ermee gestopt omdat de cursus niet aan hun verwachtingen voldeed; de andere drie vrouwen konden door omstandigheden niet altijd bij de cursus aanwezig zijn. (vraag VIII-4).

De algemene indruk die men achteraf van de cursus had, was als volgt:

positief	:	33%	(n=10)
negatief	:	60%	(n=18)
ambivalent:		7%	(n= 2)

Men kan zich afvragen, of zwangerschap en geboorte voor de man niet op een andere manier problematisch is dan voor de vrouw. Daar we echter dit onderzoek slechts hebben gehouden bij de moeders, zal dit verslag geen antwoord kunnen geven op de vraag naar aspecten van het vader- worden voor de man.

Ouderschap is een aangelegenheid van beide ouders en bij de a.s. oudercursus, ook wel moedercursus genoemd, is het de bedoeling dat zowel a.s. moeders als a.s. vaders de avonden bijwonen. De meeste vrouwen vonden het prettig dat de man op deze manier weer wat meer bij het hele gebeuren betrokken kon worden; 9% van de moeders die de cursus gevolgd hadden, vond het echter niet nodig dat de mannen bij de cursus aanwezig waren.

In de praktijk zijn de mannen niet elke avond aanwezig. Met name de eerste keer gaan de vrouwen alleen naar de cursus. Het is echter ook nergens duidelijk aangegeven of de mannen al dan niet altijd mee kunnen; een vrouw ervaarde dit als erg vervelend.

Ook lang niet alle mannen volgen de cursus. 7 Vrouwen merkten op dat dit nogal logisch was: "de hele cursus is op vrouwen gericht en de mannen worden er in het geheel niet bij betrokken. De mannen zouden er elke avond bij moeten zijn en de cursus zou dan ook meer op hen afgesteld moeten worden; nu zaten de mannen die er waren er echt een beetje buiten".

20 Vrouwen ervaarden de avonden dat de mannen erbij waren als erg prettig.

### Diverse aspecten van de cursus

#### Dia's / film

Een diaserie of een film over de bevalling staat vast op het programma van de oudercursus (zie eventueel deel 1).

Hoewel we de indruk hebben dat er inhoudelijk aan de kwaliteit van de film/dia's wel wat verbeterd kan worden, wordt dit onderdeel over het algemeen erg gewaar-

deerd en als het belangrijkste onderdeel van de oudercursus gezien (vraag VIII-5).

4 Vrouwen ervoeren het echter als vervelend om de film/dia's over de bevalling te zien.

#### Het leggen van contacten en de opzet van de cursus

Een ander belangrijk aspect van de cursus, zo vond tenminste 44% van de vrouwen, was de mogelijkheid tot het leggen van contacten met andere zwangere vrouwen.

De cursus wordt gegeven aan groepen van 10-15 vrouwen en hun man. De voorlichting gebeurt o.a. door het beantwoorden van vragen en het leiden van gesprekken; met name de groepsgesprekken werken stimulerend op het leggen van contacten.

11 Vrouwen waren van mening dat er echter gelegenheid moest zijn om onderling te praten, terwijl drie vrouwen duidelijk vonden dat er meer informatie door de leiding gegeven en minder onderling gepraat moest worden.

Waarschijnlijk is de opzet van de cursus toch te vrijblijvend en zal een strakkere opzet, waar binnen voldoende gelegenheid is voor groepsgesprekken die daadwerkelijk aansluiten op onderwerpen waar men zelf over wilt praten, de avonden beter doen slagen.

Daarbij moet de opzet en de bedoeling van de verdere avond van tevoren worden uitgelegd: zo werd verteld: "Er werd je wel gevraagd waar je het over wilde hebben, maar daar kwam niet zoveel reactie op. Dat lag natuurlijk ook wel aan jezelf, maar je was er ook niet op voorbereid dat er onderling gepraat zou gaan worden. Vooral die eerste avond gaat het dan moeilijk, omdat al die andere vrouwen nog vreemd voor je zijn en omdat je toch naar zo'n cursus toegaat met het idee dat de avond wel voor je verzorgd wordt. Als ze van tevoren zeggen wat de bedoeling is, dan ga je er met een hele andere instelling naar toe. Dan kun je er van tevoren over nadenken, terwijl je nu denkt dat het wel geregeld wordt".

Ook de grootte van de groep kan hierbij een rol spelen. 2 Vrouwen ervoeren dit duidelijk als een belemmering: een grote groep werkt het eerder in de hand dat men zich passiever opstelt en eerder een afwachtende houding aanneemt, dan dat men zich actief inzet om met de discussie mee te doen.

Tenslotte meenden 4 vrouwen dat een deskundiger iemand, die zelf ervaring met kinderen heeft, de cursus hoort te geven.

De suggesties die gegeven zijn ter verbetering van de a.s. oudercursus kunnen in 2 groepen worden ondergebracht:

- a) Enerzijds praktische zaken zoals informatie over de bevalling, kinderverzorging etc. en
- b) anderzijds onderwerpen die meer betrekking hebben op de gevoelsmatige aspecten tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed.

ad a:

7 Vrouwen vonden dat er teveel werd ingegaan op dingen die je ook in lectuur kon vinden, terwijl aan praktische tips over de kinderverzorging te weinig aandacht werd geschonken. Met name informatie over de voeding van het kind (keuze voor fles- of borstvoeding, welke flesvoeding, borstvoeding en de problemen die daarbij kunnen ontstaan) en het verloop van de bevalling verdienen meer aandacht. Enkele vrouwen waren van mening dat ook de opvoeding van het kind in het eerste levensjaar behandeld moest worden; in eerste instantie valt dit buiten het doel van de cursus (waarbij alleen de eerste zorg voor het kind aan de orde komt), maar indien dit onderwerp door meerdere vrouwen van belang wordt geacht, is het wellicht aan te bevelen te overwegen of dit ook een onderwerp van de cursus zou kunnen zijn.

ad b:

De helft van de vrouwen die de cursus gevolgd hebben vond dat er gepraat moest worden over gevoelens die met de zwangerschap, de bevalling en vooral gevoelens die met de periode na de bevalling gepaard gaan.

Hoewel de cursus bestemd is om mensen voor te bereiden op het a.s. ouderschap, komt de mentale voorbereiding (emotionele- en gedragsaspecten) nauwelijks ter sprake. In paragraaf 3.5. van dit verslag wordt uitvoeriger op deze aspecten ingegaan.

Doordat de cursus voornamelijk gevolgd wordt door ouders die hun eerste kind verwachten, zal deze problematiek wellicht minder snel door de a.s. ouders zélf naar voren worden gebracht. Uit de interviews komt naar voren dat de helft van de vrouwen die de cursus gevolgd hebben, dit, achteraf bekeken, als een groot gemis ziet.

Hier zullen we volstaan met een tweetal opmerkingen uit de interviews; meer informatie hieromtrent is te vinden in paragraaf 3.5. van dit verslag.

"Wat ik wel gemist heb op die cursus, is dat er bijna niet gepraat wordt over de "overgangperiode" die je doormaakt na de bevalling. De meeste vrouwen werkten daarvoor nog, en ik heb zelf ervaren dat je heel gek staat

te kijken als je na heel wat jaren werken plotseling al je contacten kwijtraakt met je collega's. Je bent heel druk met je kind en in het begin merk je dat niet eens op, maar op een gegeven moment dringt het toch tot je door en dan is het wel even moeilijk om daar doorheen te komen. Gek eigenlijk, want ik wilde toch echt graag een kind. Daar zou op de oudercursus toch wat meer over gesproken moeten worden, zodat je dat van tevoren beseft. Dan kun je je er tenminste op voorbereiden en dan sta je niet ineens zo raar te kijken dat je het niet leuk vindt om de hele dag thuis te blijven met het kind".

"Er zou wat meer gepraat moeten worden over de tijd na de bevalling. Bijvoorbeeld over al die was die je te wachten staat; dat je je helemaal niet blij hoeft te voelen en dat die eerste weken heel vervelend (kunnen) zijn. Je bent plots met zijn drieën: problemen met aandachtsverdeling, dingen die je ineens niet meer met zijn tweeën kunt doen. Voor mij kwam dit allemaal wel onverwacht; je weet wel dat het anders wordt, maar dat besef je gewoon niet zo. Je kon op de oudercursus wel verzoeken indienen, maar het bleek gewoon dat de meeste vrouwen over de zwangerschap en de bevalling wilden praten. Dat hebben we dus ook gedaan, hoewel ik het jammer vond; maar het is wel goed dat er onderling overlegd wordt wat er behandeld gaat worden".

Juist omdat het besef hierover bij vrouwen, die voor het eerst zwanger zijn, nog niet zo sterk aanwezig is, lijkt het ons een taak van de wijkverpleging om ervoor te zorgen dat deze aspecten aangedragen worden.

Veel hangt hierbij echter af van de groepsleiding; in een groepsdiscussie ontstaan door het praten en de wisselwerking relaties tussen de groepsleden. Doordat men met elkaar van gedachten wisselt en elkaar over en weer beïnvloedt, ontstaat er een sociale structuur waarin de groep invloed op het groepslid uitoefent. Het gevolg hiervan is dat het individu gemakkelijker de groepsovertuiging en de gemeenschappelijk genomen beslissing aanvaardt en voor zichzelf uit zal werken. (ten Have).

Het hangt echter vaak van de leiding af of de losse groepering echt een groep wordt. De groepsleiding kan non-directief te werk gaan; zij kan motiveren; zij kan gericht en gespecialiseerd informeren (met behulp van hulpmiddelen zoals de film/diaserie, demonstraties) en zij krijgt van de groepsleden ook informatie. Daarom is het wenselijk dat de leiding van de a.s. oudercursus getraind is in het hanteren van de groepsdiscussie, met name wanneer het de bedoeling van de oudercursus is een stuk zekerheid te verschaffen via bevestiging door anderen.

### 3.2.6.3. Overige opmerkingen

#### Zwemmen

Hoewel bij de gesprekken niet specifiek naar deze tak van sportbeoefening gevraagd is, werd het onderwerp zwemmen toch spontaan door 12 vrouwen naar voren gebracht.

Het is mogelijk dat een aantal vrouwen van de mogelijkheid gebruik zouden maken, wanneer er een extra zwemuurtje voor zwangere vrouwen georganiseerd zou worden. Verschillende takken van sport kunnen tijdens de zwangerschap beter niet meer beoefend worden, maar zwemmen lijkt een ideale sport om allerlei spieren soepel te houden.

Zowel in Ede als in Wageningen kunnen zwangere vrouwen op de normale openingstijden zwemmen, maar men vindt het geen prettige gedachte om met een opvallend dikke buik tussen mensen in te lopen en in het water elk moment het risico te lopen om een trap in je buik te krijgen.

Het verdient de aanbeveling om na te gaan in hoeverre het mogelijk is om, ofwel georganiseerd vanuit de cursus zwangerschapsgymnastiek ofwel georganiseerd vanuit de zwembaden, een extra zwemuurtje voor zwangere vrouwen in te lassen.

#### Integratie van zwangerschapsgymnastiek en oudercursus

Eén van de vrouwen had in Amersfoort een ander soort cursus gevolgd, een zogeheten psychoprofylaktiese cursus. Dit is een cursus, die tijdens de zwangerschap gevolgd kan worden, waarbij zwangerschapsgymnastiek en a.s. oudercursus tot één geheel gecombineerd zijn. De cursus is afgestemd op zowel de man als de vrouw, waarbij (in tegenstelling tot de a.s. oudercursus in Wageningen) de plaats van de man duidelijk wordt onderkend.

In Wageningen bestaat een dergelijke cursus niet.

Juist omdat er bij de cursus zwangerschapsgymnastiek vragen gesteld kunnen worden en er gepraat wordt over onderwerpen die min of meer ook op de oudercursus ter sprake kunnen komen, brachten 6 vrouwen het idee naar voren om de zwangerschapsgymnastiek en de oudercursus tot één cursus te combineren. Deze cursus zou dan een algehele voorbereiding op het ouderschap, zowel voor mannen als vrouwen, moeten bieden.

#### Film/dia's over de bevalling

Vrouwen die de oudercursus of de zwangerschapsgymnastiek in het Streekziekenhuis te Bennekom volgen, krijgen een film of diaserie over de bevalling te zien.

Voor vrouwen die niet aan één van de cursussen deelnemen is deze mogelijkheid niet weggelegd, wat door 5 vrouwen erg spijtig werd gevonden.

Hoewel dit soms incidenteel gebeurt, zou de wijkverpleging hieraan kunnen bijdragen door dit onderdeel van de a.s. oudercursus voor andere belangstellenden open te stellen of kan er een extra avond georganiseerd worden waarop de film/dia's vertoond worden.

De suggestie werd gedaan dat het kraamcentrum vrouwen die 6 of 7 maanden zwanger zijn, aan zou kunnen schrijven met de mededeling waar en wanneer de film/diaserie te zien is. Ons inziens zou ook een bericht in de plaatselijke krant niet misplaatst zijn.

### Cursus na de bevalling

Een drietal vrouwen brachten naar voren dat het beter zou zijn dat er een soort oudercursus na de bevalling gegeven zou worden, in plaats van tijdens de zwangerschap: "Als je het kind hebt, dan weet je hoe het reageert en hoe jezelf op het kind reageert, terwijl alles wat je bijvoorbeeld op de oudercursus leert toch wel moeilijk in de praktijk te brengen is. Want ook al draag je het kind tijdens de zwangerschap met je mee, je kent het eigenlijk nog niet. Zo'n cursus is eigenlijk pas zinnig als je het kind al hebt".

Hierbij viel op dat de drie vrouwen al een of meerdere kinderen hadden bij hun laatste zwangerschap. Het is waarschijnlijk dat voor hen de concrete voorbereiding op de bevalling of op kinderverzorging in enge betekenis, niet meer primair staat. De moeder van het jonge kind zal meer concrete kleine en grote vragen hebben met betrekking tot verzorging en opvoeding dan de aanstaande moeder.

In Wageningen wordt aan deze behoefte tegemoet gekomen door middel van gespreks-groepen van jonge moeders, georganiseerd door de kruisvereniging het Witte Kruis; vier maal per jaar gaat er, onder leiding van een wijkverpleegster, een gespreks-groep van ongeveer 8 jonge moeders van start.

In hoeverre men bekend is met het bestaan van deze gespreks-groepen zal echter nader onderzocht moeten worden.

De kruisvereniging overweegt bovendien om in 1980 een kleutercursus te organiseren.

Over de invulling hiervan is nog niets bekend.



### 3.3. De bevalling

Wanneer we de 209 moeders die deelnamen aan het onderzoek verdelen naar de plaats van bevalling, dan vinden we het volgende resultaat (vraag IX-1):

Tabel 3.3-1:

Verdeling van de onderzoekspopulatie naar plaats van bevalling.

plaats	aantal	percentage
Pieter Pauw Ziekenhuis	82	39.2
Streekziekenhuis	67	32.1
Ander ziekenhuis*	11	5.3
Thuis	49	23.4
Totaal	209	100

\*: 5 maal Julianaziekenhuis in Ede, 2 maal Radboudziekenhuis in Nijmegen, 1 maal in Heerlen, 1 maal in Leiden, 1 maal in Veenendaal en 1 maal in Utrecht.

We vinden dus een hospitalisatiegraad voor de onderzoekspopulatie van 76.6%. Ter vergelijking onderstaande tabel waarin gegevens zijn opgenomen die werden ontleend aan cijfers van het centraal bureau voor statistiek over het jaar 1977.

Tabel 3.3-2:

Per 100 levend geboren, verdeling naar plaats van bevalling.

	onderzoeks- populatie '78/'79	Nederland totaal '77 CBS	Provincie Gelderland '77 CBS	Gemeente met 20.000 - 50.000 inw. '77 CBS
Instelling	76.6	61.5	57.1	59.1
Thuis	23.4	38.5	42.9	40.9

Volgens Stolk en Seelen (1978) mag worden verwacht dat in 1985 70-75% van de bevallingen in Nederland in het ziekenhuis zullen plaatsvinden. Wij constateren dat voor Wageningen dit percentage al is bereikt. Hierbij moet worden opgemerkt dat het ziekenfonds Rijnstreek een van de weinige ziekenfondsen in Nederland is, die de onkosten voor een poliklinische bevalling vergoedt indien de verzekerde

een "aanvullende verzekering" heeft afgesloten. Van onze onderzoekspopulatie is 72% verzekerd bij het ziekenfonds Rijnstreek en 97% hiervan heeft een aanvullende verzekering afgesloten (vraag I-6).

Zoals in deel I en in paragraaf 3.2.3 reeds werd vermeld, vormt de plaats van bevalling de laatste jaren regelmatig het onderwerp van discussie (v. Alten 1978, Eskes 1979, Hoogendoorn 1978, Huygen e.a. 1979, Kloosterman 1978, Maathuis en de Jonge 1979, Stolk en Seelen 1978, Treffers en Breur 1979).

De Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Consumentenbond en de Centrale Raad voor Volksgezondheid stellen zich op het standpunt, dat indien de zwangerschap (onder begeleiding van huisarts of vroedvrouw) normaal verloopt, en een normale bevalling tegemoet kan worden gezien, de mogelijkheid thuis te bevallen moet blijven bestaan. Een cruciale vraag is dan: "Wanneer kan een normale bevalling tegemoet worden gezien?".

Het is niet aan ons om deze vraag te beantwoorden. Wij kunnen wel aan de hand van verzamelde informatie laten zien, hoe vaak binnen onze onderzoekspopulatie een schijnbaar normale zwangerschap leidde tot een bevalling op medische indicatie en zodoende een bijdrage leveren aan de discussie met betrekking tot de plaats van bevalling. Voor de interpretatie van de verzamelde gegevens hebben wij de onderzoekspopulatie verdeeld in 5 categoriën op grond van:

- a. het optreden van complicaties (vraag III-1 t/m 4 en vraag IX-14) en
- b. de plaats van bevalling.

**Categorie-1: Primaire medische indicatie; klinische bevalling**

Voor het eind van de derde zwangerschapsmaand staat vast dat de gynaecoloog de zwangerschap én de bevalling (bege)leidt.

**Categorie-2: Secundaire medische indicatie-1; klinische bevalling.**

Complicaties treden op na de derde maand en vóór de laatste week van de zwangerschap. De gynaecoloog neemt de zwangerschapsbegeleiding over van de huisarts of vroedvrouw en hij leidt de bevalling.

**Categorie-3: Secundaire medische indicatie-2; klinische bevalling**

Complicaties treden op in de laatste week vóór- of tijdens de bevalling. De zwangerschapsbegeleiding is in handen van de huisarts of vroedvrouw. De bevalling vindt plaats in het ziekenhuis onder uiteindelijke begeleiding van een gynaecoloog.

**Categorie-4: Geen medische indicatie; poliklinische bevalling**

Geen complicaties. De zwangerschap én de bevalling worden begeleidt door de huisarts of de vroedvrouw.

categorie-5: Geen medische indicatie; bevalling thuis.

Geen complicaties. De zwangerschap én de bevalling worden begeleidt door de huisarts of de vroedvrouw.

Eén deelneemster valt buiten deze indeling. Voor haar gold: complicaties tijdens en na de bevalling (secundaire medische indicatie). De bevalling vond thuis plaats onder leiding van de vroedvrouw. Het kraambed werd in het ziekenhuis doorgebracht. Voor de verdere verwerking is deze deelneemster gevoegd bij categorie-3

Het is niet gebruikelijk om secundaire medische indicaties op te splitsen in secundaire medische indicatie-1 en secundaire medische indicatie-2.

Dit onderscheid wordt hier gemaakt omdat de grootte van categorie-3 (secundaire medische indicatie-2), samen met de grootte van de categoriën 4 en 5 (geen complicaties), een indruk geeft van de frequentie waarin een schijnbaar normaal verlopende zwangerschap toch nog leidt tot complicaties vlak voor- of tijdens de bevalling, zodat een klinische bevalling wenselijk wordt. In tabel-3 wordt de onderzoekspopulatie verdeeld naar pariteit (het aantal malen dat de vrouw is bevallen) en categorie als boven bedoeld.

Tabel 3.3-3

Verdeling van de onderzoekspopulatie naar pariteit en de categoriën:

- primaire medische indicatie (prim)
- secundaire medische indicatie-1 (sec-1)
- secundaire medische indicatie-2 (sec-2)
- poliklinische bevalling (PK)
- thuisbevalling (thuis)

Onderzoekspopulatie						
	eerste kind		≥ tweede kind		totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
prim	16	17	29	25	45	22
sec-1	2	2	5	4	7	3
sec-2	36	77 38	13	80 11	49	157 23
PK	26		34		60	
thuis	15		33		48	
Totaal	95	100	114	99	209	100

De onderste drie rijen van de tabel geven het aantal schijnbaar normale zwangerschappen tot de laatste week voor de bevalling.

Voor de totale onderzoekspopulatie leidde hiervan  $49/157 = 31\%$  tot een bevalling op medische indicatie. Wanneer we onderscheid maken naar het aantal malen dat een vrouw is bevallen, dan blijkt bij moeders die hun eerste kind kregen  $36/77 = 47\%$  van de normaal verlopende zwangerschappen te resulteren in een bevalling op medische indicatie en bij moeders die al een kind hadden  $13/80 = 16\%$ . Aangezien wij de juistheid van het toekennen van een medische indicatie niet in twijfel willen en kunnen trekken (Huygen e.a. 1979) moeten wij op grond van bovenstaande percentages concluderen dat een prenatale selectie op grond waarvan een normale bevalling voorspeld zou kunnen worden (Kloosterman, 1978), niet waterdicht is. Zeker niet voor vrouwen die hun eerste kind verwachten.

Toch willen wij de waarde van een normale fysiologische bevalling in een vertrouwde omgeving niet onderschatten en zien wij in Wageningen de mogelijkheid thuis te bevallen graag behouden. Daarbij kan naar voren worden gebracht dat de kwaliteit van het wegennet en de afstanden binnen Wageningen zodanig zijn, dat een snel vervoer naar het ziekenhuis mogelijk is, indien wenselijk.

Wij zouden de begeleiders van zwangeren, mede op grond van de resultaten, willen adviseren:

- Tijdens een van de eerste zwangerschapscontrôles met elke aanstaande moeder de mogelijkheden voor de plaats van bevalling bespreken.
- Bij een normaal verloop van de zwangerschap de keuze voor een poliklinische- dan wel thuisbevalling aan de aanstaande moeder overlaten.
- Wanneer voor een thuisbevalling wordt gekozen, de aanstaande moeder voorbereiden op de mogelijkheid dat ingrijpen door een gynaecoloog en dus vervoer naar een ziekenhuis, tijdens de bevalling wenselijk kan zijn. Dit zeker wanneer er sprake is van een eerste zwangerschap.

Uit een gesprek met een vroedvrouw van Wageningen (zie deel-1) blijkt dat dit driedelige advies voor haar overbodig is. De twee huisartsen met wie wij een gesprek hadden, zeiden met de aanstaande moeder wel de mogelijkheden voor de plaats van bevalling te bespreken, maar in die zin dat zij adviseren poliklinisch te bevallen; zij proberen de keuze te beïnvloeden. Wij zijn dan ook nagegaan of op grond van de werkelijke plaats van bevalling inderdaad een invloed van de begeleider op deze plaats van bevalling is te ontdekken.

Voor de invloed op de keuze poliklinisch/thuis, moeten wij ons beperken tot de moeders van de categoriën 4 en 5 (geen complicaties).

In onderstaande tabel worden deze moeders verdeeld naar plaats van bevalling en langste begeleider (zie par. 3.2.5.)

Tabel 3.3-4

	vroedvrouw		huisarts	
	aantal	%	aantal	%
poliklinisch	39	50	22	73
thuis	40	50	8	27

Het grotere percentage poliklinische bevallingen onder leiding van een huisarts, in vergelijking tot het percentage poliklinische bevallingen onder leiding van de vroedvrouw, wijst op een voorkeur van de gemiddelde Wageningse huisarts voor een poliklinische bevalling.

Echter mogelijk vormt de keuze van de aanstaande moeder voor een huisarts of de vroedvrouw als begeleider al een selectie.

Een tweede mogelijke invloed van de huisarts of vroedvrouw op de plaats van bevalling is een invloed op de keuze van een bepaald Ziekenhuis, met name het Pieter Pauw Ziekenhuis of het Streekziekenhuis.

Voor het nagaan van deze invloed beperken wij ons tot de categoriën 3 en 4 (bevalling in het ziekenhuis én een normaal verloop van de zwangerschap tot de laatste week vóór de bevalling).

Categorie-1 moet buiten beschouwing worden gelaten omdat voor de betrokken moeders niet of nauwelijks sprake is geweest van begeleiding door de huisarts of vroedvrouw.

Categorie-2 laten we buiten beschouwing omdat het moment waarop de gynaecoloog de begeleiding van de aanstaande moeder overnam van de huisarts of vroedvrouw, varieert van de vierde tot de negende zwangerschapsmaand.

Alleen voor de moeders van de categoriën 3 en 4 geldt dat er ongeveer 7 maanden een band heeft bestaan met de huisarts of vroedvrouw, gedurende welke tijd de begeleider mogelijk invloed heeft uitgeoefend op de keuze van een Ziekenhuis.

Tabel 5 verdeelt de moeders van de categoriën 3 en 4 naar het ziekenhuis waarin de bevalling plaats vond en langste begeleider.

Tabel 3.3-5

	vroedvrouw		huisarts	
	aantal	%	aantal	%
Pieter Pauw Ziekenhuis	32	52	31	76
Streekziekenhuis	30	48	10	24

De moeders die tijdens de zwangerschap werden begeleid door de vroedvrouw, laten geen voorkeur zien voor één van beide ziekenhuizen. Dit in tegenstelling tot de moeders die werden begeleid door hun huisarts, van hen beviel 76% in het Pieter Pauw Ziekenhuis. Mogelijk vormt deze voorkeur van de moeders een afspiegeling van een bestaande voorkeur bij het merendeel van de huisartsen. Wij denken hierbij aan de afstand van de huisartsenpraktijk tot de beide ziekenhuizen.

In het nu volgende willen wij een aantal punten naar voren brengen, waarvan wij veronderstellen dat zij een bijdrage leveren aan de wijze waarop de bevalling door de moeder wordt ervaren.

Wij vroegen elke moeder of zij tijdens de zwangerschap zodanige instructies kreeg dat ze wist wat ze moest doen als de weeën begonnen of de vliezen braken (vraag IX-3).

Voor 12 moeders was de vraag niet van toepassing omdat zij al in het ziekenhuis lagen vóór de start van de bevalling. Voor zover van toepassing was 82% van de onderzoekspopulatie tevreden over de instructies tijdens de zwangerschap, en we vinden daarbij nauwelijks een verschil voor de instructies van de huisarts, vroedvrouw of gynaecoloog.

In totaal waren 37 moeders niet zonder meer tevreden over de instructies. Mogelijk kan er tijdens de zwangerschap iets meer aandacht worden besteed aan de wijze waarop de bevalling zich aankondigt en hetgeen de aanstaande moeder vervolgens moet doen.

Over de begeleiding na het begin van de bevalling verzamelden wij informatie via de vragen IX-4, IX-5 en IX-7.

Vraag IX-4: "Toen u uw huisarts of vroedvrouw had geroepen kwam hij/zij toen snel genoeg naar uw zin?" leidde tot de resultaten weergegeven in tabel 6.

Tabel 3.3-6

kwam hij/zij snel genoeg	begeleider	
	huisarts (n=46)	vroedvrouw (n=95)
op tijd	76%	86%
te laat	9% (n=4)	14% (n=13)
instructies naar de ha* te komen	9%	-
instructies naar het ZH* te gaan	7%	-

\* ha = huisarts  
\* ZH = ziekenhuis

Van de totaal 17 vrouwen die zeiden dat de begeleider eerder had moeten komen na het begin van de bevalling, kregen er 10 wel duidelijke instructies via de telefoon, 8 maal van de vroedvrouw en 2 maal van de huisarts.

Over de telefonische instructies na de start van de bevalling (vraag IX-5) vinden wij verder voor de moeders met als begeleider:

- de huisarts; 85% vond de instructies duidelijk,
- de vroedvrouw; 89% vond de instructies duidelijk,
- de gynaecoloog; 97% vond de instructies duidelijk.

132 Moeders bevallen in het ziekenhuis en waren tijdens het begin van de bevalling nog thuis. Voor 96% van hen was de instructie van de begeleider over het tijdstip van vertrek naar het ziekenhuis (vraag IX-7) duidelijk genoeg, 3 moeders vonden de instructies onduidelijk en 2 moeders vonden de instructies duidelijk maar fout. Zij gingen op eigen initiatief naar het ziekenhuis, waar het kind werd geboren vóórdat de begeleider (vroedvrouw) aanwezig was.

Met betrekking tot de aanwezigheid van de eigen (laatste) begeleider bij de bevalling (vraag IX-6), vonden we dat 7 maal (7%) een vervangster van de vroedvrouw dienst had, 3 maal (6%) een vervanger van de huisarts en 3 maal (6%) een vervanger van de gynaecoloog. Deze 13 moeders waren van tevoren op de hoogte gebracht van de afwezigheid van hun begeleider. 5 Moeders werden begeleid door een assistent onder toezicht van een gynaecoloog en 3 moeders hadden naar hun zeggen geen eigen gynaecoloog.

In de gevallen waarbij sprake was van een secundaire medische indicatie-2 (48 maal), werd de bevalling uiteindelijk begeleid door een gynaecoloog. Zeker 26 maal was hierbij de eigen (laatste) begeleider ook aanwezig. Slechts 6 moeders vonden het vervelend dat iemand anders de bevalling leidde, waarvan 2 maal omdat het als vervelend werd ervaren dat een assistent (leerling) je helpt.

In totaal bevielen 149 moeders in het Pieter Pauw- of het Streekziekenhuis. Het merendeel van deze moeders (89%) was tevreden over de ontvangst in het ziekenhuis (vraag IX-9). Als redenen werden de volgende punten het meest frequent naar voren gebracht:

- Bij aankomst in de hal van het ziekenhuis staat iemand klaar om de aanstaande moeder op te wachten (P.P 10 maal, Str. 9 maal).
- De aanstaande ouders krijgen een rondleiding over de afdeling en de aanwezige apparatuur wordt uitgelegd (P.P 6 maal, Str. 4 maal).
- Tijdens het opvangen van de weeën is steeds iemand aanwezig die voldoende aandacht en verzorging geeft (P.P 40 maal, Str. 30 maal).
- Er heerst een prettige sfeer op de afdeling dankzij vriendelijk personeel. De aanstaande moeder wordt hierdoor op haar gemak gesteld (P.P 41 maal, Str. 34 maal).
- De aanstaande ouders krijgen iets te eten of te drinken aangeboden (P.P 16 maal, Str. 5 maal).

Er waren 9 moeders niet tevreden over de ontvangst in één van de ziekenhuizen (P.P 4 maal, Str. 5 maal). We kunnen op grond van hun minder prettige ervaringen niet tot een aanbeveling ter verbetering komen, omdat er steeds sprake is van een geval apart. Dit is ook de reden waarom we de ontvangst in de andere ziekenhuizen buiten beschouwing lieten.

We vroegen 154 moeders, die in het ziekenhuis bevielen of ze bij een eerdere gelegenheid de verloskamer hadden gezien (vraag IX-10).

Er antwoordden 86 moeders (56%) met ja en 68 moeders (44%) met nee.

De ja-zeggers vonden dit als volgt:

prettig	: 47 maal (55%)
vervelend	: 2 maal ( 2%)
maakte niet uit:	35 maal (41%)
weet ik niet	: 2 maal ( 2%)

De nee-zeggers vroegen we of ze de verloskamer graag hadden willen zien, met als resultaat:

ja	: 17 maal (25%)
nee	: 28 maal (41%)
geen mening	: 23 maal (34%)



Blijkbaar heeft niet elke aanstaande moeder er behoefte aan om de verloskamer te zien voordat zij daar bevalt. Voor zover dit nog niet gebeurd, adviseren wij alle aanstaande moeders, waaronder ook zij die thuis willen bevallen, aan te bieden om eens naar het ziekenhuis te komen en de verloskamer te bekijken. De moeder kan dan zelf beslissen of ze op dit aanbod ingaat.

De vraag: "Had u zelf nog wensen of ideeën m.b.t. uw bevalling (vraag IX-12a, 206 maal gesteld), werd door 47 moeders bevestigend beantwoord:

- 32 moeders (68%) vonden dat rekening werd gehouden met hun wensen,
- 7 moeders (15%) vonden dat er geen rekening mee werd gehouden en
- 3 moeders uitten meerdere wensen waarmee gedeeltelijk rekening werd gehouden.

De inhoud van de geuite wensen komt later in deze paragraaf aan de orde bij de bespreking van de open vragen.

De vragen: "Werd u tijdens de bevalling uitgelegd wat er allemaal gebeurde?" (vraag IX-13a) en "Hoe vond u dat?" leidden tot de resultaten die staan weergegeven in tabel-7.

Tabel 3.3-7

	mening over uitleg tijdens de bevalling				
	prettig	vervelend	ambivalent	N.V.T.*	Totaal
wel uitleg	140	1	15	-	156
geen uitleg	3	11	13	-	27
onbekend	-	-	-	7	7
anders	-	-	8	4	12
N.V.T.*	-	-	-	7	7

209

Het blijkt dat de meeste moeders (90%) die uitleg kregen dit op prijs stelden en dat 41% van de moeders die geen uitleg kregen dit vervelend vonden. Wij onderkennen de mogelijkheid dat volledige uitleg niet goed zal zijn voor de gemoedsrust van elke vrouw. Maar eveneens vinden wij het belangrijk dat voor elke vrouw

\* N.V.T. = niet van toepassing.

met voldoende aandacht wordt beoordeeld of het verantwoord is dat haar tijdens de bevalling wordt verteld wat er allemaal gebeurt.

Op grond van de resultaten willen wij adviseren, mits geen nadelige invloed op de gemoedsrust van de vrouw wordt verwacht, elke aanstaande moeder uit te leggen wat er gebeurt tijdens haar bevalling.

Wij veronderstelden dat de betrokkenheid van de man bij de bevalling, een belangrijke bijdrage levert aan de wijze waarop de bevalling door een vrouw wordt ervaren. Wij vroegen daarom op de eerste plaats aan de moeders of hun man bij de bevalling aanwezig was (vraag IX-17a). Dit leverde de volgende antwoorden op:

ja : 187 maal (89%)  
 nee : 3 maal ( 1%)  
 keizersnee: 16 maal ( 8%); man mag hierbij niet aanwezig zijn  
 anders : 3 maal ( 1%)

Indien de man aanwezig was, vroegen we of hij bij de bevalling werd betrokken (vraag IX-17b, 185 maal gesteld) en hoe de moeder dit vond (vraag IX-17c, 181 maal gesteld).

Tabel-8 geeft de resultaten.

Tabel 3.3-8

hoe vond u dat?	werd uw man bij de bevalling betrokken				
	ja	nee	geen mening	anders	totaal
prettig	166	1	-	1	168
vervelend	-	9	-	1	10
ambivalent	1	-	-	1	2
geen mening	-	-	1	-	1
niet gevraagd	1	-	2	1	4
Totaal	168	10	3	4	185

We zien dat de aanwezige man 168 maal (91%) bij de bevalling werd betrokken en dat dit door vrijwel alle vrouwen op prijs werd gesteld. Slechts 10 maal (5%) werd de aanwezige man naar de mening van de vrouw niet voldoende bij de bevalling betrokken, waarvan 3 maal sprake was van overmacht doordat de bevalling zeer snel verliep. Negen van de tien moeders vonden het vervelend dat de man er niet bij betrokken werd.

De indruk bestaat dat ook de verleners van de medische zorg waarde toekennen aan de betrokkenheid van de man bij de bevalling.

Een advies lijkt daarom overbodig of moet luiden: "Op dezelfde voet doorgaan".

Onder andere bij de bespreking van de zwangerschapsgymnastiek (par. 3.2.) kwam de betrokkenheid van de man bij het hele gebeuren van zwangerschap en bevalling al eerder aan de orde. Wij vroegen de moeders die zwangerschapsgymnastiek volgden én met wie de man een keer is meegeweest (n=47) of zij het gevoel hadden, dat de man er profijt van heeft gehad tijdens de bevalling dat hij is meegeweest naar de cursus (vraag IX-19). De meningen waren als volgt:

ja	:	31 maal (66%)
nee	:	11 maal (23%)
geen mening	:	5 maal (11%)

Van de moeders die zeiden dat het voor hun man niet zinnig is geweest dat hij meeging naar de gymnastiek gaven er 3 te kennen dat de bevalling te snel verliep en 3 dat een keizersnee moest worden toegepast. 5 Moeders brachten spontaan naar voren dat de man baat heeft gehad bij het feit dat hij is meegeweest naar de zwangerschapsgymnastiek, gevolgd vóór de geboorte van een vorig kind en 2 moeders brachten in dit verband naar voren dat de man nuttige informatie kreeg via de oudercursus.

Eveneens van belang is natuurlijk de vraag of de vrouw het gevoel heeft dat zij zelf tijdens het opvangen van de weeën en de bevalling iets aan de zwangerschapsgymnastiek heeft gehad (vraag IX-18).

De antwoorden van de moeders die de cursus hebben gevolgd (n-76) geven het volgende beeld:

ja	:	59 maal (78%)	
nee	:	14 maal (18%)	: { 3 maal verliep de bevalling te snel { 3 maal moest een keizersnee worden toegepast.
gedeeltelijk	:	2 maal ( 3%)	
geen mening	:	1 maal ( 1%)	

Van de moeders die géén zwangerschapsgymnastiek volgden, hadden er 18 baat bij de cursus die zij volgden vóór de geboorte van een vorig kind en 3 bij oefeningen die zij deden afkomstig uit boekjes.

Zowel de meerderheid van de moeders als van de vaders ondervonden naar het oordeel van de moeders tijdens de bevalling voordeel van het volgen van de zwangerschapsgymnastiek. Het is in dit verband niet belangrijk of dit voordeel een wezenlijke of een suggestieve aard heeft. Wij achten het volgen van een cursus aanbevelingswaardig mede omdat het percentage ouders voor wie de zwangerschapsgymnastiek op de één of andere wijze nuttig is, waarschijnlijk groter zal zijn. Dit omdat we in bovenstaande andere mogelijke waarden van de cursus buiten beschouwing lieten zoals informatiebron, contacten met "lotgenoten", voorbereiding op het ouderschap.

Eén van de handelingen die veelvuldig verricht wordt bij de bevalling, is het inknippen (episiotomie). In totaal werden 194 kinderen (1 tweeling) via het baringskanaal geboren en hiervoor werden 103 moeders (55%) ingeknipt (vraag IX-15). Maken we onderscheid naar a het wel/niet optreden van complicaties tijdens de zwangerschap en/of de bevalling en b de plaats van bevalling, dan blijkt dat:

1. bij klinische bevallingen op medische indicatie (n=85) 78% werd ingeknipt
2. bij poliklinische bevallingen (n=60) 43% werd ingeknipt (in het Streekziekenhuis 52% en in het Pieter Pauw Ziekenhuis 36%)
3. bij thuisbevallingen (n=48) 23% werd ingeknipt.

Door 3 moeders werd de veronderstelling geuit dat in het ziekenhuis altijd wordt ingeknipt, ook al is dit niet noodzakelijk. Deze veronderstelling blijkt niet juist te zijn, hoewel bij bevallingen zonder medische indicatie in het ziekenhuis wel vaker werd ingeknipt als thuis. Hoewel de relatie inknippen-begeleider minstens zo zinnig lijkt als de relatie inknippen-plaats van bevalling, (plaats van bevalling blijkt niet bepalend voor het wel/niet inknippen) werd de eerstgenoemde relatie niet bekeken. In eerste instantie was dit het gevolg van een misverstand, maar we lieten het uiteindelijk achterwege wegens tijdgebrek.

Een tweede handeling die bij veel moeders wordt verricht is het gedeeltelijk wgscheren van het schaamhaar vóór de bevalling. Volgens het "Werkpakket opleiding kraamverzorgsters, 1977" vinden een aantal verloskundigen dit belangrijk uit hygiënische overwegingen. Volgens zeggen van een Wageningse gynaecoloog wordt dit argument voor het scheren echter ook door een aantal verloskundigen bestreden. Van de 193 moeders die via de normale weg bevielen van een kind, werden er 98

98 (51%) geschoren,

87 (45%) niet geschoren en

5 (3%) moeders wisten niet meer of ze geschoren zijn (vraag IX-16, de

vraag werd aan 3 moeders niet gesteld).

Tabel 3.3-9 laat zien hoe het wel of niet scheren door de moeders werd ervaren.

Tabel 3.3-9

hoe vond u dat?	werd u geschoren vóór de bevalling?			
	ja		nee	
	aantal	%	aantal	%
prettig	6	6	39	45
vervelend	16	16	5	6
ambivalent	68	69	25	29
geen mening	2	2	14	16
anders	5	5	-	-
N.V.T.	1	1	4	5

Moeders die zonder medische indicatie bevielen van een kind (poliklinische- en thuisbevalling), werden in het ziekenhuis frequenter geschoren dan thuis. In het Streekziekenhuis (n=22) werd 84% van hen geschoren, in het Pieter Pauw Ziekenhuis (n=38) 33% en thuis (n=48) slechts 4%. In het Streekziekenhuis lijkt scheren regel te zijn, aangezien de 16% (n=3) die daar niet werd geschoren te kennen gaf dat dit het gevolg was van te late aankomst in het ziekenhuis.

Met name wanneer wordt ingeknipt bij de bevalling, vinden een aantal artsen en verloskundigen het prettig dat de schaamstreek gemakkelijk is schoon te houden ("Werkpakket opleiding kraamverzorgster, 1977"). Op grond hiervan bekijken wij voor poliklinische- en thuisbevallingen de relatie tussen inknippen en scheren.

Tabel 3.3-10

Relatie tussen inknippen en scheren voor poliklinische- en thuisbevallingen.

PK	ingeknipt	
	ja	nee
geschoren		
ja	18	10
nee	5	20
	23	30

thuis	ingeknipt	
	ja	nee
geschoren		
ja	-	2
nee	11	34
	11	36

We zien voor de poliklinische bevallingen dat van de moeders die werden ingeknipt, 78% (18/23) van te voren werd geschoren en dat van de moeders die niet werden ingeknipt, 67% (20/30) ook niet werd geschoren.

Naar aanleiding van de resultaten van het vooronderzoek verzamelden wij over de periode vlak na de bevalling informatie met betrekking tot drie onderwerpen. Op de eerste plaats vroegen wij elke moeder of zij het kind na de geboorte direct bij zich kreeg (vraag IX-20a) en hoe zij dit vond (vraag IX-20b). De antwoorden op deze vragen staan in de volgende kruistabel weergegeven.

Tabel 3.3-11

hoe vond u dat?	kreeg u het kind direct bij u?			
	ja	nee	N.V.T.	Totaal
prettig	156	6	-	162
vervelend	2	11	-	13
ambivalent	4	9	-	13
geen mening	1	2	-	3
anders	4	3	-	7
N.V.T.	-	5	6	11
	167	36	6	209

Het is duidelijk dat de meeste moeders (93%) het prettig vinden dat ze hun kind direct bij zich krijgen. Als redenen waarom de moeder het kind niet bij zich kreeg (vraag 20c) werden genoemd:

- mocht niet : 4 maal
- wilde ik zelf niet : 3 maal
- kon niet : 19 maal (complicaties moeder/kind)
- anders : 5 maal
- weet ik niet : 5 maal

We vonden geen verband tussen de reden waarom de moeder het kind niet bij zich kreeg en de wijze waarop dit door de moeder werd ervaren. Via een voorbeeld kunnen we laten zien hoe verschillend moeders kunnen reageren op een soortgelijke situatie. Drie moeders werden operatief verlost via een keizersnee. Eén van hen zegt dat ze het kind direct na de geboorte bij zich kreeg (nadat ze bijkwam van de narcose) en zij vond het prettig. Een tweede moeder zei dat het kind niet bij

haar mocht en zij vond dit vervelend, en de derde moeder zei "Het kind kon niet bij me" en het maakte haar niet uit. We mogen niet uitsluiten dat dergelijke verschillen in reacties gedeeltelijk veroorzaakt worden door de verschillen tussen de interviewsters en wel wat betreft de benadering van de moeder én de interpretatie van het antwoord dat de moeder geeft.

De vraag: "Werd u na de bevalling snel genoeg gewassen?" (vraag IX-21) werd aan 187 moeders gesteld en door 174 van hen (93%) bevestigend beantwoord. Tien keer (5%) werd de vraag met "Nee" beantwoord, waarbij 4 moeders toevoegden dat dit het gevolg was van de omstandigheden ("niemand was schuldig"). Een chinese moeder (en vader) gaf te kennen dat ze wel werd gewassen maar met leidingwater in plaats van met gekookt water. Dit is in strijd met de chinese gebruiken. (Hoewel hier sprake is van een uitzondering, is het toch een aardige illustratie van de samenhang "andere cultuur-andere gewoonten").

De vraag: "Werd u na de bevalling even alleen gelaten met uw (man en) kind?", (vraag IX-22a), werd 196 keer gesteld en leidde tot de volgende frequenties:

ja	: 136 maal (69%)
nee	: 36 maal (18%)
weet ik niet	: 10 maal ( 5%)
geen mening	: 6 maal ( 3%)
anders	: 8 maal ( 4%)

Op grond van deze frequenties mogen wij geen conclusies trekken. Evenmin kunnen wij de antwoorden in verband brengen met vraag IX-22b. De oorzaak ligt bij de onduidelijke formulering van vraag 22a, waardoor de antwoorden van de moeders niet door elke interviewster hetzelfde zijn geïnterpreteerd en bovendien niet per interviewster consequent hetzelfde. Wij volstaan hier met mee te delen dat slechts 8 moeders (4%) op de vraag: "hoe vond u dat?" (vraag 22b) het antwoord "vervelend" gaven.

Wensen of ideeën met betrekking tot de verzorging van het kind na de bevalling (vraag IX-23a) werden door 17 moeders geuit. Op de vraag aan deze moeders of er rekening werd gehouden met hun wens reageerden zij als volgt:

ja	: 15 maal
nee	: 1 maal
anders	: 1 maal

De inhoud van de wensen of ideeën komt in het navolgende aan de orde, namelijk de bespreking van de antwoorden op de "open vragen" met betrekking tot de bevalling. Het betreft de vragen:

vraag 12a : welke wensen of ideeën had u m.b.t. de bevalling?

vraag 23a : welke wensen of ideeën had u m.b.t. de verzorging van het kind na de bevalling?

vraag 23 : zijn er nog aspecten van de bevalling die u van belang vindt en waar niet over is gesproken?

vraag 25 : heeft u ten aanzien van de bevalling nog suggesties ter verbetering?

Deze vragen worden gezamenlijk verwerkt omdat de antwoorden op de vier vragen elkaar overlappen. Als voorbeeld kunnen we een antwoord noemen dat werd gegeven op de vragen 12a, 23a en 25, namelijk: "Het kind direct na de bevalling op de buik".

Bovendien werd via een reactie op vraag 24 door enkele moeders nog eens benadrukt hoe prettig het is wanneer je na de geboorte het kind op je buik krijgt. Het voorbeeld laat tevens zien dat in de antwoorden op de open vragen onderwerpen de aandacht krijgen die al eerder aan de orde waren. Ze worden hier opnieuw beschreven omdat ze voor een aantal moeders blijkbaar zo belangrijk waren dat zij ze spontaan (een tweede keer) naar voren brachten.

In totaal reageerden 166 moeders met een antwoord op één of meer van de vier open vragen. Dit leverde een onoverzichtelijke brij van wensen, opmerkingen en suggesties met betrekking tot de bevalling, waarvan een deel slechts één of twee keer naar voren werd gebracht. Met als doel voor ogen eventueel een bijdrage te leveren aan de verbetering van de zorg rond bevalling en er van uitgaande dat elke bevalling op zich een geval apart is (case), menen wij dat het overbodig is om alle reacties op de open vragen weer te geven. We beperken ons tot de onderwerpen die minstens 5 keer aan de orde kwamen in een antwoord op een open vraag. We beseffen dat dan mogelijk waardevolle informatie verloren gaat, en dat we een fout maken door een kwantitatieve waarde toe te kennen aan spontane reacties, maar via een opsomming van alle antwoorden streven we waarschijnlijk ons doel voorbij. Bovendien mag een antwoord van een enkeling niet worden vertaald in een suggestie ter verbetering van de zorg. Dit wordt benadrukt door de tegenstrijdige antwoorden of opmerkingen van verschillende moeders met betrekking tot bepaalde onderwerpen. Ter illustratie de volgende voorbeelden.



- 1-a : Prettig dat de begeleider x pas vlak voor de bevalling vertelt, dat er sprake is van een stuitligging.
- b : Schande dat de begeleider x niet eerder vertelt dat er sprake is van een stuitligging.
- 2-a : De begeleider x handelde zeer begripvol (een aantal malen werd een negatief vooroordeel onjuist bevonden op grond van eigen ervaring),
- b : De begeleider x gedroeg zich ontactisch en vervelend.
- 3-a : Mede dankzij vriendelijk en begrijpend personeel in Ziekenhuis X werd de bevalling tot een prettige ervaring.
- b : Het personeel in Ziekenhuis X kan blijkbaar geen rekening houden met gevoelens.
- 4-a : Er wordt veel te snel ingeknipt zonder dat dit noodzakelijk is,
- b : Ze moeten sneller inknippen i.p.v. de vrouw nodeloos te laten tobben.
- 5-a : Na de geboorte het kind controleren, wassen en aankleden i.p.v. meteen bloederig op de buik zonder dat je weet of het iets mankeert.
- b : Het is een geweldige ervaring wanneer je het kind direct na de bevalling op je buik krijgt "geworpen".

Het bleek niet mogelijk de verzamelde informatie overzichtelijk weer te geven door de wensen, opmerkingen en suggesties onder te brengen in de categoriën:

- aspecten m.b.t. handelingen
- aspecten m.b.t. informatie
- aspecten m.b.t. beleving.

We hebben geprobeerd via een pragmatische indeling het geheel voor de lezer toch enigszins overzichtelijk te maken. In de elkaar opvolgende onderwerpen staat het volgende centraal:

- de moeder
- de vader
- de begeleider
- informatie
- sfeer t.g.v. plaats van bevalling
- ervaringen vóór de geboorte
- ervaringen tijdens de geboorte
- ervaringen na de geboorte.

De moeder

- \* Het is belangrijk de moeder zelf goed te betrekken bij het hele gebeuren 6x
- \* Er moet beter geluisterd worden naar signalen die de vrouw zelf geeft tijdens de bevalling 8x

De betrokkenheid van vader

- \* Positieve waardering voor de wijze waarop de man bij de bevalling wordt betrokken 16x
- \* De man wordt te weinig bij de bevalling betrokken 6x

De begeleider

- \* De begeleider komt na het eerste telefoontje (begin van de bevalling) niet snel genoeg naar de zin van de moeder en krijgt daardoor geen goed beeld van de situatie 5x
- \* Positieve waardering voor het feit dat de eigen begeleider al aanwezig is bij aankomst in het ziekenhuis 5x
- \* Positieve waardering voor de persoonlijke en zorgzame wijze waarop de bevalling werd begeleid 23x
- \* In geval van een secundaire medische indicatie-2 is het belangrijk dat naast de gynaecoloog ook de oorspronkelijke begeleider bij de bevalling aanwezig is 6x
- \* Het wordt als erg vervelend ervaren dat artsen tijdens de bevalling onderling discussiëren over uit te voeren handelingen waar de vrouw bij is, terwijl ze niet bij de discussie betrokken wordt. Indien mogelijk moeten de artsen vooraf overleg plegen 8x
- \* Positieve waardering voor de toestemming van de begeleider voor aanwezigheid van een kennis 5x
- \* Er ontstond tijdens de bevalling een beter contact met de begeleider 8x  
(Het vertrouwen in de begeleider werd 2 x beschaamd)

Informatie

- \* Positieve waardering voor de wijze waarop tijdens de bevalling informatie wordt gegeven over uit te voeren handelingen en stand van zaken 11x
- \* Ze moeten je tijdens de bevalling vertellen wat ze doen 6x

- \* Positieve waardering voor de uitleg die werd gegeven voorafgaande aan een keizersnee 4x
- \* Tevredenheid over de instructies voor oefeningen en ademhalings-technieken tijdens de bevalling 9x
- \* Positieve waardering voor het feit dat men de nageboorte laat zien en dat uitleg wordt gegeven . 14x

#### Sfeer t.g.v. plaats van bevalling

- \* Het personeel in het ziekenhuis levert een positieve bijdrage aan de sfeer tijdens de bevalling 13x
- \* Er lopen veel te veel leerlingverpleegsters rond in het ziekenhuis (onzorgvuldig werk maakt onzeker) 5x
- \* De verloskamer is erg ongezellig en steriel. Er zou meer aandacht besteed kunnen worden aan de inrichting ervan (m.b.v. kleur, prenten, verlichting) 7x
- \* De inrichting van de weeënkamer is erg ongezellig (en bovendien erg gehorig; betere isolatie Pieter Pauw 3x) 5x
- \* De bevalling thuis is erg goed "bevallen" door de rustige en ontspannen sfeer 8x

#### Ervaringen vóór de geboorte

- \* Het vervoer naar het ziekenhuis is een nare ervaring 6x
- \* Het is vervelend om tijdens het opvangen van de weeën gebonden te liggen aan een infuus en/of registratieapparaat, 10x
  - je bent je bewegingsvrijheid kwijt,
  - je ziet precies wanneer je pijn gaat krijgen,
  - ze kijken alleen naar apparaat i.p.v. naar het individu dat ligt te bevallen.

#### Ervaringen tijdens de geboorte

- \* Positieve waardering voor ondersteuning van de benen tijdens de bevalling (stalen beugels vervangen door ander materiaal óf ondersteuning door een persoon) 9x
- \* Positieve waardering voor het plaatsen van een spiegel aan het voeteneind van het bed; elke moeder vrijblijvend voorstellen 11x

#### Ervaringen na de geboorte

- \* Hechten is zeer pijnlijk en het ergste van de hele bevalling. Daar moet je beter op voorbereid zijn 9x

- \* Positieve waardering voor het feit dat het kind meteen na de geboorte op de buik van de moeder wordt gelegd (ook in geval van complicaties het kind even bij de moeder leggen) 22x
- \* Positieve waardering voor het aanleggen van het kind aan de borst vlak na de bevalling 8x
- \* Het "uitdauwen" van de nageboorte is een erg nare ervaring. Dat zou wel iets rustiger kunnen 5x
- \* Ze moeten de vrouw na de bevalling niet op de kraamzaal rijden, indien het nacht is (3x) of tijdens het bezoeken (2x) 5x

Het is verheugend dat ongeveer de helft van bovenstaande punten een uiting geeft van tevredenheid m.b.t. bepaalde aspecten. Wat betreft de wensen of suggesties die werden geuit willen wij opmerken dat:

- gezien het "open vraag-karakter" de wensen of suggesties mogelijk alleen leven bij de moeders die ze spontaan naar voren brachten, maar even goed kan het zijn dat zij door een groter aantal moeders onderschreven zullen worden als er naar gevraagd zou worden.
- wij niet kunnen beoordelen wat de mogelijkheden zijn voor de zorgverleners om aan de wensen of suggesties tegemoet te komen,
- dat daar waar de meningen verdeeld zijn, het in elk geval erg moeilijk is een uniforme gedragslijn te hanteren,
- de wensen of suggesties vaak slechts betrekking hebben op een deel van de zorgverleners.

Als gevolg van bovenstaande kunnen wij als leken niet komen tot algemene aanbevelingen ter verbetering van de zorg. Wij hopen en verwachten dat de verleners van de zorg rond de bevalling bereid zijn aandacht te schenken aan die wensen, opmerkingen en suggesties die op hen van toepassing zijn. Zij kunnen zelf het beste beoordelen met welke punten zij rekening kunnen (en willen) houden.

Samenvattend willen wij stellen dat de verzamelde informatie m.b.t. de bevalling leidt tot een positief beeld van de medische zorg rond de bevalling in Wageningen. Wij vonden steeds dat minstens 80% van de moeders zich tevreden uitte over de verschillende aspecten van de begeleiding. We hopen dat dit zo blijft.

Op grond van de resultaten en beschouwingen in deze paragraaf kwamen we tot een beperkt aantal aanbevelingen. Deze hebben we hier nog eens bij elkaar gezet.

- \* m.b.t. de plaats van bevalling
  - de mogelijkheden voor de plaats van bevalling bespreken met elke aanstaande moeder tijdens één van de eerste zwangerschapscontrôles.
  - bij een normaal verloop van de zwangerschap de keuze voor een poliklinische- dan wel thuisbevalling aan de aanstaande moeder over laten.
  - wanneer voor een thuisbevalling wordt gekozen, de aanstaande moeder voorbereiden op de mogelijkheid dat ingrijpen door een gynaecoloog en dus vervoer naar het ziekenhuis tijdens de bevalling wenselijk kan zijn. Dit zeker wanneer sprake is van een eerste zwangerschap.
  
- \* Mogelijk kan er meer aandacht worden besteed aan de instructies tijdens de zwangerschap over de wijze waarop de bevalling zich aankondigt en wat de aanstaande ouders dan te doen staat.
  
- \* Alle aanstaande moeders, waaronder ook zij die thuis willen bevallen, aanbieden om naar het ziekenhuis te komen en de verloskamer te bekijken.
  
- \* Mits geen nadelige invloed op de gemoedsrust van de vrouw wordt verwacht, elke aanstaande moeder uitleggen wat er gebeurt tijdens haar bevalling.
  
- \* Aanstaande ouders aanraden een cursus zwangerschapsgymnastiek te volgen.

Tot slot willen we de meest opvallende percentages die wij vonden m.b.t. de bevalling hier nog eens vermelden.

76,6%	van de totale onderzoekspopulatie beviel in het ziekenhuis
48,3%	van de totale onderzoekspopulatie beviel op een medische indicatie
46,8%	van de moeders die bevielen van hun eerste kind en bij wie de zwangerschap tot de laatste week voor de bevalling voorspoedig verliep, beviel op een medische indicatie.

Het is overigens niet de eerste keer dat opvallend hoge percentages medische indicaties gevonden worden. Ook Huygen e.a. (1979) vonden opmerkelijk hoge aantallen voor een groep Nijmeegse vrouwen.

Voor een beschouwing van mogelijke achtergronden van deze hoge cijfers verwijzen we naar artikel van genoemde schrijver.

### 3.4. Kraambed

Na zwangerschap en bevalling zijn we toegekomen aan het kraambed. Hieronder wordt verstaan 'de periode die op de baring volgt en waarin het moederlijk lichaam grotendeels tot in de toestand van vóór de zwangerschap wordt teruggebracht. Gewoonlijk wordt het kraambed waarin de moeder nog bedrust houdt, geacht circa 10 dagen te duren. Het proces van ontzwangering duurt echter 1½-4 maanden'. (Kleine medische encyclopedie; Winkler Prins, 1977).

In dit onderzoek hebben de vragen die gesteld zijn over het kraambed betrekking op de eerste 8 -10 dagen na de bevalling, aangezien dit in het algemeen de periode is waarin de vrouw medische zorg krijgt aangeboden. (NB: voor het kraamcentrum geldt een norm van 8 dagen, voor het ziekenfonds Rijnstreek een van 10 dagen).

In de vragenlijst is bij de kraamperiode een indeling gemaakt naar de plaats van het kraambed, aangezien deze variabele een belangrijke richting geeft aan het verloop van die dagen (denk bv. aan de beschikbare zorg).

We onderscheiden:

- kraambed thuis; kraambed vindt geheel thuis plaats (blok XI in de vragenlijst)
- poliklinisch kraambed; een verblijf in het ziekenhuis direct na de bevalling van maximaal 24 uur; de rest van het kraambed thuis (blok X2),
- kraambed gemengd klinisch/thuis; een verblijf in het ziekenhuis opvolgend op de bevalling van meer dan 24 uur tot maximaal 48 uur; de rest van de kraamperiode thuis (blok X2+1 vraag in blok X3),
- klinisch kraambed; kraambed vindt geheel in het ziekenhuis plaats (blok X3).

Bij de behandeling van de resultaten moest echter ook een andere indeling gemaakt worden, aangezien een aantal vragen in twee, of in alle drie de 'vraagblokken' aan de orde kwamen. De indeling is als volgt:

- vrouwen met kraambed (deels) thuis; hiermee worden alle vrouwen bedoeld die (een deel van) het kraambed thuis doorbrachten, dus vrouwen met een poliklinisch kraambed, een kraambed gemengd klinisch/thuis, of het kraambed geheel thuis.
- vrouwen met een (deels) klinisch kraambed; alle vrouwen die het kraambed (gedeeltelijk) in het ziekenhuis doorbrachten, dus vrouwen met een poliklinisch kraambed, het kraambed gemengd klinisch/thuis, of een klinisch kraambed.

- een aantal vragen hadden betrekking op de gehele steekproefpopulatie.

Na een overzicht gegeven te hebben van de verdeling van de vrouwen over het soort kraambed, worden de resultaten achtereenvolgens beschreven in een blok 'kraambed (deels) thuis', 'kraambed (deels) klinisch', 'kraambed klinisch', en een blok 'Vragen ten aanzien van het kraambed die gesteld zijn aan de hele onderzoekspopulatie'.

Binnen deze blokken is af en toe weer de eerstgenoemde indeling naar de plaats van het kraambed gehanteerd.

De resultaten zijn opgebouwd uit frequenties, percentages e.d., en uit spontaan door vrouwen gemaakte opmerkingen en suggesties.

Getracht is aan te geven waar verbetering mogelijk zou kunnen zijn, en hoe dit zou kunnen. De zorgverlener (zorgverlenende instantie) zelf kan dan het beste bepalen in hoeverre dit voor hem/haar van toepassing is.

Achter de vraagaanduiding staat steeds vermeld: n=.. (bv. Vraag X3-7, n=70).

Met n=.. wordt aangegeven hoeveel vrouwen respons gaven op deze vragen. Het zal blijken dat deze aantallen niet altijd overeenkomen met het aantal waaruit de voor die vraag bestemde doelgroep bestaat. Een dergelijk verschil is voornamelijk het gevolg van verschillende interpretatie van een vraag door de interviewsters; ook kan er tijdens de interviews wel eens een vraag bij ingeschoten zijn.

De bij de bespreking van de resultaten genoemde frequenties, percentages e.d. hebben alle betrekking op het aantal respondenten op de betreffende vraag, tenzij anders vermeld.

Het zal u opvallen dat bij indeling naar 'soort ziekenhuis' gebruik gemaakt wordt van de categoriën Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen, Streekziekenhuis te Bennekom, en elders. Alleen op de eerste twee categoriën wordt verder ingegaan. De categorie 'elders' is nl. zo divers, en de aantallen van de te onderscheiden ziekenhuizen in deze categorie zijn zo klein, dat interpretatie van de gegevens uit deze groep onmogelijk is.

#### 3.4.1. Algemeen

In tabel 3.4-1 is een verband gelegd tussen de plaats van het kraambed en de aard van de bevalling.

Naast deze gegevens over de relatie tussen plaats van het kraambed en plaats van de bevalling, gegevens die voor zich zelf spreken, is het interessant om na te gaan in hoeverre de uiteindelijke plaats van het kraambed overeenkwam met de plaats die men gepland had.

Tabel 3.4-1

Plaats van het kraambed naar aard van de bevalling.

plaats kraambed aard van de bevalling	klinisch	poli- klinisch	gemengd klinisch/thuis	thuis	
klinisch	68	8	24		100
poliklinisch	1	59			60
thuis	1			48	49
	70	67	24	48	209
	(33%)	(32%)	(12%)	(23%)	(100%)

36 vrouwen hadden op een klinisch kraambed gerekend (vraag V-1) en hebben dit ook gekregen.

173 vrouwen hadden het kraambed thuis of poliklinisch gepland. Bij 54 vrouwen (31%) liep dit anders: 30 van hen brachten uiteindelijk de gehele kraamperiode in het ziekenhuis door (28 hadden een klinische bevalling, 1 vrouw een poliklinische, maar zij bleef in het ziekenhuis aangezien zij de aangevraagde interne hulp niet kon krijgen en de aangeboden wijkhulp naar haar mening te weinig was, en 1 vrouw een thuisbevalling die wegens complicaties gevolgd moest worden door een klinische kraambed), terwijl 24 vrouwen 1 of 2 dagen in het ziekenhuis moesten blijven na een bevalling aldaar.

Redenen voor het verblijf van 1 of 2 dagen in het ziekenhuis (vraag X2-7b, n=24) waren:

- complicaties kind 10x
- complicaties moeder 2x
- complicaties moeder en kind 2x
- bijzondere verrichtingen tijdens de bevalling 5x
- anders 5x.

Het aantal dagen dat moeder en kind in het ziekenhuis doorbrachten, staat vermeld in tabel 3.4-2 (vraag X2-7c, n=24; vraag X3-17 en 18, n=68).

De vraag hoe lang het kind moest blijven, is niet expliciet gesteld aan vrouwen met een gemengd klinisch/thuis kraambed. Het is echter bekend dat in alle gevallen moeder en kind samen naar huis mochten.



Tabel 3.4-2

Aantal dagen ziekenhuis voor moeder en kind.

	aantal dagen ziekenhuis	aantal vrouwen	aantal kinderen
kraambed	1	3 <sup>c</sup>	
gemengd klinisch/thuis	2	21	
klinisch	5	1	1
kraambed	6	1	1
	7	11	11
	> 8 <sup>b</sup>	55	55
		<hr/> 92	<hr/> 68 <sup>a</sup>

- a: 2 vrouwen met een klinisch kraambed hebben niet op deze vraag gereageerd.  
 b: onder deze categorie vallen zowel de vrouwen die > 8 dagen bij deze vragen invulden, als de categorie 'anders', waaronder bv. valt dat de ene helft van een tweeling wel naar huis mocht terwijl de andere moest blijven.  
 c: zij bleven iets langer dan een dag; te weinig om van 2 dagen te spreken.

161 Vrouwen brachten het kraambed (deels) in het ziekenhuis door; 50% verbleef in het Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen, 42% in het Streekziekenhuis te Bennekom, en 8% elders.

139 Vrouwen brachten het kraambed (deels) thuis door, terwijl 70 een volledig klinisch kraambed hadden.

3.4.2. Kraambed (deels) thuis

(Vraag XI-3 en 4 + vraag X2-9 en 10, n=139).

Alle vrouwen die het kraambed (deels) thuis doorbrachten, hebben geantwoord op de vraag welke hulp zij tijdens het kraambed kregen.

136 Vrouwen kregen hulp van het kraamcentrum, 3 vrouwen hadden particuliere hulp geregeld.

Van de 136 vrouwen met hulp via het kraamcentrum kregen 17 vrouwen (13%) niet de hulp die ze aangevraagd hadden, nl. wijkkraamhulp in plaats van interne kraamhulp (Bij 10 van hen veranderde dit binnen 3 dagen weer van wijkhulp naar interne.) Bij slechts 1 vrouw werd niet uitgelegd waarom dit gebeurde.

4 Van de 17 vrouwen waren bij de aanmelding op het kraamcentrum op de hoogte gebracht van (een mogelijke) verandering; 2 van de 4 hadden zich na de 3e maand van de zwangerschap opgegeven.

Op de vraag of de verandering nog problemen met zich meebracht, antwoordden 9 van de 17 vrouwen bevestigend. Van deze 9 kregen 7 vrouwen pas tijdens of na de bevalling de verandering te horen.

Als voornaamste probleem werd door de vrouwen naar voren gebracht dat "je plotseling andere hulp moet regelen, wat aanleiding geeft tot een enorme paniektoestand. (Die tijd loopt alles toch al 'vreemd'. Je hoofd is bij veel andere dingen, en dan moet je onverwachts ook nog hulp gaan regelen.)"

(Vraag XI-5 + vraag X2-11, n=136).

Van de groep die hulp had via het kraamcentrum was bij 29 vrouwen (21%) sprake van verandering in hulp tijdens de kraamperiode. Bij 13 van hen ging het om een eenmalige verandering in soort hulp (10x van wijk naar intern; 1x van wijk naar kennis; 2x van intern naar wijk), bij 15 in persoon van de hulp (bij 6 vrouwen betrof dit wijkkraamhulp, bij 9 interne). 1 vrouw kreeg drie verschillende personen.

Bij 18 van de 29 vond de verandering plaats gedurende de eerste 3 dagen.

In 27 gevallen vond de verandering plaats op initiatief van het kraamcentrum.

Als reden voor verandering vanuit het kraamcentrum werd genoemd:

- ziekte kraamhulp	4x
- drukke tijd voor het kraamcentrum	8x
- weet de vrouw niet	5x
- anders	7x

Deze resultaten geven samen met spontaan gemaakte opmerkingen het volgende beeld: over het algemeen krijgt men de aangevraagde hulp. Dit vindt men fijn. Is er echter sprake van verandering, dan blijkt dat verandering in soort kraamhulp direct aan het begin van de kraamperiode nogal eens problemen oplevert. De vrouw rekent op hulp die de hele dag aanwezig is. Deze valt plots weg, en niet voor iedereen blijkt het even makkelijk in zo korte tijd vervanging binnen de eigen kennissenkring te regelen. 5 Vrouwen gaven dan ook te kennen dat het prettig zou zijn indien het kraamcentrum ruim van te voren meldt dat de aangevraagde kraamhulp wel eens niet beschikbaar zou kunnen zijn. De vrouw kan dan in alle rust andere hulp zoeken.

5 Vrouwen meldden naar aanleiding van dit punt dat het kraamcentrum (in drukke tijden) over meer personeel moet beschikken zodat in de aangevraagde hulp kan worden voorzien: "Je geeft je al zó vroeg op, je moet dan ook kunnen krijgen wat je aangevraagd hebt".

De groep waarbij tijdens de kraamperiode verandering in soort hulp optrad, besta grotendeels uit vrouwen die na een paar dagen toch de aangevraagde hulp kregen. Dit leverde, begrijpelijkerwijs, geen problemen op. Bij de overigen verliep het eveneens soepel.

Verandering in persoon van de hulp leidde nauwelijks tot problemen. Wel vonden enkele vrouwen het jammer dat de hulp tijdens de kraamperiode een andere persoon was als die tijdens de bevalling.

(Vraag XI-6 + vraag X2-12, n=137).

"Hoe vond u over het algemeen de hulp die u gekregen heeft?" (Indien sprake was van verandering in hulp, werd diegene bedoeld die het langst bij de vrouw gebleven is. Hiervan uitgaande blijkt dat 37 vrouwen wijkkraamhulp hadden, 99 interne en 3 een particuliere hulp).

80% van de vrouwen was tevreden over de hulp; 20% had problemen, nl. t.a.v.:

- huishoudelijke activiteiten	4x
- zorg voor moeder en kind	9x
- informatie over verzorging moeder en kind	10x
- zorg voor rest gezin	13x
- persoonlijke moeilijkheden	11x
- anders	7x

1 vrouw had geen problemen met de hulp zelf, maar wel met het feit dat deze niet tegen polio ingeënt was. De vrouw vond dit zeer beangstigend. Zij gaf als suggestie dat het kraamcentrum verplicht moet stellen dat een hulp ingeënt is tegen o.a. polio. Geldt die verplichting niet, dan moet het centrum de vrouw die een niet ingeënte hulp krijgt hiervan op de hoogte brengen.

NB. Er is geprobeerd na te gaan in hoeverre de problemen interne dan wel wijkkraamhulp betroffen (x=136). Dit bleek niet meer te achterhalen bij diegenen bij wie een verandering in hulp is opgetreden. We krijgen het volgende beeld: Van de 25 vrouwen die de aangevraagde wijkkraamhulp kregen en behielden, hadden er 3 (12%) problemen met de hulp. Van de 82 met interne hulp waren dit er 20 (24%). Bij 6 vrouwen die wijkhulp hadden aangevraagd maar verandering kregen, w

er 1 met problemen, bij de 23 met verandering in interne hulp 4.

Dit is een voorzichtige aanwijzing voor meer problemen bij interne- dan bij wijkkraamhulp, hetgeen ook deels blijkt uit de aard van de problemen. Dit is begrijpelijk. Een interne hulp neemt immers een deel van de taken van de vrouw over. De kans dat daarop iets aan te merken valt, is groter dan het geval is bij iemand die af en toe langs komt om moeder en kind te verzorgen.

Het is mogelijk dat moeilijkheden ontstaan doordat de hulp zich er inderdaad te makkelijk vanaf maakt, of het niet aankan, maar ook kan het zijn dat de vrouw te hoge verwachtingen van de kraamhulp heeft. Anderzijds hebben we te maken met karakters. Het kan zijn dat hulp en vrouw, hulp en gezin elkaar helemaal niet liggen.

Het blijkt dat men tot nu toe moeite heeft met 'klagen' bij hulp en/of kraamcentrum. Als men écht met problemen met de kraamhulp zit, dan moet dit echter gemeld kunnen worden aan het juiste adres, en niet alleen bij kennissen. De laatste groep kan er toch niets aan doen.

Het kraamcentrum van haar kant zou ook kunnen bijdragen door zich expliciet voor de ervaringen open te stellen, of zelfs actief naar deze ervaringen te vragen.

(Vraag X1 - 7 en 8 + vraag X2 - 13 en 14, n=139).

Deze vragen betreffen het tijdstip van aankomst van de kraamhulp, en de wens van de vrouw ten aanzien van dit punt. Tabel 3.4-3 geeft de resultaten. Daarbij is onderscheid gemaakt naar de plaats van de bevalling, aangezien we op grond van gesprekken met de medische zorg vermoedden dat de kraamhulp bij thuisbevallingen vaker bij de bevalling aanwezig is, dan bij ziekenhuisbevallingen.

Tabel 3.4-3

Tijdstip van aankomst van de kraamhulp; realiteit en wens.

plaats van bevalling en kraambed tijdstip van aankomst	bevalling thuis kraambed thuis n = 49		bevalling ZH kraambed (deels) thuis n = 90	
	realiteit	wens	realiteit	wens
voordat vr.vr./h.a. kwam	10 (20%)	11 (22%)		
tijdens de bevalling	21 (43%)	21 (43%)		
opvolgend op vr.vr./h.a.	7 (14%)	5 (10%)		
toen vr.vr./h.a. al weg was	10 (20%)	5 (10%)		
al is ZH aanwezig			16 <sup>a)</sup> (18%)	17 (19%)
bij thuiskomst aanwezig			48 (53%)	59 (67%)
na thuiskomst aanwezig			22 (24%)	7 (8%)
weet niet meer/geen mening		7 (14%)		4 (5%)
anders	1 <sup>b)</sup> (2%)		4 <sup>c)</sup> (4%)	1 (1%)
	49 (99%)	49 (99%)	90 (99%)	88 <sup>d)</sup> (100%)

vr.vr. = vroedvrouw,

h.a. = huisarts,

ZH = Ziekenhuis

- a) hieronder ook 4 x expliciet door vrouwen genoemd: zowel bij bevalling aanwezig als bij thuiskomst; tussentijds was hulp aanwezig\*.
- b) is afkomstig van een vrouw bij wie de kraamhulp kwam na geboorte kind, maar vóór nageboorte.
- c) 'anders' = kraamhulp was bij bevalling aanwezig, en ná thuiskomst vrouw (3x) 1 x 'anders' is onbekend.
- d) nonrespons 2x.

\* Het is mogelijk dat dit vaker voorgekomen is, maar dan meteen bij deze categorie gecodeerd is.

(Vraag X1-7b en 8b + vraag X2-13b en 14b).

Indien de categorie 'toen h.a./vr.vr. al weg was' bij vraag 7a en 8a (realiteit/wens) van toepassing was, of 'na thuiskomst aanwezig' bij vraag 13a en 14a (realiteit/wens), diende de vraag 'hoeveel uur erna' gesteld te worden. Deze b-vragen bleken onverwerkbaar. (nb: wel viel er uit te halen dat het gemiddeld steeds om meerdere uren ging).

Het eerder genoemd vermoeden van een verschil in aanwezigheidsgraad tussen ziekenhuis- en thuisbevallingen wordt in deze tabel bevestigd: bij thuisbevallingen was de kraamhulp bij 63% tijdens de bevalling aanwezig; bij ziekenhuisbevallingen was dit bij 18% het geval. Vergelijken we deze percentages met het wensbeeld, dan blijkt men ten aanzien van dit punt tevreden te zijn. Het uit het vooronderzoek naar voren komende resultaat 'dat de kraamhulp bij thuisbevallingen vaak niet aanwezig is' wordt door de gegevens van het grote onderzoek weersproken.

20% van de thuisbevallen vrouwen hebben na de bevalling enige tijd zonder 'hulp van de medische zorg' gezeten; bij ziekenhuisbevallingen was dit 28%. Voor beide groepen is dit percentage in vergelijking met de wens te hoog. Naast de aanwezigheid van de zwangerschapsbegeleider en de man tijdens de bevalling (vooronderzoek!) blijken velen bij thuisbevallingen die van de kraamhulp ook zeer hoog te achten (65% van de vrouwen met thuisbevalling).

Opmerkelijk is hierbij dat 2 maal zoveel vrouwen de aankomst van de hulp tijdens de bevalling prettiger vinden dan de aankomst voor de bevalling.

Bij ziekenhuisbevallingen geeft een meerderheid (67%) van de vrouwen de voorkeur aan het bij thuiskomst aanwezig zijn van de kraamhulp.

Vergelijken we wens en realiteit in zijn totaliteit, dan zien we een beeld dat erop wijst dat vrouwen die thuis bevallen zijn veel tevredener zijn over de wijze waarop het gelopen is dan bij de ziekenhuisbevallingen het geval is. Op grond van de resultaten bij deze vraag menen we te mogen stellen dat 'het tijdstip waarop de kraamhulp komt' nadere aandacht verdient van het kraamcentrum, de begeleiders en eventueel het ziekenhuis. Zo zouden kraamcentrum of begeleider de vrouw kunnen vragen aan welk 'tijdstip van aankomst' zij de voorkeur geeft en/of overleggen wat het prettigste is (al naar gelang plaats van de bevalling e.d.). Anderzijds zou betere afstemming van de zorg op elkaar kunnen bijdragen tot bv. verlaging van het percentage 'enige tijd zonder hulp van de medische zorg zitten'.

(Vraag X1-9 en 10 + vraag X2-15 en 16, n=137).

Deze vragen informeerden naar het aantal dagen dat de kraamhulp gebleven is, en naar de mening van de vrouwen hierover.

Tabel 3.4-4 geeft de resultaten.

Tabel 3.4-4

Relatie aantal dagen kraamhulp-mening van de vrouwen hierover.

<u>mening over aantal dagen</u> aantal dagen	goed	te lang	te kort	weet vrouw niet	
≤6	2	1			3
7	11	1	6		18
8	32	3	15		50
≥9	54	5	6	1	66
	99	10	27	1	137

Het gemiddeld aantal dagen is 8, zowel bij wijkhulp als bij interne hulp. Bij 71 vrouwen (52%) bleef de kraamhulp korter dan of precies 8 dagen. Bij 49 van hen (69%) geschiedde dit op initiatief van het kraamcentrum, bij 5 (7%) op initiatief van de vrouw. Van de overigen ontbreken hierover de gegevens.

72% van de vrouwen was tevreden over de duur. 7% vond het te lang, 20% te kort. Redenen waarom de vrouwen de duur goed vonden komen vrijwel allen neer op "je kunt (en wilt) zelf weer aan de gang". Bij deze opmerking werd ook vaak (zeker 17x) gehoord dat de vrouw nog andere hulp had toen de kraamhulp weg was (of ook al tijdens de dagen met kraamhulp).

12 Vrouwen gaven te kennen dat "het aantal dagen precies goed was, maar dat het niet korter had moeten zijn". (Allen hadden 9 of meer dagen kraamhulp).

7 Vrouwen merkten naar aanleiding van deze vraag op dat "er sprake was van een prima overgang tijdens de kraamperiode van het je geheel laten verzorgen naar het 'er weer alleen voorstaan'. Zij waren tijdens die dagen geleidelijk aan steeds meer zelf gaan doen.

Bij de vrouwen die het kraambed te kort vonden, kwam 10 maal naar voren dat ze die geleidelijke overgang gemist hadden. Een aantal vrouwen merkten daarbij nog op dat je je "na die dagen verwennerij een hele piet voelt, terwijl je dat helemaal niet bent; hierdoor is de terugslag des te groter".

Verschillende suggesties om dit op te vangen, zijn genoemd. Zo pleiten enkele vrouwen voor een wijziging in het schema van de kraamhulp: "Na de eerste 6 - 7 dagen zou je al met minder hulp toekunnen, maar nog niet zonder. Kan de hulp in plaats van de laatste 2 - 3 dagen volledig, niet  $\pm$  5 halve dagen, of op z'n minst éénmaal per dag komen? Je kunt je dan veel rustiger inwerken".

Enkele andere vrouwen menen dat je tijdens de zwangerschap en het kraambed beter voorbereid zou moeten worden op de drukte die je na de kraamperiode (vooral de 2e en 3e week) te wachten staat. "Er zou verteld moeten worden dat het fijn is als er na de officiële kraamperiode nog iemand is die je helpt de boel aan kant te krijgen, al is het maar voor 1 of 2 keer per week".

Je moet weer in je ritme komen, zoals naast deze 10 ook vele andere vrouwen zeiden. (Dit is ook een algemeen 'probleem'. Je komt in een nieuwe gezinssituatie. Je moet zien hierbinnen tot een nieuw evenwicht te komen. Dit gaat niet zomaar!) Er is voor die eerste dagen na de kraamperiode niet zo zeer hulp nodig voor de verzorging van moeder en kind, maar meer voor huishoudelijke dingen. Als zodanig is niet de kraamhulp, maar huishoudelijke hulp hier op zijn plaats. Voorbereiding op die periode tijdens de zwangerschap en de kraamperiode, en de vrouw stimuleren hulp voor die dagen te regelen, lijkt dan ook een zeer goede suggestie.

Als een andere reden voor een naar de mening van de vrouw tekorte kraamperiode werd vooral nog genoemd het feit dat de betrokkenen nog moe/niet uitgerust waren, zich fysiek nog niet in staat achtten om weer alles zelf te moeten doen. (15x gehoord).



Bij 'te lang' kwam o.a. naar voren dat kraamhulp eigenlijk niet nodig was, omdat er ook andere hulp was (4x), en omdat de vrouw zich goed voelde en heel graag weer alles zelf wilde doen (5x).

We merken hieruit op dat het merendeel van de vrouwen de duur van de kraamhulp prima vonden. Vrouwen die moeite hadden met herstellen, met de overgang van 'alles naar niets' e.d. hadden vaak ook moeite met de duur van de kraamhulp. Bij de meesten was echter niet een langer verblijf van een kraamhulp zozeer nodig als wel huishoudelijke hulp.

De behoefte aan huishoudelijke hulp voor de eerste tijd na de officiële kraamperiode is door veel andere vrouwen spontaan naar voren gebracht. Als zodanig verdient het aanbeveling voor de medische zorg om de vrouw tijdens de zwangerschap en de kraamperiode op die periode voor te bereiden, en de vrouw te stimuleren hulp voor die tijd te regelen (ook al is het maar hulp voor 1 of 2 maal per week).

### 3.4.3 (Deels) Klinisch

(Vraag X2-2 en 3 + vraag X3-2 en 3, n=144, resp. 143).

Deze vragen informeerden naar het al of niet mee mogen gaan van de man naar de kraamkamer, en naar de mening van de vrouw daarover. 144 Vrouwen hebben op de eerste vraag geantwoord. Bij slechts 3 vrouwen mocht de man niet mee. De redenen hiervoor zijn onbekend. 2 Vrouwen wisten niet of de man mee mocht (hij is dan ook niet meegegaan). 8 Vrouwen noemden iets anders, maar gaven daarin geen antwoord op de vraag.

Van de 143 vrouwen die hebben gereageerd op de vraag "hoe vond u dat" vonden 124 vrouwen (87%) het fijn, 9 (7%) maakte het niet uit, 7 (5%) hadden geen mening en 3 zeiden iets anders.

Hieruit volgt dat men tevreden was met de gang van zaken.

(Vraag X2-4 + vraag X3-4, n=156).

Dat vrouwen tevreden zijn over de tijd dat de man na de bevalling bij haar kan blijven, blijkt uit de 98% die met ja op deze vraag (kon uw man naar uw gevoel lang genoeg bij u blijven) reageerden.

Spontaan merkten vrouwen op dat het fijn was dat je man zo lang bij je mocht blijven/dat het leuk was dat de man rustig eerst even naar huis kon gaan om het nieuws te brengen, en daarna alsnog terug mocht komen en bij haar kon zijn.

(Vraag X2-5 + vraag X3-5, n=154).

Kon het kind naar uw zin lang genoeg bij u blijven? Deze vraag werd samen met de volgende vraag gesteld aangezien in het vooronderzoek bij een aantal vrouwen naar voren kwam dat het vervelend was dat het kind niet steeds bij haar kon blijven, maar op een gegeven moment naar een andere ruimte moest.

Tabel 3.4-5 geeft de resultaten, waarbij onderscheid gemaakt is naar het ziekenhuis waar men bevallen is, en naar het soort kraambed.

Tabel 3.4-5

Kon uw kind naar uw zin lang genoeg bij u blijven- in welk ziekenhuis bevallen- soort kraambed.

kon het kind lang genoeg bij u blijven ZH + soort kraambed	ja	nee	anders	
PP-(deels) klinisch*	29 (78%)	2 ( 5%)	6	37 (100%)
" -poliklinisch	36 (92%)	3 ( 8%)		39 (100%)
Str-(deels) klinisch	28 (70%)	10 (25%)	2	40 (100%)
" -poliklinisch	22 (81%)	4 (15%)	1	27 (100%)
Elders	8	1	1	10
Onbekend	1			1
-(deels) klinisch	65	13	9	87 } 154
-poliklinisch	59	7	1	67 }

\*: (deels)klinisch = kraambed gemengd klinisch/thuis, of klinisch kraambed.

PP= Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen

Str= Streekziekenhuis te Bennekom

Bij de categorie 'anders' werd vermeld: het kind kon niet lang genoeg blijven, 'maar dit kon niet anders' wegens complicaties e.d. van het kind.

20 Vrouwen (13%) vonden dat het kind te snel naar een babykamer werd gebracht.

Uit de tabel blijkt dat de percentages "ontevredenen" in het Streekziekenhuis hoger zijn dan in het Pieter Pauw Ziekenhuis. (Totaal bezien blijkt dit het geval bij 21% van de vrouwen die in Bennekom bevallen zijn, tegen 7% in Wageningen).

Ook blijkt er met name in Bennekom een verschil al naar gelang het soort kraambed. Over het algemeen blijkt men in het Pieter Pauw Ziekenhuis tevreden; in Bennekom is dit niet het geval. We konden helaas niet achterhalen hoe lang het kind bij de moeder bleef. Het al of niet tevreden zijn konden we daardoor niet in verband brengen met een meetbaar begrip. Wel is de interviewster tijdens de gesprekken opgevallen

dat eenzelfde tijdsbestek voor de ene vrouw 'veel te kort' was, maar voor een ander 'prima'. In hoeverre bij de vrouwen die 'ontevreden' waren daadwerkelijk sprake was van een sneller weghalen van het kind, dan bij de 'tevredenen' is niet bekend. Wel blijft het opvallend dat het percentage in Bennekom hoger is dan in Wageningen. Het is niet waarschijnlijk dat net de vrouwen met 'hogere verwachtingen/eisen e.d.' voornamelijk in Bennekom beland zijn.

(Vraag X2-6 + vraag X3-6, n=159).

Waar bleef het kind? Tabel 3.4-6 geeft de resultaten, waarbij onderscheid gemaakt is naar het ziekenhuis waar men bevallen is en naar het soort kraambed.

Tabel 3.4-6

Relatie 'waar bleef het kind - in welk ziekenhuis bevallen - soort kraambed'.

waar bleef het kind	ziekenhuis en soort kraambed					weet vrouw niet	
	babykamer	bij u	couveuse	anders			
PP-(deels)klinisch*	24 (62%)	2 ( 5%)	7	6			39 (100%)
" -poliklinisch	9 (23%)	22 (56%)		7	1		39 (100%)
Str-(deels)klinisch	20 (49%)	4 (10%)	8	9			41 (100%)
" -poliklinisch	18 (67%)	8 (30%)		1			27 (100%)
Elders	3	2	2	4			
Onbekend	1	1					
-(deels)klinisch	48	8	17	19			92 } 159
poliklinisch	27	31		8	1		67 }

\*: (deels)klinisch = kraambed gemengd klinisch/thuis, of klinisch kraambed  
 PP = Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen  
 Str= Streekziekenhuis te Bennekom.

Bij 'anders' werd o.a. vermeld:

- aantal dagen couveuse- aantal dagen babykamer 2x
- 's nachts in babykamer, overdag in een 'glazen hok' op de kraamkamer 6x
- overdag (bij poliklinisch: eerste paar uur) bij de moeder, 's nachts op de babykamer 9x
- kinderafdeling 2x
- 1 kind in couveuse, 1 in de wieg ernaast (tweeling) 1x.

Uit de tabel blijkt dat er in het Pieter Pauw Ziekenhuis een groot verschil bestaat tussen de plaats van het kind naar de soort bevalling. In het Streekziekenhuis is dit verschil er ook, maar is minder groot dan in het Pieter Pauw Ziekenhuis. Tussen de twee ziekenhuizen nl. het Pieter Pauw Ziekenhuis en het Streekziekenhuis bestaat ook verschil, vooral bij de poliklinische bevallingen. In het Pieter Pauw Ziekenhuis wordt het kind bij meer dan de helft van de vrouwen bij hen gelaten, terwijl men in het Streekziekenhuis het kind veel vaker naar de babykamer brengt. Voor (deels)klinische kraambedden geldt eerder het omgekeerde.

Wat vonden de vrouwen nu over de plaats van het kind? Uit spontaan gemaakte opmerkingen blijkt dat vrouwen die het kind de hele tijd bij zich mochten houden, dit fijn vonden. Lag het kind elders, dan blijkt weer de enorme verdeeldheid in meningen ten aanzien van eenzelfde punt.

Zo merkten een aantal vrouwen op dat het, in verband met rust van moeder en/of kind/hygiëne/warmte, prima was dat het kind op de babykamer lag, terwijl anderen erover 'klaagden' dat het kind achter glas lag. Overdag bij de moeder, 's nachts op de babykamer vonden sommigen een goede regeling (dan heb je tenminste een goede nachtrust), terwijl anderen het kind veel liever ook 's nachts bij zich hadden gehad.

#### 3.4.4 Klinisch

Uit het vooronderzoek kwam naar voren dat de meningen over het contact tussen moeder, kind, man en bezoek onderling, tijdens de kraamperiode in het ziekenhuis nogal verschilden. De resultaten van de volgende vragen geven hierover het beeld dat in het grote onderzoek verkregen werd.

(Vraag X3-7, n=70).

79% Vond dat ze voldoende contact had met haar kind.

16% Vond dit niet, terwijl 5% zei: "De eerste dagen niet, later wel".

Redenen voor onvoldoende contact bij deze 21% waren:

- medische beperking 6x
- kind lag te ver weg 3x (hieronder een vrouw die zelf in het Pieter Pauw Ziekenhuis lag, terwijl het kind de eerste dagen in Utrecht was; couveuse (2x))
- regels van het ziekenhuis 5x (waaronder: je mag de eerste dagen je bed nog niet uit, waardoor je minder contact hebt dan indien je er wel uit mag)
- anders 1x

Er is gekeken of er een opvallend sterk verband bestaat tussen 'onvoldoende contact met kind - redenen hiervoor - ziekenhuis waar men gelegen heeft'. Dit bleek niet het geval te zijn. 6 Van de vrouwen lagen in het Pieter Pauw Ziekenhuis, 5 in het Streekziekenhuis en 4 elders. De redenen waren gelijk verdeeld over deze drie groepen. De voornaamste reden was gelegen in medische beperkingen.

Wij menen uit deze gegevens te mogen stellen dat de gang van zaken in het Ziekenhuis wat betreft het contact tussen moeder en kind, goed verloopt.

(Vraag X3-8, n=68).

60 Vrouwen (88%) vonden dat er voldoende gelegenheid was om zelf het kind te kunnen verzorgen.

4 Vrouwen (6%) vonden dit niet, terwijl 3 vrouwen zeiden dat het de eerste dagen niet kon, maar later prima ging.

Redenen voor onvoldoende gelegenheid waren: medische beperking 3x/ regels van het ziekenhuis 2x/ anders 3x (onbekend).

1 Vrouw vond dat ze teveel voor het kind moest zorgen. Ze had een keizersnee gehad en vond dat ze nog niet in staat was 'al zoveel te doen'.

Ook hier spelen medische overwegingen de belangrijkste rol. Als zodanig mogen we stellen dat de vrouw voldoende gelegenheid tot verzorging van het kind geboden wordt.

Er zijn veel spontaan aanvullende opmerkingen gemaakt over contact en verzorging van/door de moeder met/van het kind. In de meeste gevallen waren deze van positieve aard: "De verpleging deed erg haar best om contact en verzorging goed te laten zijn"; "Er werd een soepel beleid ten aanzien van contact en verzorging gehanteerd"; "ook bij medische beperkingen trachtte de verpleging zo goed als maar mogelijk was het contact tussen moeder en kind te doen verlopen".

In de volgende twee vragen is geïnformeerd naar de mening van de vrouw over het contact met het bezoek in het algemeen, en vervolgens ook in het bijzonder over het contact met de man.

(Vraag X3-9, n=70).

Alle vrouwen met een klinisch kraambed hebben gereageerd op de vraag hoe men het aantal bezoeken vond. Een deel van de vrouwen (aantal onbekend) heeft niet zo zeer antwoord/commentaar gegeven op het aantal uren, als wel op de regeling van het bezoek.

Dat de mening hierover per ziekenhuis nogal verschilt, blijkt uit tabel 3.4-7.

Tabel 3.4-7

Relatie - mening bezoeken/regeling - in welk ziekenhuis bevallen.

<u>in welk ziekenhuis bevallen</u> mening bezoeken- regeling	PP	Str.	Elders	
goed	22 (79%)	17 (55%)	8	47
te weinig	4 (14%)	8 (26%)	1	13
te veel	1 (4%)	1 (3%)		2
anders	1 (4%)	5 (16%)	2	8
	28	31	11	70

PP = Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen

Str. = Streekziekenhuis te Bennekom.

Bij de categorie 'anders' was steeds sprake van een gedeelde mening, bijvoorbeeld: "Het aantal uren was goed, maar de tijd waarop ze plaatsvonden niet; voor 'gewoon' bezoek goed, maar jammer dat je man niet vaker/langer mocht komen".

23 Vrouwen (33%) waren ontevreden over (een deel van) de gang van zaken.

Het blijkt dat het Streekziekenhuis te Bennekom de grootste bijdrage tot dit percentage levert.

In het Pieter Pauw Ziekenhuis was meer dan driekwart van de vrouwen tevreden.

Voor het Streekziekenhuis was dit iets meer dan de helft.

Kijken we naar de mening over het contact met de man (tabel 3.4-8) dan blijkt eveneens een groot verschil tussen beide ziekenhuizen.

(Vraag X3-10, n=69).

Tabel 3.4-8

Voldoende gelegenheid tot contact van de vrouw met de man naar soort ziekenhuis.

<u>in welk zieken- huis bevallen</u> voldoende gelegenheid tot contact met man	PP.	Str.	Elders	
ja	28	20	9	57
nee		10	2	12
	28	30	11	69

PP = Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen

Str. = Streekziekenhuis te Bennekom.

In het Pieter Pauw Ziekenhuis was iedereen tevreden. De meeste 'ontevredenen' zien we in het Streekziekenhuis.

Wat zijn nu de redenen voor (on)tevredenheid met betrekking tot de bezoekersregeling?

Vrouwen die in het Streekziekenhuis hadden gelegen zeiden: "Er heerst te weinig privésfeer (8x); de bezoektijd is 's middags te kort en te laat" (De bezoeken volgen te dicht op elkaar). "Meer spreiding zou beter zijn (6x); je man zou eigenlijk bij een voeding moeten kunnen zijn (5x); jammer dat er geen speciaal mannenbezoek is (12x); fijn dat man 's avonds langer mocht blijven (4x); ze zouden bij het 'mannenuur' soepeler moeten zijn t.a.v. de tijd (2x)".

(NB. De tegenstrijdige opmerkingen ten aanzien van het mannenbezoek zijn als volgt te verklaren: in het Streekziekenhuis is een speciaal mannenbezoek. Er wordt echter niet streng de hand aan gehouden. Soms is er dus sprake van een echt 'mannenbezoek', vaak gaat dit echter over in een 'algemeen bezoek'.

En vrouwen die in het Pieter Pauw Ziekenhuis hadden gelegen: "De soepele bezoektijden (vooral ook bij het bezoek van de man) zijn erg fijn (10x); het is fijn dat 's avonds alleen de mannen mogen komen (4x); daarnaast werd ook gehoord: het zou fijner zijn als 's avonds ook ander bezoek mocht komen (8x), want alleen 's middags is eigenlijk te weinig een deel van het bezoek kan overdag niet. Dat is jammer, en bovendien komen ze dan als je net thuis bent, wat veel te veel drukte geeft".

Het valt te overwegen 's avonds eerst gedurende een kortere periode (bijvoorbeeld 3 kwartier) ook het 'gewone' bezoek toe te laten, en daarna nog (even) alleen de man.

Uit deze opmerkingen blijkt dat de (on)tevredenheid van de algemene bezoekerregeling voor een belangrijk deel samenhangt met de mate van contact met de man. In Bennekom is hierop nogal wat aan te merken terwijl men bovendien op de algemene bezoektijden ook meer kritiek heeft.

's Avonds eerst gewoon bezoek en dan nog (even) alleen de man, lijkt ons voor beide ziekenhuizen een suggestie welke zeer goed bij kan dragen tot grotere tevredenheid ten aanzien van de bezoekerregeling.

Niet alleen het contact man-vrouw, maar ook het contact man-kind blijkt in Bennekom aanleiding te geven tot ontevredenheid, terwijl men in het Pieter Pauw Ziekenhuis wel volledig tevreden is.

(Vraag X3-11, n=68).

18 Vrouwen (26%) gaf te kennen dat er onvoldoende gelegenheid voor contact tussen man en kind was. Uitsplitsing naar het soort ziekenhuis toonde aan dat 16 van deze vrouwen in het Streekziekenhuis het kraambed doorbrachten, 1 in het Pieter Pauw, en 1 elders.

Opmerkingen die hierover gemaakt zijn door vrouwen die in het Streekziekenhuis lagen:

- slecht contact want de man mocht het kind alleen achter glas bekijken 12x
- goed contact: de man mocht het kind vasthouden 4x

En in het Pieter Pauw:

- goed contact vanwege soepele bezoektijden 6x
- goed contact vanwege het speciale mannenbezoekuur 3x
- goed contact omdat de man het kind zelf mocht verzorgen 3x

Ontevredenheid bij vrouwen in Bennekom over het contact tussen vader en kind werd voornamelijk veroorzaakt doordat de vader zijn kind slechts achter glas mocht bekijken. Een zodanige regeling dat alle vaders hun kind eens vast kunnen houden, zal zeker door de mannen en vrouwen gewaardeerd worden.

(Vraag X3-12, n=66).

22 Vrouwen (33%) vonden dat er onvoldoende gelegenheid tot contact tussen bezoek en het kind geboden werd. Ten gevolge van tijdgebrek was het niet meer mogelijk met de computer na te gaan hoe de verdeling van alle respondenten naar soort ziekenhuis bij deze vraag was. Bij de vrouwen die hierover spontaan opmerkingen gemaakt hebben, kwam naar voren dat de meningen over de wenselijkheid van contact tussen bezoek en kind nogal uiteenlopen. De ene groep vrouwen zou graag direct contact tussen bezoek en kind zien, anderen menen dat dit voor het kind veel te druk/i.v.m. infectie gevaar e.d. niet goed is.

#### 3.4.5 Vragen ten aanzien van het kraambed die gesteld zijn aan de totale onderzoekspopulatie.

(Vraag X1-2 + vraag X2-8 + vraag X3-13, n=184).

(Door verschillende interpretatie van de vraag, is deze bij een aantal vrouwen die bevallen zijn van een 2e, 3e, .. kind niet gesteld).



41 Vrouwen (22%) zeiden voor de bevalling nog niet voldoende op de hoogte te zijn over de verzorging van het kind. Zoals te verwachten was, betrof dit voornamelijk vrouwen die hun eerste kind gekregen hadden: van de 94 vrouwen met een eerste kind zei 42% dat ze onvoldoende op de hoogte was. Bij vrouwen met 2 of meer kinderen (n=90) is dit slechts 2%. Gaan we uit van de zojuist genoemde 41 vrouwen, dan blijkt 95% bevallen te zijn van het eerste kind.

De onderdelen b en c van deze vraag zijn nu weer wel, dan weer niet gesteld ten gevolge van verschillende interpretatie door de interviewsters. Door tijdgebrek was het niet mogelijk in deze vraag met behulp van de computer enige ordening aan te brengen. Het is hierdoor onmogelijk de vraag als een geheel te interpreteren. De onderdelen zijn wel genoemd aangezien zij een richting geven waarin gedacht moet worden.

(Vraag 2b + 8b + 13b, n=122).

Op de vraag of men tijdens het kraambed voldoende op de hoogte werd gebracht over de verzorging van het kind, antwoordde 20% ontkennend. In hoeverre dit nu vrouwen betreft die voor de bevalling ook al niet op de hoogte waren, of vrouwen die dit wel waren, maar geen informatie meer nodig hadden en/of niet kregen, is onbekend.

(Vraag 2c + 8c + 13c, n=107).

Het merendeel van de vrouwen was door de medische zorg op de hoogte gebracht, met name door de kraamhulp. Of dit bij vrouwen met meer kinderen tijdens de vorige kraamperiode, of ook nu gedaan is, is onbekend.

Zelf uit een groot gezin komen en daarbij veel ervaring hebben opgedaan met jongere broertjes en zusjes, als ook een baan gehad hebben in de kinderenverzorgende sector, draagt eveneens bij tot kennis over de verzorging van het kind, zo bleek uit spontaan gemaakte opmerkingen.

## POSTNATALE GYMNASTIK

Vraag X, thuis, 12 + X, poliklinisch, 18 + X, klinisch, 14, 'wist u dat er gym voor na de bevalling bestond', is door de verschillende interviewsters anders geïnterpreteerd. Sommigen hebben de vraag opgevat als: 'wist u dat er een gymcursus bestond voor na de bevalling', (dus iets dergelijks als de zwangerschapsgym) terwijl anderen er onder verstonden of de vrouwen wisten, of er oefeningen bestaan om na de bevalling te doen.

202 Vrouwen hebben de vraag beantwoord, waarvan 123 (60%) met ja en 79 (40%) met nee. De antwoorden van vrouwen die ja hebben gezegd willen we toch nader bekijken. We kunnen, ondanks de verkeerde interpretatie aannemen, dat deze 123 vrouwen ooit hebben gehoord van postnatale gym, ongeacht het feit, of het de cursus zelf betreft of oefeningen.

111 Vrouwen (90%) van de 123 konden zich herinneren van wie ze hadden gehoord dat er postnatale gym bestond:

van zwangerschapsgym	49	(44%)
van overige medische zorg	40	(36%)
anders	<u>32</u>	<u>(20%)</u>
	111	(100%)

Onder de 'overige medische zorg' vallen huisarts, vroedvrouw, gynecoloog en fysiotherapeut van het ziekenhuis. Binnen de categorie 'anders' is o.a. genoemd: uit de literatuur, via vrienden/familie, uit ervaring met de vorige bevalling, via eigen opleiding of werkkring.

Doordat de resultaten voor meerdere interpretaties vatbaar zijn, kon niet verder worden onderzocht (zoals oorspronkelijk de bedoeling was) of vrouwen, die het kraambed thuis hebben doorgebracht, op de hoogte waren van het bestaan van postnatale gym. Wel zal later in dit stuk worden onderzocht, of vrouwen die het kraambed thuis hebben doorgebracht, gymoefeningen hebben gekregen. (Het opkrijgen van gymoefeningen moet in dit stuk gezien worden in de zin van advies).

197 Vrouwen hebben antwoord gegeven op de vraag of zij oefeningen hadden opgekregen. Van hen antwoordden 150 (76%) met ja en 47 (24%) met nee.

Van de vrouwen die bevestigend antwoordden, hadden er 64 (43%) de oefeningen opgekregen van de zwangerschapsgym, 69 (46%) van de overige (Wageningse) medische zorg (huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog, fysiotherapeut) en 17 (11%) op een andere wijze (literatuur, familie, buitenlandse verloskundige zorg).

Als we het opkrijgen van gymoefeningen afzetten tegen de verschillende begeleiders van de zwangerschap, ontstaat het volgende beeld.

Tabel 3.4-9

Relatie gym opgekregen na bevalling - begeleider zwangerschap.

<u>begeleider gym opgekregen</u>	huisarts arts	vroedvrouw	gynaecoloog	
ja	38 (69%)	75 (69%)	37 (82%)	150
nee	11 (20%)	29 (27%)	7 (16%)	47
onbekend	6 (11%)	5 ( 4%)	1 ( 2%)	12
	55 (100%)	109 (100%)	45 (100%)	209

Uit deze tabel kan worden afgelezen, dat vrouwen die door een gynaecoloog worden begeleid, gym hebben opgekregen. Dit wil echter nog niet zeggen, dat de gynaecoloog de oefeningen ook daadwerkelijk heeft opgegeven; in het ziekenhuis verloopt n.l. de gym via een fysiotherapeute.

Tussen vrouwen die door de huisarts of vroedvrouw zijn begeleid bestaan nauwelijks verschillen t.a.v. het opkrijgen van gymoefeningen.

Interessanter is het om na te gaan hoe de relatie ligt tussen het opkrijgen van gymoefeningen en de plaats van het kraambed.

Tabel 3.4-10

Relatie gym opgekregen - plaats van het kraambed.

<u>plaats kraambed gym opgekregen</u>	thuis	klinisch	poliklinisch	gemengd klinisch/thuis	
ja	32 (66%)	58 (82%)	42 (63%)	18 (74%)	150
nee	15 (31%)	10 (14%)	19 (28%)	3 (13%)	47
onbekend	1 ( 2%)	2 ( 4%)	6 ( 9%)	3 (13%)	12
	48 (100%)	70 (100%)	67 (100%)	24 (100%)	209

Vrouwen die het kraambed klinisch hebben doorgebracht en gym hebben opgekregen scoren het hoogst (82%). Het verschil tussen vrouwen die het kraambed thuis en poliklinisch hebben doorgebracht is niet groot.

Uit bovenstaande punten zou voorzichtig geconcludeerd kunnen worden, dat vrouwen die het kraambed volledig in het ziekenhuis doorbrengen, een grotere kans hebben om gymoefeningen op te krijgen dan vrouwen die het kraambed thuis of poliklinisch doorbrengen.

Over de behoefte aan georganiseerde gymnastiek samen met andere (bevallen) vrouwen wordt als volgt gedacht:

wel behoefte aan	55 (28%)
geen behoefte aan	135 (68%)
geen mening	<u>8 (4%)</u>
	198 (100%)

Een aantal vrouwen hebben n.a.v. bovenstaande vraag enkele opmerkingen gemaakt over de wenselijkheid van gymnastiek in groepsverband:

- de vrouwen hebben er geen tijd voor
- dergelijke gym zou juist wel heel wenselijk zijn, want thuis alleen kom je er niet toe
- het regelen van een oppas zou een belemmering zijn voor deelname aan gym in groepsverband.

Naar aanleiding van het probleem van het zoeken naar een oppas, hebben we in onderstaande tabel de behoefte aan gym afgezet tegen het aantal kinderen, omdat waarschijnlijk lijkt dat men, wanneer men meer kinderen heeft b.v. moeilijker een oppas kan krijgen. Ook kan meespelen, of de mogelijkheid bestaat de baby mee te nemen. Daarnaast kan de georganiseerde gym, die tevens een gespreksgroep-functie kan hebben, juist daardoor door vrouwen met een eerste kind meer gewaar-deerd worden. Tenslotte heeft het aantal kinderen ook betrekking op de beschik-bare tijd van de vrouw.

Tabel 3.4-11

Relatie behoefte aan gym - aantal kinderen.

<u>aantal kinderen</u> <u>behoefte aan gym</u>	1	> 2	
ja	25 (28%)	30 (27%)	55
nee	59 (67%)	76 (69%)	135
geen mening	4 (5%)	4 (4%)	8
	88 (100%)	110 (100%)	198

Uit deze tabel kunnen we concluderen, dat het aantal kinderen nauwelijks invloed heeft op de behoefte aan gymnastiek in groepsverband.

T.a.v. het onderwerp postnatale gym tijdens het kraambed hebben de vrouwen meerdere opmerkingen gemaakt, vooral over het al of niet uitvoeren van de oefeningen. Hieronder noemen we de meest gemaakte opmerkingen, opgesplitst naar de plaats, waar de vrouw het kraambed heeft doorgebracht.

- a) Thuis: veel vrouwen zien wel het nut in van de gym, maar hebben de oefeningen niet gedaan, omdat ze er gewoonweg niet toe komen (tijdsaspect, gemakzucht). Stimulatie lijkt een belangrijke factor hierbij te zijn: men zou graag zien, dat er van de kant van de kraamhulp meer stimulans zou uitgaan; enkele vrouwen zijn ook inderdaad gestimuleerd door de kraamhulp.
- b) Ziekenhuis: enkele vrouwen maakten de opmerking, dat tijdens het oefenen meer gelachen werd dan dat men serieus bezig was. De wens werd naar voren gebracht om het stencil mee naar huis te kunnen nemen, omdat de oefeningen anders te snel weer vergeten zouden worden.

Ook hier kwam ter sprake, dat de vrouwen te weinig gestimuleerd werden door de fysiotherapeute.

Tenslotte was één vrouw zeer gebolgen over het feit, dat ze tegen haar zin mee moest doen en dat na verloop van tijd een rekening werd gestuurd voor de gevolgde lessen. Over een dergelijke rekening was zij van te voren niet ingelicht.

Samenvattend: lang niet alle vrouwen (n.l. 24%) krijgen postnatale gymoefeningen op. Diegenen die ze wel krijgen, hebben ze voornamelijk via de zwangerschapsgym of van de overige medische zorg verkregen. Uit enkele opmerkingen blijkt, dat vrouwen de oefeningen over het algemeen zinvol vinden; ze komen er echter niet toe om ze regelmatig te doen. Slechts 28% van de vrouwen heeft daadwerkelijk behoefte aan gym in groepsverband. Een suggestie zou daarom kunnen zijn, de vrouwen via de kraamhulpen thuis en fysiotherapeuten in het ziekenhuis te stimuleren de oefeningen te doen.

Rust voor de moeder is een belangrijk aspect tijdens de kraamperiode. Is de vrouw na die tijd niet voldoende uitgerust, dan zal zij hiervan later ongetwijfeld last krijgen.

Vele factoren dragen bij tot het al of niet verkrijgen van die rust. Denk bijvoorbeeld aan de duur van de kraamperiode, de sfeer rondom het kraambed welke weer bepaald kan zijn door soort en/of persoon van de kraamhulp, het aantal kinderen e.d., of in het ziekenhuis door de werkwijze/aard van het verplegend personeel. Hieruit blijkt ook al dat de plaats van het kraambed van invloed kan zijn. Deze bepaalt immers de omgeving waarin de vrouw zich bevindt, en daardoor o.a. ook de vorm van zorg die de vrouw die dagen krijgt.

Anderzijds zal de fysieke en mentale gesteldheid, en instelling van de vrouw een belangrijke factor zijn.

'Rust' is ook het punt dat aanleiding gaf tot het zg. 'hotelplan' (dat o.a. in het Pieter Pauw Ziekenhuis gelopen heeft), het plan om de vrouw de gelegenheid te bieden het kraambed op vrijwillige basis in het ziekenhuis door te brengen tegen een verlaagd tarief.

Om de vrouwen voor een eerlijke keuze te stellen, is gedacht aan een geldelijk bedrag dat overeenkomt met dat wat men bij een kraambed thuis moet uitgeven.

Hebben de vrouwen echter behoefte aan de uitvoering van een dergelijk plan?

In het navolgende gedeelte wordt ingegaan op de meningen van de vrouwen over de rust die ze gekregen hebben, en over de plaats van het kraambed. Om deze meningen enigszins te kunnen plaatsen, is het geheel aangevuld met verbanden tussen de meningen en een aantal factoren die hierop van invloed werden geacht.

(Vraag X1-11 + vraag X2-17 + vraag X3-20, n=207).

Op de vraag of men voldoende rust gekregen heeft tijdens de kraamperiode, antwoordde 78% van de 207 respondenten bevestigend, 20% ontkennend.

Kijken we naar de plaats van het kraambed, dan blijkt dat er veel meer negatieve reacties voorkomen bij vrouwen die het kraambed in het ziekenhuis doorbrachten, dan bij vrouwen die deze tijd (deels) thuis verbleven. (tabel 3.4-12) Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat een kraambed in het ziekenhuis toch onrustiger is dan het kraambed (deels) thuis. De mogelijkheid van een selectieve populatie moet echter niet uitgesloten worden.

Tabel 3.4-12

Relatie voldoende rust - plaats kraambed.

<u>waar kraambed</u> <u>voldoende rust</u>	(deels) thuis*	geheel in het ziekenhuis	
ja	113 (82%)	48 (69%)	161
nee	22 (16%)	20 (30%)	42
anders	3	1	4
	138 (100%)	69 (100%)	207

\*: (deels) thuis = kraambed thuis of poliklinisch of gemengd klinisch/thuis. De laatste twee categoriën zijn bij het blok 'thuis' gevoegd aangezien het commentaar van de vrouwen ten aanzien van rust op twee opmerkingen na alle de tijd betroffen dat ze thuis lagen. Dit is begrijpelijk want daar speelde zich het grootste deel van de kraamperiode af; en juist dat deel geeft het kader waarbinnen uiteindelijk al of niet voldoende rust verkregen is.

De voornaamste reden voor onvoldoende rust in het ziekenhuis was dat je al ontzettend vroeg wakker gemaakt wordt en vanaf dat moment de hele dag bezig bent: kind verzorgen, voeden, bezoeker, eten, nu weer artsenbezoek, dan weer schoonmaaksters etc. Je krijgt dan geen gelegenheid om echt tot rust te komen. (Dit is meer dan 10x gehoord. Precieze aantallen onbekend).

Bij vrouwen die wel voldoende rust kregen tijdens de kraamperiode in het ziekenhuis werd gehoord: "Je bent even helemaal los van alle beslommingen van thuis. Alle tijd/aandacht voor het kind en jezelf. Je hebt echt rust (2x); je komt echt uitgerust thuis (3x)".

Bij het kraambed thuis spelen o.a. het al of niet goed functioneren van de kraamhulp in het gezin, alsmede de duur van de kraamperiode een belangrijke rol bij het al of niet krijgen van voldoende rust. (Tabel 3.4-13 en 3.4-14)

Tabel 3.4-13

Relatie 'voldoende rust - mening over kraamhulp'.

<u>mening kraamhulp</u> <u>voldoende rust</u>	geen problemen	wel problemen	anders	
ja	94 (86%)	17 (63%)	1	112
nee	12 (11%)	10 (37%)		22
anders	3			3
	109 (100%)	27 (100%)	1	137

Het percentage 'onvoldoende rust' is duidelijk veel lager bij vrouwen die geen problemen hadden met de kraamhulp, dan bij vrouwen die wel problemen hadden.

Tabel 3.4-14

Relatie 'onvoldoende rust - aantal dagen kraamhulp'.

aantal dagen kraamhulp	6	7	8	> 9	
voldoende rust					
ja	2 (67%)	14 (78%)	39 (78%)	57 (86%)	112
nee	1 (33%)	4 (22%)	9 (18%)	8 (12%)	22
anders			2	1	3
	3	18	50	66	137

Wat betreft de duur van de kraamhulp zien we dat het percentage 'onvoldoende rust' afneemt naarmate de vrouwen meer dagen hulp hebben, terwijl omgekeerd het percentage 'voldoende rust' toeneemt met het aantal dagen.

Een probleemloze kraamhulp (en dit is voor iedere vrouw weer anders) en bij voorkeur 8 of meer dagen kraamhulp werken dus bevorderend op de rust die de vrouw tijdens het kraambed thuis krijgt.

Het belang van de kraamhulp werd door vrouwen ook spontaan naar voren gebracht. Zo zeiden 8 vrouwen bv. dat de kraamhulp zorgde voor voldoende rust doordat deze het bezoek wegstuurde tijdens rusturen/streng de hand hield met rusturen/ de vrouw slechts voor de baby liet zorgen/ voor rust in huis zorgde (o.a. Doordat de hulp goed met de andere kinderen overweg kon).

Als reden voor onvoldoende rust werd door een achttal vrouwen ook vermeld dat "er teveel bezoek was gekomen en/of te laat ('s avonds na tienem)".

Over bezoek werd nog spontaan naar voren gebracht dat de mensen erop gewezen moeten worden dat ze niet te lang moeten blijven/niet 's avonds na half 10 nog eens binnen moeten komen vallen.

Een mogelijkheid om dit op te vangen zou zijn bezoeken op geboortekaartjes en/of op een papiertje bij de deurbel te zetten. De begeleider en/of kraamhulp zouden op de voordelen hiervan moeten wijzen.

De meningen over de plaats van het kraambed kwamen bij vrouwen met het kraambed (deels) thuis naar voren naar aanleiding van de vraag: 'Indien het kraambed in het ziekenhuis net zo duur zou zijn als het kraambed thuis, zou u dan liever het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen'?

Bij vrouwen met het kraambed in het ziekenhuis geschiedde dit naar aanleiding van de vraag of men liever langer of korter in het ziekenhuis had willen blijven.



(Vraag X1-17 + vraag X2-23, n=135).

Slechts 10 vrouwen (8%) zouden het kraambed liever in het ziekenhuis willen doorbrengen indien dit even duur zou zijn als het kraambed thuis; bij allen ging het om een volledig kraambed aldaar (vraag 17c en 23c).

3 Vrouwen (2%) wisten het niet. De rest (90%) wilde het kraambed het liefst thuis.

Uit de verwerking van deze gegevens volgde een beeld dat wees in de richting van grotere voorkeur voor een kraambed in het ziekenhuis bij vrouwen die meer kinderen hebben, en/of slechte ervaringen met het oog op de kraamhulp en/of onvoldoende rust (al of niet tengevolge van de kraamhulp) tijdens de afgelopen kraamperiode. Blijft belangrijk dat 90% van de vrouwen die op deze vraag geantwoord hebben het kraambed liever thuis hebben! Hierover zijn veel opmerkingen gemaakt. Zeker 18 vrouwen zeiden dat je in het ziekenhuis beter uit kunt rusten 'omdat je daar gewoon meer rust krijgt', een aantal ook dat 'je in een ziekenhuis fijn aan je kind kunt wennen (aandacht alleen voor kind is mogelijk)'. Maar anderzijds werd daarbij door hen en door anderen vermeld: "Het is thuis gezelliger/fijner, je zit daar in je eigen omgeving (18x)". Waarbij 3 vrouwen opmerkten dat ze het ziekenhuis 'eng/vervelend/onpersoonlijk' vonden; "thuis kunnen de andere kinderen en/of je man er meer bij betrokken worden (6x); je hebt thuis meer vrijheid dan in het ziekenhuis, in het ziekenhuis zijn zoveel regels (4x)".

Als voordeel van het ziekenhuis wordt dus door een aantal vooral gezien dat je beter kunt uitrusten dan thuis, (n.b.: een mening die door de gegevens van dit onderzoek overigens niet wordt bevestigd; zie vraag X1-11 e.v.), maar thuis vindt men het gezelliger omdat men in zijn eigen omgeving zit, waar alles 'natuurlijk' verloopt. De 'voordelen' van het kraambed thuis wegen bij de meeste vrouwen die het kraambed (deels) daar doorbrachten zwaarder dan de 'voordelen' van het ziekenhuis. Hoe denken nu de vrouwen erover die het kraambed volledig in het ziekenhuis doorbrachten?

(Vraag X3-19, n=69).

38 Vrouwen (55%) vond het aantal dagen dat zij in het ziekenhuis doorbrachten, goed. 27 Vrouwen (39%) had liever korter willen blijven, 3 (4%) zeiden iets anders. 1 Vrouw had langer willen blijven; haar kind was niet in orde en moest nog in het ziekenhuis blijven terwijl zij al thuis was; zij had liever gewacht tot het kind ook naar huis mocht.

De vraag om hoeveel dagen het ging, is niet te interpreteren: een deel van de vrouwen heeft inderdaad opgegeven hoeveel dagen zij langer/korter had willen blijven, terwijl anderen het aantal dagen noemden dat ze totaal gezien hadden willen blijven (Gevolg van verschillende interviewinterpretatie).

Wie wat bedoeld heeft, is niet meer te achterhalen.

Als redenen voor een korter verblijf zijn door de 27 vrouwen genoemd:

- thuis gezelliger 20x
- niet genoeg rust 5x
- voelde me goed 16x
- anders 6x, waarbij 4x naar voren kwam dat de vrouw naar huis wilde omdat 'je man er dan echt bij betrokken kan worden'.

Naar aanleiding van deze vraag gaven 7 vrouwen te kennen dat ze op grond van hun positieve ervaringen de volgende keer weer in het ziekenhuis wilde kramen. Zeker 13 vrouwen merkten op dat ze het kraambed liever thuis hadden gehad, en een volgende keer ook zouden willen hebben (Niet zozeer omdat het in het ziekenhuis niet goed is, maar omdat het thuis fijner is, je in je eigen omgeving zit, je man/kinderen er meer bij betrokken zijn e.d.)

Voegen we alles over de plaats van het kraambed samen, dan blijkt bij de vrouwen die hierop gereageerd hebben een zeer geringe belangstelling te bestaan voor het hotelplan. 'De eigen omgeving' heeft meer aantrekkingskracht. Hoe de 'groép' vrouwen die de gehele kraamperiode in het ziekenhuis hebben gelegen hierover denkt is helaas niet met onze gegevens te achterhalen, en, <sup>zou</sup> alsnog onderzocht kunnen worden. De vraag 'had u langer of korter in het ziekenhuis willen blijven' is zelf ook nog nader bekeken. Om een indruk te krijgen van wat vrouwen met langer, korter of goed bedoelen, is de relatie gelegd tussen de mening van de vrouwen en het aantal dagen dat zij in het ziekenhuis vertoefden.

De vrouw die langer wilde blijven had minimaal 8 dagen in het ziekenhuis gelegen. Van de 27 vrouwen die korter hadden willen blijven, hadden 4 zeven dagen in het ziekenhuis doorgebracht, de rest 8 dagen of meer.

Van de vrouwen die het goed vonden, verbleven 3 zes of minder dagen aldaar, 7 zeven dagen, en 28 acht dagen of langer.

Het bleek dat 11 van de 27 vrouwen die korter wilden blijven niet voldoende rust hadden gehad (Relatie 'liever langer/korter-heeft u voldoende rust tijdens de kraamperiode gehad').

5 vrouwen gaven dit uit zichzelf als reden op om korter te willen blijven.

Er bleek geen opvallende relatie tussen 'liever langer/korter in ziekenhuis' en het aantal kinderen te bestaan.

(Vraag X3-20, n=66). Uit het vooronderzoek kwam naar voren dat een aantal vrouwen de tijd na het kraambed in het ziekenhuis zo tegen vonden vallen. 'Ineens sta je helemaal alleen voor. Eigenlijk zou je nog wat hulp moeten hebben'. Vandaar de vraag 'had u na die... dagen in het ziekenhuis nog behoefte aan kraamhulp thuis?' 13 vrouwen (20%) reageerden positief; 7 noemden iets anders, nl. 2 zeiden behoefte te hebben aan huishoudelijke hulp, en niet aan kraamhulp, en 5 dat ze fysiek niet in staat waren het allemaal weer alleen te doen maar zelf al hulp geregeld hadden (en dus geen extra hulp meer nodig hadden).

Nota bene: de argumentatie dat er geen hulp nodig was omdat de vrouw zelf al hulp had, is vaak ook met een 2 ('nee, ik had geen hulp nodig') gecodeerd.

Het is niet meer na te gaan hoe vaak. De vraag is dus moeilijk te interpreteren. Wel is duidelijk dat er behoefte is aan hulp. Een deel was hiervan al op de hoogte en had dat geregeld, een deel had dit niet gedaan en had er problemen mee. (De laatste groep heeft met 'ja' gereageerd), (terwijl er ook een aantal vrouwen is dat het wel al zelf aankon.)

Op de vraag welke hulp men dan had willen hebben noemden 5 vrouwen 'interne hulp', 7 'wijkkraamhulp' en 5 iets anders, nl.: iemand die je even op gang brengt, vooral op huishoudelijk gebied (5x).

Als redenen voor hulp werden genoemd:

- lichamelijk niet in staat (14x)
- gebrek aan vaardigheden t.a.v. verzorging van het kind (1x)
- anders (2x)

Het probleem van 'de plotselinge overgang van alles naar niets' troffen we ook bij de vrouwen met het kraambed (deels) thuis aan (vraag X1-9 en 10, e.v.) Nogmaals willen we benadrukken dat het blijkbaar een vaker voorkomend 'probleem' is, en dat het aanbeveling verdient de vrouwen hierop te wijzen, en eventueel te stimuleren voor de eerste tijd na de officiële kraamperiode hulp te regelen.

Tot zover de resultaten van de vragen uit de vragenlijst. Rest nog een reeks spontaan gemaakte opmerkingen die niet direct bij een van de voorgaande vragen waren onder te brengen.

De opmerkingen zijn te groot in getale om alle in dit verslag te noemen. Ze u volledig te onthouden zou echter jammer zijn aangezien ze nog veel informatie bevatten en een aardig aanvullende indruk geven van wat er zoal bij de vrouwen leeft. Er is daarom een selectie gemaakt: alleen die punten waarover door meer vrouwen een opmerking is gemaakt, zijn opgenomen.

### Hechtingen:

In het vooronderzoek kwam naar voren dat vrouwen die ingeknipt of ingescheurd waren de hechtingen erg vervelend vonden. In het eigenlijke onderzoek werd dit door een veelheid van spontane opmerkingen bevestigd.

Daarnaast werd een aantal malen gehoord: 'die hechtingen waren vervelend, maar misschien was het nog wel erger dat je op de po(-stoel) je behoeften kwijt moest zien te raken. Je kán dan gewoon niet'. Dit laatste gaf weer aanleiding tot obstipatieklachten. Een aantal vrouwen zei dat ze hiertegen een middeltje kregen en dat erg fijn vonden; 'men laat je tenminste niet alleen modderen'.

### Het klinisch kraambed:

Er zijn een groot aantal positieve opmerkingen gemaakt met betrekking tot de sfeer op de kraamafdeling en de vriendelijkheid/behulpzaamheid van het verplegend personeel.

Met betrekking tot het aantal bedden op de kraamkamer zijn de meningen verdeeld: de een wil liever alleen liggen, de ander ligt liever op zaal. Een aantal vrouwen zei ook dat het fijn was dat je de eerste tijd alleen lag, en daarna pas op zaal kwam. 'Je kunt die eerste tijd echt lekker bijkomen'. Over de wijze waarop rekening gehouden werd met wensen van de vrouw met betrekking tot het tijdstip van ontslag uit het ziekenhuis zijn een aantal positieve opmerkingen gehoord.

Dat er in Bennekom maar één toilet voor kraamvrouwen is, vindt men wat weinig.

### Het ziekenhuis in verband met het poliklinisch kraambed of het kraambed gemengd klinisch/thuis:

Eén vrouw vertelde dat ze na de bevalling naar een zaal werd gebracht waar alleen nog een meisje van 14 jaar lag; laatste moest nog bevallen en had al besloten haar kind af te staan'. Als vrouw die zelf net een kind gekregen heeft en er heel gelukkig mee is, voel je je dan heel erg opgelaten. Het zou veel leuker zijn om bij iemand te liggen die ook alles achter de rug heeft en niet allemaal van die nare dingen heeft'.

Tot het naar huis gaan, verbleef de vrouw in het ziekenhuis 'op zaal', of in een ruimte waar zij alleen lag (verloskamer, een éénpersoonskamer, e.d.). 4 Vrouwen merkten op dat het heerlijk was dat ze alleen lagen. 'Je kunt dan echt op verhaal komen, rustig nadenken'. Een ander werd direct na de bevalling naar zaal gereden en vond dat heel vervelend. Ze was liever even alleen tot rust gekomen. Bovendien was het net bezoeker toen ze daar binnen kwam; 'Zo roezig; je bent op dat moment zelf juist aan rust toe'.

2 anderen hadden alleen gelegen en dit heel naar gevonden. 'Je kunt met niemand praten, en je hebt zoveel om over te praten'.

Ook hier zijn veel positieve opmerkingen gehoord met betrekking tot de sfeer op de kraamafdeling en de vriendelijkheid/behulpzaamheid van het verplegend personeel, waarbij een aantal vrouwen opmerkten dat het desondanks fijn was dat ze naar huis mochten. 'Thuis is fijner, want dan zit je in je eigen omgeving'. Zo zeiden een aantal vrouwen bijvoorbeeld ook: 'Leuk dat je in het ziekenhuis gewekt werd met thee en beschuit. Het is misschien maar een kleinigheid, maar wel erg prettig' (werd ook bij het klinisch kraambed gehoord).

Eén vrouw vertelde dat het naar huis gaan erg vervelend was: 'er werd tussen de artsen een "ruzie" boven mijn hoofd uitgevochten (wel of niet naar huis). Kan dat niet ergens naders besproken worden?'

Over het vervoer van het ziekenhuis naar huis werden nogal eens negatieve opmerkingen gehoord. 'Je moet je met twee handen aan de brancard vasthouden, anders val je eraf. Het gaat ook erg wild'. 'Je wordt door mensen naar huis gebracht die vreselijk hun best doen maar er geen kaas van gegeten hebben'. (Het viel de vrouw op dat de infusen in de auto bevroren waren) 'Met de brancard de trappen op, was het ergste. Er zat niet eens een voetensteuntje aan die brancard. Je gleeed gewoon weg. Ook stak de brancard over de railing van het balkon uit!'

1 vrouw vond het onzin dat ze met een ziekenauto naar huis gebracht moest worden ('Ik kon zelf al weer lopen; waarom dan die ziekenauto?'). Een ander had zelf mogen kiezen tussen ziekenauto en eigen vervoer. Ze koos het laatste want 'je wilt niet flauw zijn'. Ze heeft het geweten. 'Het was een martelgang door al die hechttingen die ik had. Ze zouden dit in het ziekenhuis moeten weten, en de keuze van vervoer niet aan jezelf over moeten laten'.

Het kraambed (deels) thuis:

Met betrekking tot verandering in soort kraamhulp en het tijdstip waarop de kraamhulp kwam, komen veel van de opmerkingen die bij vraag X1-5 e.v. en vraag X1-7 e.n. reeds naar voren gebracht zijn in spontane vorm terug. Zo zeiden bijvoorbeeld 6 vrouwen dat 'het belangrijk is dat de kraamhulp bij de bevalling is. Ze weet dan hoe het geweest is en kan je beter opvangen/je hebt dan een band met elkaar/ze kan dan fijn helpen'.

Ook kwam een aantal malen naar voren dat het vervelend is dat je de kraamhulp zelf moet ophalen als je 's nachts bevalt. 'Alles gaat al zo snel, en dan moet je ook dat nog regelen (Je moet vrienden/kennissen ervoor inschakelen). De meeste kraamhulpen hebben toch zelf een auto?!'

Over het kraamcentrum werd nog gezegd: 'het kraamcentrum moet je indien zij je al bij aanmelding (vóór de 4e maand) kunnen vertellen dat zij je geen hulp meer kunnen beloven, zeggen dat je eigen particuliere hulp mag verzorgen die dan ver-

goed kan worden, of dat een vriendin-verpleegster in parttime dienst 'kan trekken' van het kraamcentrum als zij als jouw kraamhulp fungeert'.

Over het verwerken van de emotionele ervaringen werd de opmerking gehoord: 'Je bent helemaal niet voorbereid op het feit dat je ineens in een nieuwe gezinssituatie zit waarbinnen je een nieuw evenwicht moet zien te vinden. Zelf ben je ook nog niet zo sterk, zeker geestelijk niet. Je krijgt dan geestelijk een klap (postnatale depressie). Er moeten meer mogelijkheden geschapen worden om hierover te praten, zowel tijdens de zwangerschap als na de bevalling' (zie ook hoofdstuk 3.5). Met betrekking tot de nazorg zijn zowel positieve als negatieve opmerkingen gehoord 'de controles door huisarts/vroedvrouw zijn erg fijn/prima (6x); het was fijn dat de huisarts/vroedvrouw zo vaak kwam, je voelt je veel rustiger als er eens gecontroleerd wordt (3x); de vroedvrouw kwam bijna elke dag, maar ze keek niet naar het kind; de huisarts kwam tijdens de kraamperiode heel even kijken. Dat was jammer. Tijdens de zwangerschap had hij namelijk wel alle tijd genomen'.

Enkele opmerkingen nog gemaakt met betrekking tot de rol van de begeleider ten aanzien van afkolven: 'Er is nooit iets gezegd over de mogelijkheid van melk afkolven. Ik wilde na de bevalling weer gaan werken. Als je dan van het kolven niet zou weten, zou je haast daarvoor flesvoeding geven. De begeleider zou het aan moeten roeren, zeker indien hij weet dat je weer wilt gaan werken, en merkt dat je belangstelling voor borstvoeding hebt. Ook de wijkverpleging moet hierover meer vertellen'; 'Ze moeten je tijdig vertellen hoe je precies moet afkolven'.

### 3.4.5.1 Samenvatting van paragraaf 3.4.1 t/m 3.4.5.

Samenvattend willen we stellen dat de verkregen informatie met betrekking tot het kraambed leidt tot een positief beeld van de medische zorg. We vonden op enkele uitzonderingen na steeds dat 78% of meer zich tevreden uitte over de verschillende aspecten van de medische zorg.

Veel suggesties ter verbetering van de medische zorg, en opmerkingen die op zich weer een suggestie kunnen inhouden, zijn van de kant van de vrouwen gehoord, en voor een deel in deze paragrafen opgenomen.

We beseffen echter dat er nog een kant aan de zaak is; dat het qua tijd en organisatie voor de medische zorg niet mogelijk is om alle door de vrouwen gegeven suggesties en opmerkingen te honoreren. Strict individuele zorg in Nederland is ongewenst, en bovendien niet haalbaar. Wel kunnen de suggesties en opmerkingen dienen om de betrokken zorgverlening inzicht te geven in de wijze waarop zij zich kunnen opstellen wanneer zij in hun zorgverlening meer de nadruk willen leggen op de persoon 'achter het geval'.

Uit de verkregen informatie komt naar voren dat een dergelijke aanpak door de vrouwen gewaardeerd zal worden, en mogelijk bijdraagt tot beter functioneren van de andere aspecten van de zorgverlening i.c. de plicht om te zorgen voor een optimale lichamelijke gezondheid van moeder en kind, het bevorderen van de volksgezondheid in het algemeen, etc.

Als zodanig verdienen de volgende punten de aandacht:

- het tijdstip van aankomst van de kraamhulp; met name bij vrouwen die in het ziekenhuis bevallen zijn en het kraambed (deels) thuis doorbrachten, is er duidelijk verschil tussen de realiteit en het wensbeeld ten aanzien van dit punt,
- de bezoekenregeling in het ziekenhuis; bij dit punt kwam nogal wat onvrede aan het licht. Opsplitsing naar het soort ziekenhuis toont hierbij duidelijk verschillen aan tussen het Pieter Pauw Ziekenhuis te Wageningen en het Streekziekenhuis te Bennekom,
- het contact in het ziekenhuis tussen de vader en zijn kind, en het 'gewone' bezoek en het kind; bij dit punt was eveneens duidelijk sprake van onvrede. Opsplitsing naar het soort ziekenhuis bij 'contact vader-kind' toont een groot verschil aan tussen het Pieter Pauw Ziekenhuis en het Streekziekenhuis,
- de mening van de vrouwen met een klinisch kraambed over het aantal dagen dat zij in het ziekenhuis verbleven; bijna 40% had liever eerder naar huis gewild,

- voor veel vrouwen blijkt de overgang van 'de verzorgde kraamvrouw zijn' naar 'alles weer zelf moeten doen', te groot te zijn. Er bestaat behoefte aan huishoudelijke hulp voor de eerste weken na de officiële kraamperiode. Veel vrouwen zijn niet voorbereid op de eerste tijd na de kraamperiode, en hebben er moeite mee (alleen) weer in het gareel te komen.

Op grond van de resultaten en beschouwingen in deze paragrafen kwamen wij tot een beperkt aantal aanbevelingen:

Het kraamcentrum of de begeleider vraagt de vrouw aan 'welk tijdstip van aankomst van de kraamhulp' zij de voorkeur geeft en/of overlegt met de vrouw wat het prettigst is (al naar gelang de plaats van de bevalling e.d.).

Betere afstemming van de zorg (in dit geval kraamcentrum- begeleider- ziekenhuis) op elkaar ten aanzien van het punt 'tijdstip van aankomst van de kraamhulp'.

In het ziekenhuis een zodanige regeling treffen dat vaders hun kind aan mogen raken, vast kunnen houden.

De vrouw tijdens de zwangerschap en de kraamperiode voorbereiden op de eerste weken na de officiële kraamperiode, en haar stimuleren huishoudelijke hulp voor die tijd te regelen (hulp voor 1 of 2 dagen/dagdelen kan al veel schelen).

De begeleider en/of kraamhulp zouden moeten wijzen op de voordelen van het vermelden van bezoeken op geboortekaartjes en/of op een papiertje bij de deurbel.

Uit de paragrafen 3.4.1 t/m 3.4.5. kwamen een aantal opvallende punten naar voren:

Meer dan de helft van de vrouwen die thuis bevallen zijn (nl. 65%) geven er de voorkeur aan dat de kraamhulp al bij de bevalling aanwezig is. Bij vrouwen die in het ziekenhuis bevallen zijn en het kraambed (deels) thuis doorbrachten, prefereert meer dan de helft (nl. 67%) het (pas) bij thuiskomst uit het ziekenhuis aanwezig zijn van de kraamhulp.

Bij de groep vrouwen die gereageerd heeft op de vragen met betrekking tot de plaats van het kraambed (n=148) blijkt zeer weinig belangstelling te bestaan voor het zg. 'hotelplan'. 'De eigen omgeving' heeft meer aantrekkingskracht.



Door vrouwen die het kraambed (deels) thuis doorbrachten, werd vaak als voordeel van het kraambed in het ziekenhuis genoemd: 'je krijgt in het ziekenhuis gewoon meer rust', (hetgeen meestal gepaard ging met: 'maar thuis is het gezelliger', e.d.).

Door de in het onderzoek verkregen informatie wordt deze mening echter niet bevestigd.

### 3.4.6. De voeding van het kind

In de enquête is de vrouw gevraagd:

- of zij tijdens de zwangerschap met anderen sprak over de voeding die het kind straks zou krijgen en of zij toen al besloten had welke voeding zij zou geven (vraag XI-2,3).
- welke voeding het kind uiteindelijk kreeg (op de 10e dag) en als dit andere voeding was dan de voorgenomen, wat de redenen daarvoor waren (vraag XI-4).
- of zij naar haar gevoel voldoende begeleiding en informatie kreeg bij het voeden van haar kind en wat zij daar eventueel in gemist heeft (vraag XI-5, 6,7).

#### 3.4.6.1. Bespreken van en besluiten over de voeding van het kind voor de geboorte.

Tijdens de zwangerschap sprak 44% van de vrouwen met de zwangerschapsbegeleiding over de voeding, die aan het kind gegeven zou worden; 13% sprak met de overige medische zorg en 40% met familie, vriendinnen e.d., 27% van de vrouwen heeft met niemand over de voeding gepraat.

Uit de opmerkingen die bij deze vraag gemaakt zijn blijkt dat het praten met de zwangerschapsbegeleiding vaak niet meer is dan de vraag; 'wat ga je geven'. Hoe de vrouw tot dat besluit gekomen is en het besluit zelf wordt meestal niet besproken. Verscheidene vrouwen merken op dat ze een dergelijk gesprek ook niet nodig vonden: 'Ik wilde toch borstvoeding geven, -dat was zeker-, over de voor- en nadelen kan je dan wel praten, maar je moet zelf beslissen en zelf aanvoelen of het gaat' of 'Ik had geen informatie nodig want je weet nog helemaal niet of je de baby zelf kunt voeden' of 'Ik wilde flesvoeding geven, dus ik had geen informatie nodig, alle flesvoeding is toch hetzelfde'.

Als het eerste kind verwacht wordt lijkt zoals te verwachten de behoefte om over de voeding te praten groter dan bij een tweede of volgend kind;

zie tabel 1.

voeding besproken met	rangnummer kind	
	<u>1e kind</u>	<u>≥ 2e kind</u>
zwangerschaps- begeleiding	47%	41%
overige medische zorg	19%	9%
familie, vrien- dinnen, etc.	45%	38%
	n = 95	n = 114

Tabel \* 3.4-15

Relatie tussen het rangnummer van het verwachte kind en het tijdens de zwangerschap bespreken van de te geven voeding.

Met de huisarts of vroedvrouw wordt meer over de voeding van het kind gepraat dan met de gynaecoloog, zoals uit de volgende tabel naar voren komt; vrouwen, die door een gynaecoloog begeleid worden, praten echter niet méér met de overige medische zorg of met anderen.

Voeding besproken met	Langste begeleider gedurende de zwangerschap		
	huisarts	vroedvrouw	gynaecoloog
Zwangerschaps- begeleiding	51%	58%	24%
Overige medische zorg	15%	12%	16%
Familie, vrien- dinnen, etc.	46%	40%	38%
	N = 55	n = 109	N = 45

Tabel \* 3.4-16

Relatie tussen begeleider tijdens de zwangerschap en het tijdens de zwangerschap bespreken van de te geven voeding.

\* Voor alle tabellen in dit hoofdstuk geldt dat voor de leesbaarheid de rest-percentages zijn weggelaten. Deze betreffen de vrouwen aan wie de desbetreffende vraag niet gesteld is of die de vraag met 'ik weet het niet' of anders beantwoord hebben.

Tijdens de zwangerschap had 99% van de vrouwen besloten welke voeding zij zouden gaan geven: 68% had tot borstvoeding en 31% had tot flesvoeding besloten. Van degenen die tot borstvoeding besloten sprak 42% en van degenen die tot flesvoeding besloten sprak 51% daarover met de zwangerschapsbegeleiding.

Uit de opmerkingen die gemaakt zijn t.a.v. de keuze van de voeding blijkt dat vrouwen, die zelf wilden voeden dit meestal een 'natuurlijk zaak' vonden. Vrouwen die hun kind de fles wilden geven verontschuldigen zich hier vaak voor: 'Bij mijn eerste kinderen lukte de borstvoeding ook niet', 'Borstvoeden zou toch niet lukken, ik ben altijd zo zenuwachtig', 'Mijn man was er tegen'. Ook werd als reden voor de keuze van flesvoeding gegeven dat de man er dan meer bij betrokken kon worden. Voorts deed het idee om 'zo maar open en bloot met je kind aan de borst te moeten zitten' of 'je moet je altijd terugtrekken' verscheidene vrouwen tot flesvoeding besluiten.

3.4.6.2. Uiteindelijk gegeven voeding en redenen voor het geven van andere dan de voorgenomen voeding

De volgende tabel laat zien welke voeding de moeder van plan was te geven en welke voeding het kind uiteindelijk (op de 10e dag) heeft gekregen.

Voeding op de 10e dag	Tijdens de zwangerschap besloten tot	
	borstvoeding	flesvoeding
borstvoeding	49%	0,5%
flesvoeding	15%	31%
combinatie borst/flesvoeding	4%	-
	68%	31,5%
		n = 209 (100%)

Tabel 3.4.-17

Relatie tussen de voeding waartoe besloten was en die uiteindelijk aan het kind gegeven is.

Van alle vrouwen gaf 19,5% andere dan de voorgenomen voeding, deze was bij allen op één na borstvoeding. Of anders bekeken: van de vrouwen, die zich voorgenomen hadden borstvoeding te geven, heeft 75% dit ook volledig gegeven in de kraamperiode en 5% in combinatie met flesvoeding.

Tabel 3.4.-18 geeft de relatie tussen het rangnummer van het kind en de voeding die de moeder besloot te geven en uiteindelijk gegeven heeft:

	rangnummer kind	
	1e kind	≥2e kind
Tot borstvoeding besloten	75%	62%
Volledig borstvoeding gegeven	51%	47%
Tot flesvoeding besloten	23%	38%
Flesvoeding gegeven	43%	49%
	n = 95	n = 114

Tabel 3.4.-18

Relatie tussen het rangnummer van het kind en de voeding waartoe besloten respectievelijk gegeven is op de 10e dag.

Het blijkt dat relatief meer vrouwen in verwachting van hun eerste kind, hun kind zelf wilden voeden dan zij, die haar tweede of volgende verwachtten (respectievelijk 75% en 62%). Van de eerste groep slaagden daar echter minder in dan van de tweede groep (68% tegen 76%).

De groep vrouwen in verwachting van haar tweede of volgend kind, die haar kind zelf wilde voeden is waarschijnlijk relatief kleiner doordat zij, die een vorig keer een negatieve ervaring hadden bij het zelf voeden nu direct flesvoeding gaven. Waarschijnlijk door deze selectie en doordat veel vrouwen in deze groep reeds ervaring met zelf voeden hadden is het percentage waarbij het geven van borstvoeding lukte groter dan bij de vrouwen, die hun eerste kind kregen.

Tabel 3.4.-19 geeft de relatie tussen de zwangerschapsbegeleiding en de voeding die de moeder besloot te geven en uiteindelijk gegeven heeft.

	Zwangerschapsbegeleiding		
	huisarts	vroedvrouw	gynaecoloog
Tot borstvoeding besloten	69%	68%	67%
Borstvoeding gegeven	56%	51%	33%
Tot flesvoeding besloten	29%	32%	31%
Flesvoeding gegeven	38%	46%	58%
	n = 55	n = 109	n = 45

Tabel 3.4.-19

Relatie tussen de zwangerschapsbegeleiding en de voeding waartoe besloten respectievelijk gegeven is op de 10e dag.

Opvallend in deze tabel is het relatief lage percentage vrouwen, begeleid door een gynaecoloog, dat uiteindelijk borstvoeding gegeven heeft; terwijl er geen verschillende invloed van de zwangerschapsbegeleiding lijkt uit te gaan bij de keuze van de voeding, die aan het kind gegeven zal worden. Mogelijk is dit lage percentage bij vrouwen begeleid door de gynaecoloog toe te schrijven aan het medische karakter van de bevalling, aan het feit dat het kraambed in het ziekenhuis is doorgebracht of aan de begeleiding van de gynaecoloog op zich. De volgende tabel geeft aanwijzingen hoe deze factoren mogelijk werken:

kraambed	MI tijdens de zwangerschap				MI binnen 1 week vóór of tijdens de bevalling			
	Klin.	gemengd	poli	tot.	klin.	gemengd	poli	tot.
Tot borstvoeding besloten	57%	6%	-	63%	36%	36%	6%	78%
Borstvoeding gegeven	25%	6%	-	31%	23%	25%	6%	54%
Combinatie van borst- en flesvoeding gegeven.	8%	-	-	3%	2%	2%	-	4%
Tot flesvoeding besloten	29%	4%	4%	37%	12%	4%	6%	22%
Flesvoeding gegeven	53%	4%	4%	61%	23%	13%	6%	42%
	n = 52				n = 48			

Tabel 3.4.-20

Relatie tussen de aard van de 'medische indicatie' gecombineerd met de plaats van het kraambed en de voeding, waartoe besloten respectievelijk gegeven is.

Deze tabel laat ten eerste zien dat de aard van de 'medische indicatie' en dus tevens van de zwangerschapsbegeleiding invloed heeft op het besluit welke gegeven wordt: -van de vrouwen die de MI tijdens de zwangerschap kregen besloot 63% tot borstvoeding en van hen die de MI vlak vóór of tijdens de bevalling kregen 78%- en ten tweede dat een klinisch kraambed, mogelijk in combinatie met de aard van de MI een belangrijke rol speelt in het tot stand komen van het verschil tussen de voeding die men wenst te geven en de voeding die uiteindelijk gegeven wordt. Deze cijfers zijn duidelijker als ze vergeleken worden met die van een normale bevalling met het kraambed thuis of poliklinisch.

Voeding	Kraambed			gemengd**	polikl.	thuis
	Totaal	Klinisch MI-1	MI-2*			
Tot borstvoeding besloten	69%	41%	24%	83%	64%	70%
Borstvoeding gegeven	36%	19%	16%	62%	45%	66%
Borst- en flesvoeding gegeven	7%	6%	1%	4%	5%	-
Tot flesvoeding besloten	31%	21%	9%	17%	36%	30%
Flesvoeding gegeven	57%	38%	16%	34%	50%	34%
	n = 70=44 + 23 + (3)			n = 24	n = 66	n = 47

Tabel 3.4.-21

Relatie tussen de aard van het kraambed (indien klinisch gecombineerd met de aard van de MI) en de voeding waartoe besloten respectievelijk gegeven is.

\*MI-1: Medische indicatie gegeven tijdens de zwangerschap; MI-2: Medische indicatie gegeven binnen 1 week voor de bevalling of tijdens de bevalling.

\*\*Een zgn. 'gemengd' kraambed is een kraambed waarbij het verblijf in het ziekenhuis langer dan de poliklinische 24 uur, maar maximaal 48 uur.

	Kraambed klinisch		gemengd	poli	thuis
	totaal	MI-1 MI-2			
% van hen die besloten borstvoeding te geven en dat ook volledig gegeven hebben.	53%	45% 65%	74%	71%	94%
	n = 47	n = 29 n = 17	n = 20	n = 42	n = 33

Tabel 3.4-22

Relatie tussen de aard van het kraambed en het percentage van degenen, die tot borstvoeding besloten en dat ook werkelijk gaven.

Ook de tabellen 3.4-21 en 3.4-22 laten zien dat naarmate de bevalling en kraambed een meer klinisch karakter krijgen de kans dat het geven van borstvoeding lukt afneemt. De kans dat het geven van borstvoeding lukt is bij een bevalling en kraambed thuis 94%, terwijl deze nog maar 53% bij een klinische bevalling en kraambed is. Dit zou aan het medische karakter van bevalling en/of kraambed kunnen worden toegeschreven, maar deze gedachtengang wordt niet ondersteund door het gegeven dat van vrouwen die de medische indicatie voor het klinische kraambed binnen één week voor of tijdens de bevalling kregen 65% borstvoeding gaf. Dit percentage is vergelijkbaar met dat bij een poliklinisch en gemengd kraambed. Waarschijnlijk spelen zowel het medisch karakter ervan de bevalling en kraambed als het doorbrengen van het kraambed in het ziekenhuis en begeleiding van een gynaecoloog tijdens zwangerschap en bevalling een rol. Op grond van deze geringe aantallen zijn echter geen harde uitspraken te doen.

In de enquête hebben de vrouwen echter ook zelf aangegeven waarom zij andere dan de geplande voeding gaven; 20% van de totale groep vrouwen gaf andere dan de voorgenomen voeding, 40 van hen gaf flesvoeding in plaats van borstvoeding of naast de borstvoeding ook flesvoeding en één vrouw gaf in plaats van de voorgenomen flesvoeding borstvoeding. De aangegeven redenen zijn:

- Medische beperkingen : 22%
- Beperkingen vanuit de zorg: 5%
- Lukt niet, want.... : 80%
- Te weinig informatie : 5%
- Eigen keuze : 22%
- Anders : 15%

Bij deze lijst moet bedacht worden dat één vrouw meerdere redenen kon aangeven. Zo kon bijvoorbeeld door gebrek aan begeleiding de borstvoeding niet lukken,



waarna de vrouw 'zelf' gekozen heeft voor flesvoeding.

Bij 'anders' werden redenen aangegeven als 'moeder en kind in verschillende ziekenhuizen', en 'tweeling moeilijk beiden zelf te voeden'.

Redenen opgegeven voor het mislukken van het geven van borstvoeding zijn:

- 1) problemen bij het kind (14)\*, zoals 'het wilde niet zuigen', 'het kon na coupeuseverblijf niet krachtig genoeg zuigen', 'het kind kreeg te weinig binnen of het spuugde', 'het kind was prematuur/te zwak/uitgedroogd of zat vol slijm'.
- 2) Problemen met borsten en/of tepels (14), zoals 'tepelkloven', 'de tepels waren te vlak of te klein', 'het kolven was te pijnlijk', 'borstontsteking' en 'te gestuwde borsten, waardoor het aanleggen bemoeilijkt werd'.
- 3) Problemen met de voeding (12); deze 'wilde niet op gang komen' of 'er was niet genoeg voeding' of 'er zaten te weinig voedingsstoffen in de voeding (te waterig)'.
- 4) Beperkingen vanuit de zorg (4), zoals 'het kind werd te laat aangelegd' en 'het kind kreeg meteen flesvoeding'.
- 5) Problemen bij de moeder (2); 'ze was te zenuwachtig' of 'zelf te zwak'.

De borstvoeding 'lukte niet' bij 15 vrouwen met een klinisch kraambed, bij 3 met een gemengd kraambed, bij 11 met een poliklinisch kraambed en bij 3 vrouwen, die thuis bevielen. Procentueel uitgedrukt is dit van de vrouwen die tot borstvoeding besloten respectievelijk: 32%, 15%, 27% en 9%.

#### 3.4.6.3. Begeleiding en informatie bij het voeden van het kind

Op de vraag: 'Kreeg u naar uw gevoel voldoende begeleiding van de medische zorg bij het voeden van uw kind' antwoordden 71% van de vrouwen bevestigend, 20% ontkennend en de overigen met 'Ik weet niet' of 'soms wel, soms niet'.

\* Tussen haakjes staat het aantal vrouwen, dat hiermee problemen had; ook hier geldt dat een enkele vrouw meerdere problemen kon ondervinden.

Evenals bij de andere subjectieve vragen blijkt uit de opmerkingen, die bij deze vraag gemaakt zijn te gelden: 'zoveel hoofden, zoveel zinnen'. Wat de één erg zal waarderen, keurt de ander af en waar de één erg behoefte aan heeft, heeft de ander in het geheel niet. Daarbij is een resultaat van 71% van de vrouwen, die vindt voldoende begeleiding gehad te hebben erg positief. Er zijn dan ook -naast alle negatieve reacties t.a.v. de begeleiding-, veel positieve gemaakt. De kraamhulp werd gewaardeerd om haar stimulerende, rustgevende en soepele houding; ook de verpleging in het ziekenhuis bleek zich positief en stimulerend op te stellen t.a.v. het geven van borstvoeding. Daarnaast wordt de wijkverpleging vaak genoemd, deze besteedt veel aandacht aan moeder en kind als er zich problemen met de voeding (e.a.) voordoen.

Om inzicht te krijgen in welke de vrouwen waren die vonden dat zij niet voldoende begeleiding kregen is in onderstaande tabellen een indeling gemaakt naar de voeding, die gegeven is, -in combinatie met de voorgenomen voeding-, het rangnummer van het kind en de aard van het kraambed.

voorgenomen voeding gegeven voeding	% vrouwen in onderscheiden groep dat de begeleiding bij het voeden voldoende---onvoldoende vond.		
borstv. -borstv.	75%	18%	n = 100
borstv. -borstv. + flesv.	55%	22%	n = 9
borstv. -flesv.	53%	31%	n = 32
flesv. -flesv.	75%	19%	n = 64
flesv. borstv.	100%	-	n = 1

Tabel 3.4-23

Relatie tussen het al dan niet geven van de voorgenomen voeding en het vinden (on)voldoende begeleiding te hebben gekregen bij het voeden.

Vrouwen, die andere dan de geplande voeding hebben gegeven hebben vooral het idee dat zij te weinig begeleiding kregen. Onder degenen, die in plaats van borst-, -flesvoeding gaven 31% en onder hen die naast borst-, ook flesvoeding gaven 22%. Maar ook van de vrouwen, die wel de voorgenomen voeding gaven vond bijna 20% niet voldoende begeleiding te krijgen.

Begeleiding	1e kind	> 2e kind
voldoende	64%	77%
onvoldoende	27%	14%
	n=95	n=114

Tabel 3.4-24

Relatie tussen het rangnummer van het kind en het vinden (on)voldoende begeleiding te hebben gekregen bij het voeden.

Van de vrouwen, die hun eerste kind kregen vonden bijna twee keer zoveel als van de vrouwen, die hun tweede of volgend kind kregen niet voldoende begeleiding bij het voeden van hun kind te hebben gehad.

Begeleiding	KRAAMBED			
	klinisch	gemengd	polikl.	thuis
voldoende	71%	46%	70%	85%
onvoldoende	20%	36%	19%	13%
	n=70	n=24	n=67	n=48

Tabel 3.4-25

Relatie tussen de aard van het kraambed en het vinden (on)voldoende begeleiding te hebben gekregen bij het voeden.

Met name van de vrouwen, die een gemengd kraambed hadden vond een groot deel niet voldoende begeleiding te hebben gehad bij het voeden van het kind. De vrouwen, die thuis waren bevallen hadden de minste problemen met de begeleiding.

De antwoorden op de vraag 'wat zij dan gemist hebben bij de begeleiding of waar zij deze in tekort zagen schieten', kunnen van de vrouwen die borstvoeding gaven of wilden geven onderscheiden worden in de volgende categorieën:

- Teveel belemmerende regels bij het borstvoeder 14x
- Te weinig aandacht en hulp van het verplegend personeel 14x
- Te weinig stimuleren door de medische zorg van borstvoeding 12x
- Te snel met de fles klaar staan 11x

De antwoorden, die de vrouwen die flesvoeding gaven in de volgende categoriën:

- |  |    |
|--|----|
| - Te veel belemmerende regels bij het flesvoeden                       | 4x |
| - Te weinig of slechte begeleiding                                     | 6x |
| - De bezorgdheid of klachten van de moeder werden niet serieus genomen | 3x |
| - De medische zorg had een negatieve houding t.a.v. flesvoeding        | 3x |

Belemmerende regels werden zowel bij het borst-, als het flesvoeden ervaren; met name met betrekking tot de vaste voedingstijden en de nachtvoeding, die niet gegeven mocht worden, want 'dan verwende je het kind en kreeg je zelf niet genoeg rust'. Het nadeel van de vaste voedingstijden gaf een moeder aan met:

'Als ik mijn kind op de vaste tijden voedde, was hij vaak nog ontzettend slaperig, dus dan dronk hij vreselijk slecht en als hij na een half uur naar bed toe moest was hij klaar wakker en lag hij te brullen. Toen ik me aan zijn ritme had aangepast huilde hij nooit meer en sliep als hij in bed lag'.

Ook te weinig aandacht en begeleiding wordt zowel door moeders die borst-, als die flesvoeding gaven genoemd. 'Tepelkloven worden niet tijdig opgemerkt; als er afgekolfd moet worden, wordt daar niet bij geholpen; als het kind niet goed wil drinken laten ze je in het ziekenhuis maar aanmodderen; onduidelijk hoeveel flesvoeding je moet geven etc.

Als het borstvoeden niet zo best lukte, of als het kind te weinig aankwam werd al in een aantal gevallen gauw als advies gegeven over te gaan op flesvoeding en werd er geen aandacht besteed aan waarom het borstvoeden niet ging zoals het zou moeten en men ging er vanuit dat het met de fles dan wel zou lukken:

'In het ziekenhuis kreeg ik het gevoel dat ik me moest verdedigen ten opzichte van de verpleging en later ten opzichte van de kraamzorg dat ik zelf voedde; het werd eerst eens bekeken van 'als dat maar goed gaat'!  
'Op sommige momenten heb je gewoon onzekerheden en dan moeten ze je daarbij helpen zonder meteen een fles in je handen te duwen'.

In het ziekenhuis krijgen de kinderen als eerste voeding soms al de fles, zonder inspraak van de moeder daarin:

'Ik wilde borstvoeding geven. Ik weet dat de meningen daarover verdeeld zijn, maar ik vond het niet terecht dat ze het kind de fles gaven zonder mijn weten. Het liefst had ik dat ze het met een lepeltje hadden gedaan, want door die fles is hij volgens mij lui geworden.'

Op de vraag 'Kreeg u naar uw gevoel voldoende informatie bij het voeden van het kind antwoorden 73% van de vrouwen bevestigend, 21% ontkennend en de overigen met 'ik weet niet', 'aan de ene kant wel, aan de andere kant niet' en 'geen mening'.

Ook bij deze vraag moet bedacht worden dat naast de te vermelden tekortkomingen vele positieve reacties zijn gegeven, zoals uit het percentage van 73% wel blijkt. In onderstaande tabellen is weer onderscheid gemaakt naar de voeding die gegeven is, -in combinatie met de voorgenomen voeding-, naar het rangnummer van het kind en naar de aard van het kraambed.

Voorgenomen voeding- gegeven voeding.	% vrouwen in onderscheiden groep dat de informatie over de voeding voldoende---onvoldoende vond		
borstv.--borstv.	70%	20%	n=100
borstv.--borstv.+flesv.	77%	22%	n= 9
borstv.--flesv.	70%	28%	n= 32
flesv.--flesv.	78%	19%	n= 64
flesv.--borstv.	100%	-	n= 1

Tabel 3.4-26

Relatie tussen het al dan niet geven van de voorgenomen voeding en het vinden (on)voldoende informatie gehad te hebben daarbij.

Vooraf de vrouwen die in plaats van de voorgenomen borstvoeding flesvoeding moesten geven, vonden dat zij te weinig informatie kregen bij het voeden van hun kind. In alle onderscheiden groepen voert echter tevredenheid over de informatie veruit de boventoon, nl. bij 70-80% van de vrouwen.

Informatie	Rangnummer kind	
	1e kind	> 2e kind
voldoende	74%	72%
onvoldoende	22%	20%
	n=95	n=114

Tabel 3.4-27

Relatie tussen het rangnummer van het kind en het vinden (on)voldoende informatie te hebben gekregen bij het voeden van het kind.

Er blijkt geen verschil te zijn tussen vrouwen, die hun eerste of volgend kind kregen als hen gevraagd wordt of zij voldoende informatie bij het voeden kregen; dit in tegenstelling tot bij de vraag of voldoende begeleiding daarbij was gekregen (tabel 3.4-24).

Informatie	Kraambed			
	klinisch	gemengd	polikl.	thuis
voldoende	76%	60%	75%	73%
onvoldoende	20%	25%	19%	23%
	n=70	n=24	n=67	n=48

Tabel 3.4-28

Relatie tussen de aard van het kraambed en het vinden (on)voldoende informatie te hebben gekregen bij het voeden.

Ook ten aanzien van de aard van het kraambed blijkt weinig onderscheid gemaakt te kunnen worden bij de vraag welke vrouwen (on)voldoende informatie bij het voeden kregen. Onder de vrouwen, die een gemengd kraambed hadden vindt een kleiner percentage dan onder anderen de informatie voldoende, het percentage vrouwen dat deze vraag met onvoldoende beantwoordde echter is maar iets groter dan in de andere groepen. Dit kan verklaard worden met het relatief grote aantal vrouwen in deze groep die 'geen mening' hadden.

De antwoorden op de vraag waarover informatie gemist werd, kunnen van de vrouwen die borstvoeding gaven in de volgende categoriën onderscheiden worden:

Informatie over:

- het proces en de techniek van borstvoeden op zich: Hoe komt de voeding op gang?/Hoe kan je de voeding stimuleren?/Moet je bij één voeding uit één of twee borsten voeden?/Kan je de voeding kwalitatief beter maken, zodat het kind beter groeit? Hoe borstvoeding te combineren met flesvoeding?/Wanneer kan/mag je je kind voor het eerst aanleggen? 14x
- Practische vaardigheden als: dat je kan afkolven /hoe je moet afkolven /hoe een voeding te bewaren. 7x
- hoe je tepelkloven kunt voorkomen. 6x

- Wat je zelf mag/moet eten als je zelf voedt 3x
- het waarom van de regels die gesteld worden bij borstvoeden 3x
- voor-, en nadelen van borstvoeding 3x

De antwoorden die de vrouwen, die flesvoeding gaven, in de volgende categorieën:

Informatie over:

- samenstelling van de verschillende voeding: Wat is het verschil tussen moedermelk en kunstvoeding?/Waarom zijn er zoveel verschillende soorten kunstvoeding?/Welk kind moet welke voeding?/Waarom werd telkens andere voeding gegeven/uitgeprobeerd bij problemen bij het kind (spugen e.d.)? 9x
- alternatieven voor 'gehumaniseerde' melkpoeder 2x
- concentraties, hoeveelheid en duur van de voeding 2x

Uit de antwoorden blijkt dat vrouwen, die borstvoeding gaven vaak onwetend waren over het proces en de techniek van het borstvoeden. Degenen, die de vrouw in de kraamperiode begeleiden en verzorgen, zouden meer attent moeten zijn op het voorkomen van vragen en problemen hierover, omdat om het borstvoeden te laten slagen het nodig is dat de vrouw zich zeker erg rustig voelt.

De volgende opmerkingen illustreren deze noodzaak:

- 'Doordat de hulp me niet vertelde waar het aan lag dat het niet lukte, voelde ik mezelf erg onzeker en begon ik te twijfelen. Als ze meer verteld had over de problemen, die ik had, was dat beter geweest.'
- 'Er werd geen voorlichting gegeven over borstvoeding, dus wat jezelf kan doen om het te bevorderen. Ik heb last gehad van kloven en zo en dat ging thuis pas over. Ze zeiden ook dat ik het kind niet twee borsten mocht geven, dat was verboden, terwijl dat juist beter is. Ik heb gewoon twee borsten gegeven.'
- 'Na drie dagen kreeg ik bloedstuwung in mijn borsten. Na een dag is dat weer weg en toen dacht ik 'mijn voeding is weg', maar het was gewoon de stuwung, die weg was. Dat had ik niet geweten; de kraamhulp had het ook niet in de gaten.'
- 'Ik kreeg niet voldoende informatie over waarom het niet wilde lukken met de borstvoeding. Ik heb er ook niet naar gevraagd, Ik heb dus vooral het 'waarom' gemist. Ik weet eigenlijk nu nog niet waarom die borstvoeding niet op gang is gekomen.... Ik denk dat ik van nature niet genoeg voeding heb gehad.'

Vrouwen, die informatie over flesvoeding hadden gemist, vonden vooral dat er veel te weinig uitleg over de verschillende soorten en merken kunstvoeding gegeven werd. Als er zich problemen bij het voeden voordeden, zoals bv. spugen, gingen ze zelf maar experimenten, want 'iedere baby is anders en in het ziekenhuis geven ze je kind maar wat'. Of zoals enkele vrouwen opmerkten:

- 'Niemand kon me zeggen wat er in de verschillende merken voeding zit voor een voedingsstoffen en wat het beste is voor de baby. De verstrekte informatie is alleen maar algemeen. Als je iets preciezer wilt weten kan niemand het je vertellen.'

'Ze moeten snappen dat niet elk kind hetzelfde is, ze hebben ook heus niet allemaal precies evenveel nodig. Ik weet nu niet welk merk zuur is, welke zoet, welke laxerend en welke stopt. Ze moeten vertellen waarom ze een bepaald soort geven en waarom aan een bepaald kind dat soort.'

Op de vraag 'had u na de bevalling het gevoel dat u tijdens de zwangerschap toch meer informatie had moeten hebben?' antwoordden 22% van de vrouwen bevestigend en 76% ontkennend.

Van de vrouwen, die vonden dat ze meer informatie tijdens de zwangerschap hadden moeten hebben, vond 59% dat te weinig begeleiding en/of informatie bij het voeden was gegeven en 33% van hen vond dat ze toen voldoende begeleiding en informatie had gehad.

In onderstaande tabellen is weer onderscheid gemaakt naar de voeding, die gegeven is-in combinatie met de voorgenoemde voeding-, naar het rangnummer van het kind en naar de aard van het kraambed.

Voorgenomen voeding- gegeven voeding	% vrouwen in onderscheiden groep dat vond dat meer informatie vooraf noodzakelijk---niet noodzakelijk is.		
borstv.--borstv.	25%	72%	n=100
borstv.--borstv.+flesv.	22%	78%	n= 9
borstv.--flesv.	28%	69%	n= 32
flesv.--flesv.	16%	84%	n= 64
flesv.--borstv.	-	100%	n= 1

Tabel 3.4-29

Relatie tussen het al dan niet geven van de voorgenomen voeding en het al dan niet noodzakelijk vinden meer informatie vooraf te krijgen.

Vooraf vrouwen, die borstvoeding gaven of hadden willen geven, hadden het gevoel dat zij toch meer informatie tijdens de zwangerschap over het voeden hadden moeten hebben.



informatie vooraf:	Rangnummer kind	
	1e kind	≥ 2e kind
nodig	23%	21%
niet nodig	75%	76%
	n=95	n=114

Tabel 3.4-30

Relatie tussen het rangnummer van het kind en het al dan niet nodig vinden meer informatie vooraf te krijgen.

Er blijkt geen verschil te zijn tussen vrouwen, die hun eerste of volgend kind kregen als hen gevraagd werd of zij het gevoel hadden dat zij toch meer informatie vooraf hadden moeten hebben.

Informatie vooraf	Kraambed			
	Klinisch	gemengd	polikl.	thuis
nodig	19%	25%	20%	27%
niet nodig	77%	33%	77%	73%
	n=70	n=24%	n=67%	n=48

Tabel 3.4-31

Relatie tussen het aard van het kraambed en het al dan niet nodig vinden meer informatie vooraf te krijgen.

Ook ten aanzien van de aard van het kraambed kan weinig onderscheid gemaakt worden. Van de vrouwen, waarvan de bevalling thuis plaats vond, is het percentage dat meer informatie vooraf nodig vindt het grootst.

De antwoorden op de vraag waarover meer informatie vooraf nodig is kunnen in genoeg dezelfde categorieën onderscheiden worden als die op de vraag welke informatie tijdens het voeden gemist werd. Veel van deze informatie zou dus al voor de bevalling gegeven moeten worden want:

'Als de voeding tevoren ter sprake komt en niet als de bevalling al achter de rug is, laat je de keuze niet aan het moment over; anders is de kans groot dat je een niet wel overwogen beslissing neemt.'

'Ik vind dat je tevoren meer moet weten over wat er met borstvoeding allemaal mis kan gaan en hoe de voeding op gang komt. Na drie weken had ik kloven en dacht ik: barst'; maar het zal zeker een rol meegespeeld hebben dat ik het niet wist, want dan stop je er psychisch gezien toch wel makkelijker mee. Het zou fijn zijn als de begeleiding daar uit zich zelf mee zou komen.

'Ze moeten in de zwangerschap vertellen wat voor een soorten kunstvoeding er zijn en waarvoor. Ze moeten ook vertellen over verdunningen; als je dat na de bevalling allemaal moet horen en regelen wordt je helemaal zo zenuwachtig.'

#### 3.4.6.4. Beschouwing en conclusies

De voeding, die aan het kind gegeven zal worden blijkt voor veel moeders een belangrijke zaak; 99% van hen zegt al tijdens de zwangerschap besloten te hebben welke voeding gegeven zou worden. Het merendeel (73%) van hen praatte ook over de voeding tijdens de zwangerschap met de zwangerschapsbegeleiding, met de overige medische zorg of met familie en vriendinnen.

Vrouwen onder begeleiding van een gynaecoloog echter spraken minder met hem (24%) over de te geven voeding dan degenen, die door een huisarts of vroedvrouw begeleid werden (respectievelijk 51% en 58%).

Borstvoeding wilde 68% van de vrouwen geven, flesvoeding 31%.

Op de 10e dag van de kraamperiode echter gaf 50% van de vrouwen volledig borstvoeding, 4% borstvoeding in combinatie met flesvoeding en 46% flesvoeding.

Swaak (1979) bestudeerde gegevens van consultatiebureau's in Noord-Brabant over de voeding van kinderen, ingeschreven in de maanden februari en maart 1977. Van de kinderen, die één week oud waren, kreeg 38% borstvoeding, 3% gemengd en 59% kunstvoeding (n=1049). In hoeverre de gegevens van Wageningen vergelijkbaar zijn met die van Noord-Brabant is natuurlijk de vraag, maar vergelijking van deze ondersteunt de ook landelijk gesignaleerde stijging van het geven van borstvoeding. (Geneeskundige hoofdinspectie 1977, 1978).

Moeders, die hun eerste kind kregen, besloten vaker (75%) tot borstvoeding dan zij, die hun tweede of volgend kind kregen (62%).

Op de 10e dag van de kraamperiode gaf 51% van de moeders, die hun eerste kind kregen en 47% van de moeders, die hun tweede of volgend kind kregen volledig borstvoeding.

Op de keuze van welke voeding het kind gegeven zal worden lijkt geen onderscheid naar de invloed van degene die de zwangerschap begeleidt, gemaakt te kunnen worden. Daarentegen is het percentage vrouwen dat op de 10e dag van de kraam-

periode borstvoeding geeft aanmerkelijk lager (33%) onder de vrouwen, die door een gynaecoloog begeleid werden dan onder hen, die door de huisarts of vroedvrouw begeleid werden (respectievelijk 56% en 51%). Naast een mogelijke invloed van de begeleiding van de gynaecoloog op zich, -met hem spraken veel minder vrouwen over de te geven voeding dan met de huisarts of vroedvrouw- spelen waarschijnlijk ook het medisch karakter van bevalling en kraambed en het doorbrengen van het kraambed in een ziekenhuis een rol. Naarmate bevalling en kraambed een meer klinisch karakter krijgen neemt de kans dat het geven van borstvoeding lukt af; bij een bevalling en kraambed thuis is deze 94% en bij een klinische bevalling en kraambed nog maar 53%.

Als belangrijkste redenen voor het geven van andere dan de voorgenomen voeding (bij allen op één na flesvoeding i.p.v. borstvoeding) gaf 22% van de vrouwen 'medische beperkingen', 22% 'eigen keuze' en 80% 'lukt niet, want...' op. Het mislukken van het borstvoeden kwam doordat er zich problemen bij het kind voordeden. -het wilde of kon niet zuigen-, doordat er tepelkloven, borstontsteking of andere moeilijkheden met tepels of borsten waren, doordat de voeding niet op gang wilde komen of niet voldoende was of door onjuiste begeleiding van de medische zorg, die te snel met de fles klaar stond of te laat het kind liet aanleggen.

In een onderzoek vermeld in het Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg werd in 1977 aan 49 moeders 6 weken na de bevalling gevraagd of er zich problemen bij het borstvoeden hadden voorgedaan en welke deze dan waren. Van deze moeders had 80% problemen ondervonden, waarvan 'te weinig melk' de belangrijkste was; deze werd door 50% van alle vrouwen genoemd. Als tweede werd' problemen met tepels of borsten 'genoemd, nl. door 20% van de vrouwen. Als mogelijke oorzaak van deze problemen wordt aan een samengaan van verscheidene factoren in de omgeving en bij de moeder gedacht, namelijk aan onvoldoende voorbereiding op het geven van borstvoeding, onvoldoende ervaring bij zichzelf en bij familieleden en vriendinnen met het voeden aan de borst, onvoldoende hulpverlening bij talrijke kleinere en grotere problemen die zich kunnen voordoen, aan een reeks belemmeringen die door de hulpverlening aan een natuurlijke borstvoeding in de weg worden gelegd, aan onzekerheid bij de moeders over de wenselijkheid van borstvoeding, aan de invloed van reclame, angst voor complicaties en aan bezorgdheid over het eigen figuur.

Deze factoren spelen ook zeker in de kraamperiode, zoals ook is gebleken uit de antwoorden op de vragen naar welke begeleiding en informatie bij het voeden gemist is en naar welke informatie over het voeden al tijdens de zwangerschap wenselijk is.

Overigens ondervinden niet alleen de vrouwen die borstvoeding geven problemen; als flesvoeding gegeven wordt spelen ook vele van bovengenoemde factoren, zoals onvoldoende ervaring en begeleiding een rol.

Op de vraag of voldoende begeleiding van de medische zorg gekregen is bij het voeden antwoordden 71% van de vrouwen bevestigend en 20% ontkennend. Van de vrouwen die flesvoeding in plaats van borstvoeding gaven vond 31% dat er te weinig begeleiding was gegeven en van degenen, die wel de voorgenomen borst- of flesvoeding hebben gegeven, antwoordden respectievelijk 18 en 19% ontkennend.

Ook bleek onderscheid naar het rangnummer van het kind gemaakt te kunnen worden: van de vrouwen die hun eerste kind kregen vonden bijna twee keer zoveel als van de vrouwen, die hun tweede of volgend kind kregen dat de begeleiding onvoldoende was (respectievelijk 27% en 14%).

Als de bevalling en het kraambed thuis plaatsvonden traden naar verhouding de minste problemen met de begeleiding op.

Vrouwen die vonden dat de begeleiding onvoldoende was, vonden deze met name tekortschieten ten aanzien van aandacht en hulp bij zowel borst-, als flesvoeden en misten een positieve en stimulerende houding ten aanzien van borstvoeden bij de hulpverlening. Ook belemmerende regels werden zowel bij borst-, als flesvoeden ervaren met name met betrekking tot de vaste voedingstijden en de nachtvoeding.

Op de vraag of voldoende informatie bij het voeden gekregen was, antwoordden 73% van de vrouwen bevestigend en 21% ontkennend; 28% van de vrouwen, die flesvoeding in plaats van de voorgenomen borstvoeding gaven vonden de gegeven informatie onvoldoende en van degenen, die wel de voorgenomen borst-, of flesvoeding gaven respectievelijk 20 en 19%.

Ten aanzien van het rangnummer van het kind en van de aard van het kraambed kan weinig onderscheid gemaakt worden bij de vraag welke vrouwen onvoldoende informatie kregen.

Door vrouwen die borstvoeding gaven werd vooral informatie gemist over het proces en de techniek van borstvoeden, over praktische vaardigheden hierbij en over het voorkomen van tepelkloven.

Degenen, die flesvoeding gaven hebben met name informatie gemist over de samenstelling van de verschillende soorten kunstvoeding.

Meer informatie tijdens de zwangerschap over de voeding van het kind vond 22% van de vrouwen wenselijk; 76% had voldoende informatie vooraf gehad. Vooral vrouwen die borstvoeding gaven of hadden willen geven hadden het gevoel dat zij toch meer informatie tijdens de zwangerschap over de voeding hadden moeten krijgen.

Ook bij deze vraag bleek geen onderscheid gemaakt te kunnen worden ten aanzien van het rangnummer van het kind en de aard van het kraambed.

De informatie, die al tijdens de zwangerschap gegeven zou moeten worden bleek nagenoeg dezelfde te zijn als die in de kraamperiode gemist werd.

Concluderend kan gezegd worden dat het overgrote merendeel van de vrouwen tevreden is over de hulpverlening ten aanzien van begeleiding en informatie bij het voeden van het kind. Dat deze echter niet geheel optimaal is, blijkt uit de opmerkingen van een aantal vrouwen, die vonden dat de hulpverlening hierin tekort is geschoten. Bij veel van de vrouwen, die andere dan de voorgenomen voeding hebben gegeven, en ook bij de andere moeders hadden de problemen voor een aanzienlijk deel voorkomen kunnen worden door te zorgen dat zij beter voorbereid waren op het voeden en zich mede daardoor zekerder zouden voelen en in staat om zelf problemen op te lossen. Tijdens de zwangerschap zou dus meer aandacht besteed moeten worden aan de voeding die gegeven zal worden. Hierbij is te denken aan o.a. het uitreiken van goed voorlichtingsmateriaal over de voeding, zoals die bijvoorbeeld door de vereniging 'Borstvoeding Natuurlijk' uitgegeven wordt, door vroedvrouw, huisarts en gynaecoloog!

De keuze van de moeder moet gerespecteerd worden; zij hoeft zich niet schuldig te voelen als zij voor flesvoeding besluit en zij hoeft ook niet het gevoel te krijgen dat zij maar eens moet bewijzen dat zij borstvoeding kán geven. Zij is in eerste instantie verantwoordelijk voor de voeding van haar kind en de medische zorg moet er vertrouwen in hebben dat zij deze verantwoordelijkheid kan dragen.

Tot slot is een stimulerende, ondersteunende houding van de hulpverlening bij het voeden noodzaak; van het grootste belang hierbij is dat die hulpverlening op de hoogte is van alle problemen en gevoelens die zich bij het voeden kunnen voordoen. Enkele moeders gaven als suggestie om in het ziekenhuis iemand speciaal -het liefst een moeder die zelf gevoed heeft- de taak te geven de vrouwen bij het voeden te helpen.

### 3.4.7 Wijkverpleging

In dit gedeelte van het vraaggesprek is de vrouwen gevraagd of er voor en/of na de bevalling een wijkverpleegster op bezoek is geweest. En indien zij is geweest of het haar duidelijk was wat het doel van dat bezoek was en of zij een dergelijk bezoek zinvol achtten.

#### 3.4.7.1 Bezoek voor de bevalling

Bij 35% van de zwangeren is een wijkverpleegster op bezoek geweest, bij het merendeel van hen (83%) eenmalig en in de tweede helft van de zwangerschap. Bij het brennen van deze bezoeken werd aan vrouwen die voor de eerste keer in verwachting waren prioriteit verleend, van hen ontving 42% bezoek tegen 28% van de vrouwen, die een tweede of volgend kind verwachtten.

Om bezoek af te kunnen leggen moet de wijkverpleging de namen en adressen van de zwangere vrouwen weten; deze krijgt zij van het kraamcentrum, nl. van de vrouwen die zich daar voor kraamhulp hebben opgegeven, en in principe vanuit het ziekenhuis van vrouwen die daar het kraambed door zullen brengen. Deze laatsten worden echter vaak niet doorgegeven. Bij vergelijking van de groepen vrouwen die van elkaar verschillen t.a.v. zwangerschapsbegeleiding blijkt dan ook dat van de vrouwen, die tijdens de zwangerschap door een gynaecoloog werden begeleid en/of zich niet bij het kraamcentrum hadden aangemeld een veel geringer percentage bezoek kreeg van een wijkverpleegster dan bij de andere groepen. Zie tabel 3.4-32\*.

wijkverpleegster langs geweest	zwangerschapsbegeleiding			aanmelding kraamcentrum	
	huisarts	vroedvrouw	gyn.	ja	nee
ja	42%	40%	13%	41%	8%
nee	55%	56%	82%	55%	88%
	n=55	n=109	n=45	n=169	n=40

Tabel 3.4-32 Relatie tussen wel/geen bezoek van de wijkverpleegster en de zwangerschapsbegeleiding resp. het al dan niet aanmelden bij het kraamcentrum.

\* In deze gehele paragraaf zijn de restpercentages van vragen die niet gesteld zijn en dus onbekend waren en van vragen, die met 'ik weet niet' of 'geen mening' waren beantwoord voor de overzichtelijkheid weggelaten.

- Voor 96% van deze vrouwen (n=72) was het duidelijk waarvoor de wijkverpleegster kwam.
- 45% noemde 'contrôle aanwezige benodigdheden'
  - 40% noemde 'kennismaking'
  - 22% noemde 'begeleiding: de wijkverpleegster kwam kijken hoe het ging en of er nog problemen waren'
  - 20% noemde 'informatie geven over de a.s. oudercursus'
  - 13% noemde 'de wijkverpleegster gaf haar telefoonnummer voor als er zich problemen voordoen'
  - 9% noemde 'andere redenen'.

Bij deze percentages moet bedacht worden dat één vrouw meerdere redenen kon opgeven.

Op de vraag of dit bezoek zinnig werd gevonden antwoordden in totaal 49% van deze vrouwen bevestigend en 45% ontkennend.

Vrouwen in verwachting van hun eerste kind vonden in het algemeen dit bezoek zinvoller dan vrouwen in verwachting van hun tweede of volgend kind. (zie tabel 2)

T.a.v. de relatie zwangerschapsbegeleiding en het al dan niet zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster is moeilijker wat te zeggen: het aantal vrouwen dat door een gynaecoloog begeleid is en bezoek van een wijkverpleegster heeft gehad is te klein om te kunnen zeggen dat zij meer behoefte aan zo'n bezoek hebben dan andere vrouwen, wat de verschillende percentages suggereren. Vrouwen begeleid door de huisarts lijken het bezoek van de wijkverpleegster zinvoller te vinden en dus misschien meer nodig te hebben dan degenen begeleid door de vroedvrouw. (zie tabel 3.4-33)

Bezoek wijkverpleegster voor de bevalling zinnig?	Bezoek gekregen en in verwachting van:		Bezoek gekregen en begeleid door:		
	1 <sup>e</sup> kind	> 2 <sup>e</sup> kind	huisarts	vr.vrouw	gyn.
ja	55%	40%	52%	44%	66%
nee	38%	53%	38%	49%	33%
	n=40	n=32	n=23	n=43	n=6

Tabel 3.4-33 Relatie tussen het wel/niet zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster en

1. Het rangnummer van het kind dat op komst is.
2. De zwangerschapsbegeleiding.

De belangrijkste redenen die de vrouwen opgaven voor het zinnig vinden van dit bezoek zijn:

- Je weet dan wie de wijkverpleegster is 8x
- Je kan haar dan vragen stellen en/of bellen 7x
- De wijkverpleegster geeft je informatie die je kunt gebruiken 5x

De belangrijkste redenen die de vrouwen aangaven voor het niet zinnig vinden van dit bezoek zijn:

- Bij een tweede/latere zwangerschap weet je alles wel 7x
- Niet nodig dat de wijkverpleegster de spullen voor de bevalling controleert 11x
- De vrouw voelde zich ter verantwoording geroepen, 'zij kan haar eigen boontjes wel doppen'. 4x

In de volgende tabel is de relatie gelegd tussen het al dan niet zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster en de door de vrouw geziene reden van dit bezoek.

Reden bezoek van wijkverpleegster	Kennis-making	Contrôle	Begeleiding	Informatie oudercursus	Telefoon-nummer
Bezoek zinnig?					
ja	80%	42%	38%	71%	55%
nee	14%	51%	62%	29%	45%
	n=28	n=31	n=16	n=14	n=9

Tabel 3.4-34 Relatie tussen het wel/niet zinvol vinden van bezoek wijkverpleegster en de door de vrouw geziene reden van dit bezoek.

Uit de redenen die de vrouwen aangeven voor het al dan niet zinnig vinden en uit de tabel blijkt dat een bezoek op prijs wordt gesteld als de wijkverpleegster kennis komt maken, aan de vrouw dan aangeeft over de zorg die door de wijkverpleging verleend wordt, zoals de a.s. oudercursus. Zodra de wijkverpleegster overkomt als iemand die komt kijken of alles hier wel goed gaat en in orde is of zodra de moeder zelf uit ervaring de meeste dingen wel weet, wordt haar bezoek niet zinvol gevonden.



### 3.4.7.2 Bezoek na de bevalling

Na de bevalling kreeg 97% van de vrouwen bezoek van de wijkverpleegster; 37% van hen één keer, 28% van hen twee keer en de overigen drie keer. In het totaal bracht de wijkverpleging 431 bezoeken bij 197 vrouwen, dit is per vrouw gemiddeld 2,2 bezoeken.

Deze bezoeken werden voornamelijk (87%) na de 10<sup>e</sup> dag van de kraamperiode gebracht, dus als de kraamverzorgster al weg was of de vrouw terug uit het ziekenhuis.

De wijkverpleging wordt door de gemeente op de hoogte gebracht van alle geboortes; er vallen dus geen bepaalde groepen uit die minder bezoek van de wijkverpleging zouden kunnen krijgen.

Voor 98% van de vrouwen (n=197) was duidelijk waarvoor de wijkverpleegster kwam:

65% noemde 'contrôle kind'

28% noemde 'kennismaking'

80% noemde 'informatie geven over het consultatiebureau'

36% noemde 'begeleiding: de wijkverpleegster kwam kijken hoe het ging en of er nog problemen waren'

20% noemde 'er waren problemen met het kind (voeding, naveltje), of met de moeder (tepelkloven, borstontsteking)'

13% noemde 'om te vertellen dat je altijd kan bellen als er iets is'

8% noemde 'om formulieren in te vullen'

11% noemde 'andere redenen'.

(Een vrouw kon dus meerdere redenen aangeven)

Van deze vrouwen vond 71% het bezoek zinvol en 19% niet. De overigen hadden geen mening of is hun mening niet gevraagd.

In de volgende tabel is verband gelegd tussen het aantal kinderen en het zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster.

Van de vrouwen die hun eerste kind kregen vindt een groter percentage het bezoek van de wijkverpleegster na de bevalling zinvol, dan vrouwen die hun tweede of volgende kind kregen; het verschil is echter gering (75% tegen 68%).

Bezoek zinvol?	aantal kinderen	
	1 kind	> 2 kinderen
ja	75%	68%
nee	17%	21%
	n=95	n=114

Tabel 3.4-35 Relatie tussen het al dan niet zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster en het aantal kinderen.

De belangrijkste redenen die genoemd werden voor het zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster zijn:

- Begeleiding bij problemen met het kind (voeding, naveltje) 41x
- Fijn dat er iemand is die je kan bellen 37x
- Ondersteuning en begeleiding bij de zorg voor het kind 31x
- De informatie over het consultatiebureau is belangrijk, je weet de weg dan 27x
- De wijkverpleegster kan je allerlei vragen stellen 27x

De belangrijkste redenen (n=40) die genoemd werden voor het niet zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster zijn:

- De wijkverpleegster is betuttelend.
- Bij een tweede of volgend kind heb je die begeleiding niet nodig.
- De wijkverpleegster gaf naar het idee van de vrouw onjuiste of onvolledige adviezen.
- Geen zin hebben om met de persoon van de wijkverpleegster over de bevalling en/of je problemen te praten.

In de volgende tabel is de relatie gelegd tussen het al dan niet zinvol vinden van het bezoek van de wijkverpleegster en de door de vrouw geziene reden van dit bezoek.

Reden bezoek van wijkverpleegster

Bezoek zinnig:	contrôle kind	kennis- making	info cons. bureau	begelei- ding	tel.nr.	problemen met kind	formu- lieren
ja	80%	81%	77%	82%	100%	95%	75%
nee	15%	11%	20%	16%	-	5%	25%
	n=128	n=54	n=157	n=72	n=25	n=39	n=16

Tabel 3.4-36 Relatie tussen het wel/niet zinnig vinden van het bezoek van de wijkverpleegster na de bevalling en de door de vrouw geziene redenen van dit bezoek.

Uit de tabel en uit de genoemde redenen voor het al dan niet zinvol vinden, blijkt dat het merendeel van de vrouwen één of meerdere bezoeken van de wijkverpleegster op prijs stelt; vooral als er zich problemen voordoen of als de vrouw zich wat onzeker voelt kan de wijkverpleegster haar vaak de nodige hulp en steun bieden. De vrouwen die dergelijk bezoek niet zinvol vinden kunnen vaak niet met de persoon en houding van de wijkverpleegster overweg; zij is voor hen niet de aangewezen persoon om hun vragen mee te bespreken.

In de volgende tabel is verband gelegd tussen de plaats van het kraambed en dus de begeleiding die direct na de bevalling gekregen is en het al dan niet zinvol vinden van een bezoek van de wijkverpleegster na de bevalling.

Bezoek zinnig?	Aard van het kraambed*			
	thuis	polikl.	gemengd	klinisch
ja	65%	67%	70%	80%
nee	21%	27%	16%	11%
	n=48	n=67	n=24	n=70

Tabel 3.4-37 Relatie tussen het al dan niet zinvol vinden van bezoek(en) van de wijkverpleegster na de bevalling en de aard van het kraambed.

Uit deze tabel blijkt dat van de vrouwen die een klinisch kraambed hebben gehad een groter percentage bezoek van de wijkverpleegster zinvol vindt dan van degenen die het kraambed grotendeels thuis hebben doorgebracht.

\* Een poliklinisch kraambed is in feite het kraambed thuis, maar de eerste 5-24 uur worden in het ziekenhuis doorgebracht; bij een gemengd kraambed zijn de eerste 24-48 uur in het ziekenhuis doorgebracht.

### 3.4.7.3 Nabeschuwing

In de volgende tabel zijn enige cijfers van de bezoeken voor en na de bevalling naast elkaar gezet.

	voor de bevalling	na de bevalling
bezoek gebracht bij % vrouwen	35%	97%
gemiddeld aantal bezoeken binnen die groep	1,3	2,2
zinnig geacht door	49%	71%
duidelijk waarvoor wijk- verpleegster kwam bij	96%	98%

Tabel 3.4-38 Vergelijking van enige cijfers van de bezoeken voor en na de bevalling.

Opmerkelijk is het verschil tussen de percentages vrouwen die voor resp. na de bevalling bezoek krijgen van de wijkverpleging (resp. 35% en 97%). Dit verschil gaat samen met een verschil in waardering van deze bezoeken (resp. 49% en 71%).

Geeft de 35% van de vrouwen waar vóór de bevalling bezoek wordt afgelegd een aanwijzing dat deze bezoeken voor de wijkverpleging waarschijnlijk te belastend zijn en/of valt het nut ervan voor hen in de schaduw bij dat van de andere taken van de wijkverpleging?

Door de vrouwen wordt vaak aan dit bezoek van de wijkverpleging een controlerende functie toegeschreven, die door de helft van hen niet gewaardeerd wordt. De wijkverpleging zelf ziet als doel van het prenatale bezoek: de zwangere vrouw kennis laten maken met de wijkverpleegster en de zorg die de wijkverpleging haar kan bieden, vragen beantwoorden en praten over de zwangerschap, babykuitzet e.d. en haar de nodige informatie geven over bijvoorbeeld de a.s. oudercursus. Vrouwen bij wie dit doel zo overkwam vonden dit bezoek zinnvoller dan zij die er een controlerende functie in zagen.

Veel hangt ook af van de houding van de wijkverpleegster tijdens zo'n bezoek. Als zij overkomt als iemand die alles beter weet en vertelt hoe het anders moet, maakt zij daarmee de vrouw onzeker, die dan al gauw haar vragen en problemen voor zich houdt.

De wijkverpleging zou zich moeten beraden over het doel en inhoud van deze bezoeken. Daarbij moet dan niet vergeten worden dat 50% van de vrouwen die prenataal bezoek kregen dit wél zinvol vonden en dat er onder de 65% die geen bezoek kregen er ook zeker vrouwen waren die behoefte aan een dergelijk bezoek hadden; zoals enkele vrouwen die door een gynaecoloog waren begeleid zeiden: 'Je bent wel bij een specialist, maar daarom weet je nog niet alles' en 'Op het spreekuur bij de gynaecoloog zitten nog zoveel vrouwen, je praat daar niet zoveel'.

Misschien is in eerste instantie een brief doeltreffender, waarin informatie over het werk van de wijkverpleging, over de a.s. oudercursus e.d. gegeven wordt en waarin de vrouw met nadruk gezegd wordt dat ze altijd contact met de wijkverpleegster kan opnemen en/of haar kan vragen langs te komen. Dan kunnen de prenatale bezoeken- die de wijkverpleging misschien beperkt kan brengen- gebracht worden aan vrouwen, die dat werkelijk nodig hebben.

De bezoeken na de bevalling wordt door een veel groter percentage van de vrouwen gewaardeerd. Zij bevinden zich dan ook in een situatie die veel nieuwe vragen en problemen met zich meebrengt. De eerste 8-10 dagen werden zij overal in begeleid en geholpen maar daarna staan ze er alleen voor. De wijkverpleegster die dan langskomt kan hen vaak over de moeilijke punten heenhelpen.

Vooraf door vrouwen die enkele dagen of hun gehele kraambed in het ziekenhuis hebben doorgebracht, vinden een bezoek van de wijkverpleegster zinvol.

### 3.5 BELEVINGSASPECTEN VAN HET (AANSTAANDE) MOEDERSCHAP

Alvorens in te gaan op de bevindingen met betrekking tot de beleving van zwangerschap en moederschap door de vrouw, zullen we eerst duidelijk maken, waarom we deze aspecten zo belangrijk vinden zodat ze een apart onderdeel van dit verslag uitmaken.

We hebben een tijdlang geworsteld met de begrippen 'ervaring' en 'beleving' van zwangerschap, bevalling en kraambed. Onder andere een gesprek met sociologe Joanneke van Huis, hielp ons om tot een nadere omschrijving van deze begrippen te kunnen komen:

Onder ervaring van de zorg verstaan we de door de vrouw onderkende en benoemde gedachten/gevoelens die ze heeft van de zorg waarmee ze tijdens haar zwangerschap, bevalling en kraambed in aanraking komt. Het gaat hierbij om feitelijkheden als bijvoorbeeld het gebruik van een zoutarm dieet tijdens de zwangerschap, de controles door haar vroedvrouw, het inknippen tijdens de bevalling etc.

Onder de beleving vallen, naast de benoemde -, ook de onbenoemde gevoelens die deel uitmaken van de emotionele gesteldheid, gemoedstoestand en ideologie van de vrouw ten aanzien van zwangerschap, bevalling en kraambed.

Joanneke maakte daarbij de volgende symbolische vergelijking: de beleving zou je kunnen zien als een perzisch tapijt, en het meubilair op dat tapijt vormen de feitelijke onderdelen van de zorg waarmee de vrouw in aanraking komt; m.a.w. de beleving vormt de context waarbinnen de ervaringen van de vrouw met de zorg zich afspelen. Ervaring en beleving zijn ook niet van elkaar te scheiden, ze vormen samen één geheel (het aanzien van de kamer met het tapijt en het meubilair).

We hebben ons in eerste instantie gericht op de ervaring van de vrouwen op bepaalde punten van de zorg. Deze inventarisatie van wat er feitelijk gebeurd is met 209 vrouwen, vormt de harde body van het onderzoek; deze aspecten zijn immers te kwantificeren. Door deze harde feiten heen, speelt onvermijdelijk ook een gedeelte van de beleving van de vrouw.

We voorzagen dat het opnemen van de beleving in het onderzoek, zou kunnen leiden tot een ondoorzichtige brei van informatie, waar we -door gebrek aan tijd, kennis, mogelijkheden en deskundigheid- niets mee konden beginnen. Omgekeerd voorzagen we dat door het niet opnemen van de beleving, het geheel waarschijnlijk aan duidelijkheid zou winnen.

Wanneer men in de -vaak minder recente- literatuur gaat bladeren bij het thema 'de gemoedstoestand van de zwangere en de kraamvrouw', krijgt men de indruk dat

deze vrouwen beschouwd worden als een bijzondere categorie, als wezens met aparte eigenaardigheden: haar lichaam, haar psyche, haar positie en rol, haar problematiek. Zo vermeldt b.v. Pannekoek en 1963 in zijn 'leerboek voor de kraamzorg': 'Het ge- moedsleven (de psyche) speelt bij talloze zwangerschapsverschijnselen een grote rol. Over het algemeen is een zwangere prikkelbaarder dan normaal. Zij zal ook gemakke- lijker over allerlei kleinigheden in tranen uitbarsten en zich zorgen maken over allerlei dingen, zonder dat daar een redelijke aanleiding voor is. We moeten hierbij de juiste middenweg trachten te bewandelen; aan de ene kant moeten wij begrip tonen voor haar toestand, maar we moeten er tegelijkertijd voor waken om té bezorgd en sentimenteel te doen, terwijl we ook niet overmatig hard moeten zijn (...). Dit geldt nog in sterkere mate voor de kraamvrouw. Ook hier kunnen overmatige vrolijk- heid en diepe neerslachtigheid gemakkelijk in elkaar over gaan. Rust en tact zijn een eerste vereiste bij de verpleging van kraamvrouwen'.

Onze kritiek op dergelijke benaderingen komt er in hoofdzaak op neer dat de dage- lijke leefsituatie van zwangere vrouwen en moeders wordt misverstaan. Slechts de -vaak- gevoelsmatige uitingen van de vrouw worden -indien deze anders zijn dan over het algemeen wordt verwacht- als problematisch ervaren, maar naar de achter- gronden die mogelijk aan de beleving van zwangerschap en moederschap ten grond- slag liggen, wordt niet gekeken of het bestaan van enige achtergronden, zoals door Pannekoek, wordt eenvoudig ontkent.

Zo heeft men in de medische wetenschap dan wel een aantal jaren geleden het 'huis- vrouwensyndroom' uitgevonden -hiermee wordt bedoeld op fobieën, depressies en vage klachten waarmee vooral vrouwen bij de dokter komen-, maar naar de maat- schappelijke oorzaken wordt nauwelijks gekeken. Zo is bijvoorbeeld over het dikte- probleem -de helft van alle huisvrouwen vindt zichzelf te dik- medisch weinig of niets bekend. Datzelfde geldt voor wat vrouwen, in relatie tot hun positie in de maatschappij, zelf van het moederschap vinden; daarover hebben we niets kunnen vinden.

Er komt -voornamelijk uit de hoek van de vrouwenbeweging- steeds meer verzet tegen deze gang van zaken, ook binnen de wetenschapsbeoefening. Zo wordt in de 'paarse nota' vermeld (Bleichen de Vries, 1977): 'Het opsporen en discutabel stellen van vooroordelen over vrouwen, het betrekken van vrouwen in het onderzoek in het alge- meen, het onderzoeken van probleemgebieden die specifieke betekenis voor vrouwen hebben, kan en moet leiden tot vergroting en kwalitatieve vooruitgang van onze kennis van de sociale werkelijkheid. Het verdwijnen van impliciete aannamen over vrouw en maatschappij zal het effect hebben dat het scheefgetrokken bouwwerk dat wetenschap nu is, enigszins wordt rechtgezet'.

Met voorgaande kleine uitwijding wordt niet gepoogd te zeggen het in dit verslag besproken onderzoek richting geeft aan het antwoord op de vraag wat vrouwen zelf van het moederschap vinden. We hebben van tevoren gezegd dat dat niet op ons terrein lag.

Uitgaande echter van de vooronderstelling dat kennis over de sociale werkelijkheid van de (aanstaande) moeder een positief effect zal hebben op het verdwijnen van onterechte (impliciete) aannamen over zwangerschap en moederschap, willen we hiermee wel het volgende zeggen: zolang er geen juiste analyse over de sociale werkelijkheid van de (aanstaande) moeder voorhanden is, is het harde noodzaak om het gangbare onderzoek juist op deze aspecten voor mogelijk aan te vullen en te bekritisieren, om teneinde gevestigde opvattingen en bestaande gebruiken -die de werkelijkheid verkeerd benaderen- los te breken. Daarom menen we ook deze gegevens te moeten vermelden: het levert immers weer een -zij het heel kleine- bijdrage aan de broodnodige beeldvorming van de vrouw als (aanstaande) moeder.

De gehanteerde methode van onderzoek (namelijk de nadruk op de persoonlijke ervaring van de vrouwen, i.t.t. groepsvergelijking en kwantitatieve analyses), heeft gegevens m.b.t. de beleving van het (aanstaande) moederschap niet uitgesloten; met name de open vragen maar nog meer de spontane reacties van de vrouwen tijdens het gesprek hebben deze informatie opgeleverd.

Juist door het open vraag karakter van het interview echter, mogen uit de spontane reacties van de vrouwen maar weinig conclusies getrokken worden. Zonder verdere kennis van de maatschappelijke achtergronden van de betrokken vrouwen, is het onmogelijk om deze informatie te analyseren.

Ook de gevoelswereld, van waaruit de vrouw spreekt, speelt een belangrijke rol. Voor de ene vrouw kan het (aanstaand) moederschap haar een bepaald gevoel geven van 'roze wolken en blauwe lintje' of 'liefde op het eerste gezicht tussen moeder en kind', maar voor andere vrouwen is die gevoelswereld helemaal niet zo roze en beschouwt de vrouw deze tijd als een natuurlijk fase in haar leven.

Deze beschouwing is dan ook meer van journalistiek-literaire aard, dan dat zij pogt een beeld te geven van het 'moeder- zijn of worden'. We veronderstellen dat de spontane reacties -hoewel essentieel- in het merendeel van vrouwen komen die hun positie als problematisch ervaren, waardoor het onjuist zou zijn om hier een algemeen beeld aan op te hangen.

Veel van de hierna besproken, geuite kritiek op de zorg rondom zwangerschap en bevalling is terug te voeren op onvoldoende emotionele ondersteuning en voor-



bereiding tijdens de zwangerschap op de periode na de bevalling. Wanneer alle grote en kleine opmerkingen hieromtrent bij elkaar worden gevoegd, heeft een kwart van alle vrouwen zich hierover spontaan uitgelaten; dit wijst erop dat dit als een hiaat in het totaal van de maatschappelijke verloskundige zorgverlening wordt ervaren.

Bedoelde reacties van de moeders (m.n. van moeders die hun eerste kind hebben gekregen) komen vaak voort uit het feit dat het moederschap door haar anders wordt ervaren dan het beeld dat ze zich hierover tijdens de zwangerschap gevormd heeft. Het rapport 'Voorlichting tijdens zwangerschap en opvoeding' (Tilanus, 1977) zegt hierover: 'Tijdens de zwangerschap worden allerlei normatieve verwachtingen uit haar omgeving door de vrouw geïntegreerd in het ideaal dat zij zichzelf stelt van het moederschap. In dat ideaalbeeld anticipeert zij op de toekomst en op haar toekomstig gedrag. Een probleem wordt het echter als het ideaal waarmee ze zich identificeert, in feite onhaalbaar blijkt te zijn. De moeder komt dan gemakkelijk in een conflictsituatie, een conflict tussen haar feitelijke mogelijkheden en de normen van de gemeenschap, tussen haar zelfbeeld en haar zelfideaal. Vaak zal de kloof tussen zelfbeeld en ideaal zelfbeeld niet te overbruggen zijn. Vaak zal zij ervaren het ideaal nooit te zullen bereiken. De kloof tussen zelfbeeld en ideaal zelfbeeld kan motiverend werken, maar kan echter ook zo groot worden, dat ze door de moeder als probleem wordt ervaren'. Deze ervaringen hangen direct samen met de rol en positie van de moeder in onze tijd; het zou nader onderzocht moeten worden in hoeverre de huidige normen verschillen met de werkelijke ervaring t.a.v. moederschap.

Bij onvoldoende aanpassing kan een ideaalbeeld vaak niet bereikt worden. Verschillende reacties wijzen in deze richting: 'je hoort toch de gelukkige moeder van een gezonde baby te zijn; je moet toch zo blij zijn, want het is toch allemaal geweldig', terwijl de moeder ervaart dat het helemaal niet geweldig is. Ook niet elke moeder zal hetzelfde ervaren. Haar gevoel zal er waarschijnlijk mee samenhangen óf en in welke mate ze tegen de zwangerschap, de bevalling en de verzorging van het kind heeft opgezien, de mate waarin ze zelf al vertrouwd is met kinderen, de hoeveelheid informatie die ze heeft opgedaan en de mate waarin ze zelf geneigd is zich min of meer zorgen te maken etc.

Al deze factoren zouden bij een nader onderzoek betrokken moeten worden. Om toch enigszins een indruk te geven van deze gevoelswereld, zullen we hier moeten volstaan met een neerslag van belevingsaspecten uit de gevoerde gesprekken:

- 'Je krijgt zoveel begeleiding in de zwangerschap om je voor te bereiden op de

bevalling, maar daarna sta je er ineens helemaal alleen voor. Hoewel ik me toch 9 maanden heb kunnen voorbereiden, kwam alles erg onverwacht. Ineens zit je daar met je kind en je denkt 'wat moet ik er in hemelsnaam mee?'.

'Je wordt begeleid door dokters, wijkzusters enz., je krijgt kraamhulp en dan ineens sta je los van alles. Je wordt losgelaten, je bent beter bij wijze vanspreken, maar dan begint de ellende pas. De wijkzuster komt af en toe wel kijken of het goed gaat maar je hebt toch het gevoel van 'dit wordt niks'.

'Ik dacht dat ik gelukkig zou zijn, maar ik was het niet. Dan loop je lachend door het huis, maar je kan de wereld wel schieten. De grote fout van de hele begeleiding tijdens de zwangerschap is dat alles je wordt voorgespiegeld als leuk, leuk, leuk, maar uiteindelijk is het niet leuk en aardig. Maar je houdt de schijn toch maar op... je hebt toch zulke leuke kinderen... je moet blijven lachen... je moet blijven rennen en vliegen...'

'De band met het kind moet nog groeien, want die heb je niet meteen na de bevalling. Als kraamvrouw lig je de schijn van gelukkige moeder op te houden, je ligt daar gewoon een beetje comedie te spelen... cadeautjes, kleertjes...'

'Het eerste half jaar na de bevalling ben je eigenlijk nog kraamvrouw. Je bent zo prikkelbaar, je wil eruit maar kunt het niet. Je wil wel mensen om je heen hebben, maar je kunt het niet; je wordt gelijk kattig en ik weet niet wat. Je voelt je zo ongelukkig. Bij de eerste dacht ik 'het ligt aan mij, ik ben gek aan het worden of zoiets'. Bij de tweede dacht ik 'het hoort erbij'. Als ik er met iemand over had kunnen praten had dat beslist gescheeld'.

'Alles wat er voorgesteld wordt van moeder en kind en blauwe lintjes en roze wolkjes, dat is helemaal niet zo. En dat valt dan wel zo bar en bar tegen, daar schrik je zelf af en toe van. De zorg heeft daar niet op ingespeeld, maar het was toen ook nooit bij me opgekomen want ik had dat ook nog nooit beleefd en ik had het ook verder nooit van iemand gehoord. Ja nú, nu ik er zelf met mensen over praat, weet je dat het bij veel mensen gebeurt en dát je vreselijk depressief kunt zijn, zelfs dat je af en toe met je kind zou willen gaan smijten en zo. Je hoort het eigenlijk allemaal veel te laat en dat is wel een tekortkoming in die zorg'.

'Er wordt zo naar die geboorte toegeleefd en daarna, nou ja dat is een roze waas en dan hoor je gelukkig te zijn want dan heb je een kind. Maar ze vergeten erbij te zeggen dat het eigenlijk helemaal niet zo roze is, dat het niet zo romantisch is als het allemaal wordt voorgesteld'.

'Het kan eigenlijk toch ook niet anders want je hele hormoonregeling die ligt overhoop en lichamelijk en geestelijk heb je zo'n opduvel gehad, je ligt totaal

overhoop, het is onvoorstelbaar. Maar als je midden in die periode zit en het is je nooit verteld, dan denk je daar niet echt over na en dat is bar ellendig'.

- 'Pas veel later, té laat, hoorde ik dat andere vrouwen dat ook hadden gehad. Pas toen voelde ik me niet meer zo eenzaam, niet zo alleen, zo van 'ik ben alleen maar een slechte moeder'. Want je ziet het overal om je heen: buiten zie je gelukkige moeders die aan het wandelen zijn, lekker in het zonnetje... en dan zit je maar binnen en kunt er niet toe komen om naar buiten te gaan'.
- 'Al in de zwangerschap was ik vreselijk depressief, zelfs zo erg dat ik het kind op een gegeven moment niet meer wilde. Pas 4 maanden na de bevalling werd dat wat minder. Ik heb toen een stukje in een damesblad gelezen over postnatale depressies en dat was erg fijn om te weten dat je niet de enigste bent die daarmee zit, dat het niet abnormaal is'.
- Het heeft lang geduurd voor ik weer op dreef was. Ik had buien waarin ik vreselijk depressief was. Aan de ene kant ben je blij, en aan de andere kant heb je het idee vreselijk vast te zitten, dat je je vrijheid kwijt bent. Met je verstand kun je het wel beredeneren dat het niet zo is, maar het gevoel spreekt dat tegen. Dan voelde ik me ergens schuldig tegenover mijn man en ik was vreselijk ontevreden over mezelf, want we wilden het kind toch allebei graag'.
- 'Maar ook als je met andere vrouwen sprak, dan werd daar niks van gezegd en je had het idee dat ze allemaal blij waren, dus zei je ook maar niks. Daar hadden ze me in de zwangerschap toch wel wat over kunnen vertellen?' etc.

Al deze gegevens wijzen wel in de richting van het bestaan van de 'de mythe van de roze wolk', het bestaan van gevestigde opvattingen die de werkelijkheid verkeerd benaderen.

Veel vrouwen zijn depressief gestemd tijdens hun zwangerschap, maar vooral in het kraambed en de daaropvolgende periode. In verschillende (psychologische/psychiatrische) studies is men ingegaan op het verschijnsel psychose in de zwangerschap en kraambedspsychose (puerperale psychose). De vroeger gehuldigde opvatting dat het ontstaan van kraambedspsychose gebonden is aan ernstige bloedverlies bij de bevalling of aan een infectie in het kraambed, is allang achterhaald (Janssen, 1968). Ook na een volkomen normale zwangerschap, na een ongecompliceerde bevalling en tijdens opgestoord kraambed kunnen depressieve buien ontstaan.

De mogelijkheid dat zwangerschap en bevalling in het algemeen een psychische druk voor de vrouw kan betekenen, wordt door M.C. Janssen ontkennt (Janssen, 1968). Verschillende auteurs zien het uitbreken van depressies tijdens zwangerschap en

kraambed als een gevolg van de omstandigheid dat de vrouw zich niet kan aanpassen aan haar nieuwe rol. Over het ontstaan van kraambedspsychoses bestaat echter een veelheid aan aanpassingen (Zilborg, 1957).

Wij zullen niet dieper op dit onderwerp ingaan, aangezien het buiten het bestek van ons onderzoek valt. We verwijzen voor nadere informatie naar de literatuur-overzichten (Krüger, 1964; Racamier, 1961; Tetlon, 1955).

Wat blijft staan is de stellige indruk dat (ook) vanuit de zorg onvoldoende aandacht wordt besteed aan de emotionele ondersteuning van de (aanstaande) moeder.

We zijn in de literatuur verschillende aspecten tegengekomen, waarmee bij het geven van voorlichting aan (aanstaande) moeders rekening gehouden zou moeten worden. Gezien het belang dat de vrouwen hechten aan de noodzaak van voorlichting door de zorg over de emotionele aspecten van zwangerschap en moederschap, zullen we enkele citaten uit de literatuur (welke veelal gesteund worden door onze bevindingen uit de interviews vermelden:

'In het eerste trimester beleeft de zwangere zichzelf nauwelijks als zwanger. Psychologisch gesproken weifelt zij nog: zal ik wel, zal ik niet. Maar met het voelen bewegen van het kind en soms al eerder zowel door de veranderingen die zich aan lichaam voltrekken, als die van haar omgeving, gaat zij zich meer en meer als zwanger beleven. Zij hoort nu bij de zwangeren en niet meer bij de niet-zwangeren. Zij kan zich nauwelijks voorstellen dat zij ooit wel eens niet-zwanger is geweest. Deze beleving wordt tegen het einde van de zwangerschap steeds intenser. Zij is tenslotte zwanger en haar omgeving mét haar. Zij gaat op in het gebeuren dat zijn eigen loop heeft en waar tegenover iedere houding onbelangrijk wordt' (Janssen, 1968).

Dit gegeven correspondeert met het feit dat enkele vrouwen, die in het begin van hun zwangerschap de oudercursus volgden, deze cursus maar weinig interesseert:

'Ik was helemaal nog niet gewend aan het krijgen van een kind; je kunt zo'n cursus toch beter wat later volgen'.

'Zwangerschap en bevalling zijn dusdanig ingrijpende en ongekennde processen, dat het moeilijk is daarop redelijk te anticiperen. De veranderingen, die met deze processen gepaard gaan in de omgeving en in het eigen lichaam, dwingen de vrouw tot bezinning over zichzelf en haar positie in het gezin en in de samenleving. (...) De positie van het gezin in de huidige samenleving, de relaties tussen man en vrouw, tussen ouders en kinderen zijn aan snelle veranderingen onderhevig. Het patroon van het doorsnee gezin is niet langer een vanzelfsprekendheid.

Op vele terreinen moeten de partners en het gezin of andere samenlevingsvormen meer en meer een bewuste keuze doen. De confrontatie met deze verschijnselen dwingt de vrouw, die moeder wordt, niet alleen tot een zich vertrouwd maken met een veranderde positie, maar dwingt tevens tot een herbezinning van deze positie zelf (...). In een dergelijke situatie is het een natuurlijke verschijnsel, dat emotionele evenwicht, zich uitend in een gevoel van zekerheid, minstens tijdelijk wordt doorbroken en dat er een gevoel van onzekerheid ontstaat' (Tilanus, 1977). 'De rol van de zwangere wordt mede bepaald door de gemeenschap. Om haar rol goed te spelen heeft de zwangere dan ook de steun van haar naaste omgeving nodig, d.w.z. van de mensen met wie zij emotionele relaties onderhoudt. Als deze mensen haar in de steek laten en haar niet helpen, voelt zij zich ongelukkig' (Janssen, 1968). 'Verduidelijking en vooral ook emotionele steun vanuit de ander(en) kunnen herstel van zekerheid bevorderen' (Tilanus, 1977).

'De aanstaande moeder zal vooral behoefte hebben aan een grotere duidelijkheid, zekerheid en identiteit in haar specifieke situatie. Na de geboorte van het kind gaat de positie van de vrouw als moeder een grotere rol spelen. Haar moeder-zijn is nu explicieter. Zij zal daarom meer behoefte hebben aan verduidelijking van haar positie en rol en meer concrete kleine en grote vragen hebben m.b.t. verzorging en opvoeding' (Tilanus, 1977).

Dat vrouwen kinderen baren en eventueel zogen is voor de meeste mensen een vanzelfsprekendheid. Meestal wordt ook de verzorging van het kind door de vrouw, beschouwd als 'natuurlijk', als behorend bij haar 'bestemming', maar steeds meer vrouwen komen tot het inzicht dat er niets 'natuurlijks' is aan het grootbrengen van kinderen, dat het iets is dat je moet leren (Chodorow, 1978).

'In het zoeken naar een nieuwe definitie voor zichzelf en de sociale werkelijkheid speelt zeker de behoefte aan kennis een grote rol. Kennis kan een duidelijker beeld verschaffen over zichzelf in de sociale omgeving. Het verwerven van kennis kan daarom een hulp zijn voor het bereiken van fundamentele veiligheid. Kennis alleen is echter niet voldoende. Naast inzicht is een gevoelsmatig appreciëren van de dingen vereist' (Tilanus, 1977).

'Aanstaande moeders voelen zich persoonlijk minder zeker dan moeders van jonge kinderen en naarmate men zich minder zeker voelt, hebben zij ook meer behoefte aan voorlichting. Vooral aanstaande moeders hebben meer het gevoel dat het niet allemaal zo vanzelf gaat. Er zijn dan ook sterke aanwijzingen, dat behoefte aan voorlichting in belangrijke mate wordt bepaald door onzekerheid of - positiever gezegd - dat in de voorlichting bevestiging wordt gezocht van zichzelf in haar situatie -' (Tilanus, 1977).

Hoewel verre van volledig, hopen we met het voorgaande aannemelijk gemaakt te hebben dat o.i. een medische prenatale zorg zonder een emotionele begeleiding van de zwangere en de kraamvrouw, niet goed is.

Ons inziens zou men de mogelijkheid om bij iedere zwangere vrouw door gesprekken een toestand van emotionele ontspanning te bereiken, serieuzer moeten betrachten. Op zijn minst zou elke gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw, die een zwangere begeleidt, dit moeten proberen.

---

### Slotbeschouwing.

In dit rapport hebben wij getracht een overall-beeld te schetsen v.d. wageningse zorg m.b.t. zwangerschap, bevalling en kraambed, zowel gezien van de kant van de zorgverleners (deel 1), als van de zijde van de gebruiksters van die verloskundige zorg (deel 2).

Met het in kaart brengen van de organisatiestructuur van de wageningse verloskundige zorg is de eerste doelstelling van het onderzoek gerealiseerd. Voor een beschouwing hierover zij verwezen naar de slotparagraaf van deel 1.

De belangrijkste konklusie die uit deel 1 getrokken kan worden is, dat het zinvol lijkt de nu reeds bestaande, maar informele onderlinge betrekkingen tussen de verloskundige zorgverleners te institutionaliseren. De kans, dat de "Consumenten" meer volledige informatie krijgen lijkt daarvoor toe te kunnen nemen, en de kans dat zij tegenstrijdige informatie krijgen, lijkt daardoor af te kunnen nemen.

Om diverse redenen is geen duidelijk koppeling tussen de beide delen van het rapport tot stand gebracht. In de eerste plaats zijn lang niet alle aspecten die in deel 1 zijn gesignaleerd, opgenomen in de vragenlijst. Dit is te wijten aan het feit, dat aan beide delen tegelijk door verschillende groepen onderzoeksters werd gewerkt. In de tweede plaats zijn de via de zorgverleners resp. de moeders verzamelde gegevens op verschillende wijze verwerkt, waardoor het leggen van verbanden moeilijk bleek. Als laatste, misschien belangrijkste reden dient ook hier de factor tijd genoemd te worden.

In deel 2 is een beschrijving gegeven van het gebruik van de pre- en perinatale zorg door de wageningse vrouwen en hun ervaringen hiermee. Daarmee is de tweede doelstelling gerealiseerd.

Gekozen werd voor een descriptief onderzoek en niet voor een explorerend of toetsend onderzoek. Mede door deze keuze is het een tijdrovend onderzoek geworden. Een voordeel echter was, dat het aanzienlijk meer gegevens zou opleveren dan welk ander soort onderzoek dan ook.

In deze beschrijving konden we niet volledig zijn. Dit blijkt o.a. uit het feit dat bepaalde spontaan geuite opmerkingen door meerdere moeders werden gemaakt. Met deze relativering moeten naar onze mening de opmerkingen gezien worden. Uit de schat aan gegevens, kwam een vrij positief beeld naar voren omtrent de wagingse verloskundige zorg, gezien van de kant van de vrouwen. Een aantal negatieve aspecten zijn naar voren gebracht; zij hebben voor een groot deel betrekking op de organisatorische kant van de zorgverlening.

Bij enkele opvallende resultaten willen we (nogmaals) stilstaan.

#### Zwangerschap:

Elke vrouw werd begeleid door iemand van de medische zorg. De verdeling van de vrouwen onder de soorten begeleiding (huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog) is vrij uitzonderlijk voor Nederland: iets meer dan de helft van de vrouwen werd begeleid door de vroedvrouw en een vijfde deel door een gynaecoloog.

Bijna een kwart van de vrouwen bevalt (uiteindelijk) thuis. Ook dit percentage is opvallend in vergelijking met het landelijk gemiddelde. Dit lage percentage wordt zeer waarschijnlijk mede veroorzaakt door het feit, dat het ziekenfonds Rijnstreek ook de kosten voor de poliklinische bevalling vergoedt, indien een aanvullende verzekering daartoe is afgesloten.

Over begeleiding bij de controles is het merendeel van de vrouwen tevreden. Verschillen inzake de waardering zijn niet toe te schrijven aan de persoon van de begeleider; er kan echter wel een onderscheid gemaakt worden tussen de soorten begeleiders en wat betreft de gynaecologen ook tussen de ziekenhuizen.

De zwangerschapsgymnastiek werd voornamelijk gevolgd door vrouwen in verwachting van hun eerste kind. Van hen was het grootste deel tevreden over de cursus. Op grond van het feit dat veel vrouwen, die zwangerschapsgymnastiek gevolgd hebben, zeggen er baat bij gehad te hebben, verdient het aanbeveling te streven naar een hogere deelname.

Ten aanzien van de inhoud van de oudercursus blijken de vrouwen slecht geïnformeerd te zijn. Hierin en mede door de geringe deelname aan



cursus, zien wij een aanleiding voor de betrokken instantie om op dit punt verbeteringen aan te brengen. Onlangs vernamen wij, dat hiermee reeds een begin is gemaakt.

#### Bevalling:

Hoewel tijdens de zwangerschap een vijfde deel van de vrouwen werd begeleid door een gynaecoloog, is uiteindelijk bijna de helft van de vrouwen bevallen onder leiding van een gynaecoloog. Hieruit valt op te maken, dat er vrij vaak (plotselinge) complicaties zijn opgetreden aan het eind van de zwangerschapsperiode, die tot een medische indicatie hebben geleid. Onder de moeders die hun eerste kind kregen is met name het aantal opmerkelijk dat een voorspoedige zwangerschap doormaakte tot de laatste week vóór de bevalling en uiteindelijk toch een medische indicatie krijgt: bijna de helft! Dit geeft enigszins steun aan de gedachte, een poliklinische bevalling bij een eerste zwangerschap te overwegen. De beslissing lijkt ons echter aan de vrouw; daarbij moet zij wel gewezen worden op de voor- en nadelen van de plaats van bevalling. Het merendeel van de vrouwen heeft haar tevredenheid uitgesproken ten aanzien van de verschillende aspecten van de bevalling, zowel thuis als in het ziekenhuis. Hiermee wordt onze indruk over de verloskundige zorg, gewekt in het rapport van de werkgroep vrouw en arts (1978), niet bevestigd voor wat betreft de situatie in Wageningen. In dit rapport nl. hebben nijmegenese vrouwen een zeer negatief oordeel over de verloskundige zorg rond de bevalling in ziekenhuizen aldaar.

#### Kraambed:

Een belangrijke conclusie is toch wel, dat voor het zogenaamde "hotelplan" nauwelijks belangstelling bestaat: bijna alle vrouwen wilden liever thuis het kraambed doorbrengen. Driekwart van de vrouwen was van mening, dat zij voldoende rust hebben gehad tijdens het kraambed. Van de vrouwen die onvoldoende rust hebben genoten, had het merendeel het kraambed in het ziekenhuis doorgebracht. Hiermee wordt de veel gehoorde gedachte, dat je in het ziekenhuis meer rust hebt, bepaald niet bevestigd.

Nagenoeg alle vrouwen blijken vóór de bevalling al besloten te hebben welke voeding ze het kind willen gaan geven. Ruim tweederde van de vrouwen wil borstvoeding geven. Op de 10e dag na de bevalling echter, blijkt bijna de helft van de vrouwen het kind de borst te geven.

Het merendeel van de vrouwen vond dat zij voldoende begeleiding en informatie hebben gehad bij het voeden. Op grond van de problemen echter, die door de overige vrouwen ondervonden zijn - vooral indien andere dan de voorgenomen voeding werd gegeven - lijkt het zinvol, meer informatie over met name het proces en de techniek van het voeden te geven.

Over het geheel werd een vrij positief beeld door de vrouwen naar voren gebracht, met enkele relativeringen, zoals hierboven vermeld. In het rapport zijn enerzijds suggesties gedaan (hetzij door de vrouwen zelf, hetzij door ons) ter verbetering van de organisatie van de zorg; anderzijds kan uit de positieve waardering van de vrouwen opgemaakt worden op welke punten de zorg gecontinueerd zou moeten worden.

Door dit rapport met alle resultaten en suggesties aan de verloskundige instanties in Wageningen te doen toekomen, realiseren we daarmee de derde doelstelling van ons onderzoek.

Wij hopen dat in eerste instantie de wageningse zorgverleners gebruik kunnen maken van de resultaten van het onderzoek, zodat nog meer dan voorheen gewerkt kan worden aan een optimale pre- en perinatale zorg. Daarnaast hopen wij, dat verloskundige instanties elders in Nederland kennis kunnen nemen van de situatie in Wageningen, die op bepaalde punten zeker navolging verdient.

LITERATUURLIJST

- Alten, D. van (1978) "Thuisgeboorten".  
Ned. T. Geneesk. 122, nr. 32, p 1178.
- Beard, R.W. (1976) "Letters to the aditor".  
The Lancet, april 24.
- Bleich, A. en P. de Vries (1977) "Rapport vrouwenstudies aan de faculteit der sociale wetenschappen (Paarse nota)", Universiteit van Amsterdam.
- Boer, B.<sup>(a)</sup> (1979) "Zwanger is niet ziek: toch naar het ziekenhuis".  
in: NRC 10-7-'79.
- Boer, B.<sup>(b)</sup> (1979) "Geen cijfers over thuis bevallen".  
in: NRC 12-7-'79.
- Bullough, B. (1972) "Poverty, ethnic identity and preventive health care".  
Journal of Health and social behaviour.
- Cassee, E.Th. (1971) "Kommunikatie en therapeutisch gedrag" in 'Mensen in het ziekenhuis' door E.Th. Cassee en C.J. Lammers.
- Cassee, E.Th. (1973) "Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg".
- CBS: Statistisch Bulletin 35, nr. 7, 1979.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1978) "Advies inzake de verstrekkingen van verloskundige zorg", uitgebracht aan zijne Excellentie de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Chodorow, N. (1978) "The reproduction of mothering, psychoanalysis and the sociology of gender", University of California Press, California.
- Dunn, P.M. (1976) "Obstetric delivery today. For better or for worse?".  
The Lancet, april 10.
- Eskes, T.K.A.B. (1973) "Reflektie over verloskundige zorg in Nederland".  
Inaugurele rede.
- Eskes, T.K.A.B. (1979) "De Nederlandse Verloskunde".  
Ned. T. Geneesk. 123, nr. 7, p 240.
- Geneeskundige Hoofdingspektie van de Volksgezondheid (1977)  
"Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1976";  
(1978) "Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1977".  
Afdeling Moederschapzorg en Jeugdgezondheidszorg, Leidschendam.
- Goode en Hatt (1952) "Methods and social research".
- ten Have, T.T. "Groepsdynamica, groepswerk en vormingswerk met volwassenen".  
in: K.J. Nijkerk en Th.H. van Praag (red), 'Groepswerk', Alphen aan de Rijn, Samson, p 37 - 44.

- Hoogendoorn, G. (1978) "De relatie van de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis, dan wel in het ziekenhuis".  
Ned. T. Geneesk. 122, nr. 32
- Huygen, F.J.A. (1979) "Huisarts en verloskundige in Nederland: cijfers en meningen".  
Med. Cont. nr. 29, p 925.
- Janssen, M.C. (1968) "Zwangere en kraamvrouw in psychologisch perspectief".
- Kloosterman, G.J. (1978) "De Nederlandse verloskundige op de tweesprong".  
Ned. T. Geneesk. 122, nr. 32, p 1161.
- Kloosterman, G.J. e.a. (1975) "De voortplanting van de mens".  
Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie, 3e druk, Centen, Bussum.
- Krüger, H. (1964) "Die Wochenbettpsychose im Wandel der Anschauungen".  
Nervenarzt, 35, p 448 - 458.
- Lapré, L.M. (1972) "Aspekten van marktanalyse m.b.t. verloskundige diensten in Nederland".
- Maathuis, J.B. en H. de Jonge (1979) "De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: een poging tot correctie".  
Ned. T. Geneesk. 123, nr. 23, p 973.
- Mc Kinlay, J.B. en S.M. Mc Kinlay (1972) "Some social characteristics of lower working class attitudes and underutilisation of maternity care services".  
Journal of Health and social Behaviour, 13, p 369 - 382.
- Moser, C.A. (1958) "Survey methods in social investigation".
- Murray, A. Straus, (1935 - 1965) "Family measurement techniques".  
Abstracts of published instruments.
- Nooy, A.T.J. (1977) "Methodiek van het sociologisch onderzoek".  
Kollegedictaat Landbouwhogeschool, Wageningen.
- Oakley, A. (1974) "The sociology of housework".
- Oppenheim, A.H. (1966) "Questionnaire design and attitude measurement".
- Pannekoek, M.G. (1963) "Leerboek van de Kraamzorg".
- Phaff, J.M.L. "De verloskundige organisatie in Nederland".  
Med. Cont. 30, 428.
- de Planque, B.M. (1972) "Verloskunde tussen wal en schip".  
Med. Cont. 50.
- Racamier, P.C. e.a. (1961) "La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum".  
Evolut. psychiat., 26, p 525 - 570.

- Scheffer, W.C.M. e.a. (1973) "Beeld en gebruik van de Kruisverenigingen". Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Schrama. (1964) rede: "Lid en Organisatie". in: 'Van schets naar bestek', p 126 - 132, Utrecht.
- Schuil, P.B. (1975) "De client in de Verloskundige zorgverlening".
- Stolk, J.G. en J.C. Seelen (1978) "Selectie en concentratie: ontwikkelingen in de verloskundige organisatie".  
Ned. T. Geneesk. 122, nr. 9.
- Stolte, L.A.M. e.a. (1979) "Perinatale morbiditeit als maatstaf voor de verloskundige zorg".  
Ned. T. Geneesk. 123, nr. 7.
- Swaak, A.J. (1979) "Een oriënterend onderzoek naar de voeding van zuigelingen in de eerste zes levensmaanden in de provincie Noord-Brabant".  
Voeding. 40e Jaargang, nr. 4.
- Swanborn, P.G. (1974) "Aspecten van sociologisch onderzoek".
- Tetlon, C. (1955) "Psychosis of childbearing".  
J. Ment. Sci. p 629 - 639.
- Tilanus, C.P.G. (1977) "Voorlichting tijdens zwangerschap en opvoeding, een onderzoek naar voorlichting aan aanstaande moeders en moeders van jonge kinderen".  
Nederlandse stichting voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
- Treffers, P.E. (1978) "Regionale perinatale sterfte en regionale hospitalisatie bij de bevalling in Nederland".  
Ned. T. Geneesk. 122, nr. 9, p 291.
- Treffers, P.E. en W. Breur (1978) "De plaats van de bevalling en de perinatale sterfte".  
Ned. T. Geneesk. 122 nr. 47.
- Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg. (1979) 11, nr. 2.  
Problemen bij borstvoeding.
- Werkgroep vrouw en arts. (1978) "Hoe bevallen ziekenhuizen. Een antwoord uit Nijmegen".

Opleiding/aantal kinderen/ leeftijd  
vrouw/ woning/ wanneer is (laatste)  
kind geboren/ verzekering

Wie-----huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog, predictor,  
moeders voor moeders, anders n.l....

### 1. VASTSTELLING ZWANGERSCHAP

Wanneer-----...week

behandeling-----rekening gehouden met gevoelens/wensen e.d.?  
vriendelijk, stug etc.?

schriftelijk

informatie

schriftelijk: folders mondeling: arts/ vroedvr.  
stencils familie  
boeken vrienden  
tijdschriften

### 2. KEUZE BEGELEIDING ZWANGERSCHAP

wie-----huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog

keuzefactoren-----kosten (verzekering), deskundigheid, vertrouwelijkheid, negatieve keuze

beïnvloeding-----arts, vroedvrouw, gynaecoloog, man/partner, familie, vrienden, tijd-  
schriften, t.v., radio, eigen ervaring

### 3. 1e CONTROLE

zie vraag 1 (alleen te beantwoorden als na de  
vaststelling v.d. zwangerschap doorverwijzing  
plaatsvond)

4. KEUZE PLAATS BEVALLING

waar-----thuis, ziekenhuis (welk), elders

keuzefactoren-----kosten, woonomstandigheden, gezinsomstandigheden,  
veiligheid, eigen omgeving

beïnvloeding-----partner, vrienden, familie, literatuur, media,  
arts, vroedvrouw, eerdere ervaring

5. OPGAVE KRAAMCENTRUM

van wie informatie hierover-----arts/ vroedvrouw/ vrienden/ literatuur

tijdig? (2e maand)      nee...gevolg?-geen kraamzorg, wijkkraamzorg, particuliere kraamzorg  
ja....keuze?--interne/ wijk/ geen kraamzorg

6. VERANDERING IN KEUZE

in welk opzicht-----zwangerschapsbegeleiding, plaats bevalling, kraamzorg

waarom-----slechte ervaring, verhuizing advies (van wie?)  
medische indicatie

7. ZWANGERSCHAPSCONTROLES

zie vraag 1.

complicaties?

8. ZWANGERSCHAPSGYMNASTIEK

van wie informatie hierover-----huisarts, vroedvrouw, vriend(inn)en, gelezen  
gevolgd?  
nee.....waarom niet-----te duur, kon niet op die tijd, geen oppas,  
niet nuttig, al eerder gevolgd, wist er niets van  
ja.....waarom-----nuttig voor bevalling, contacten met andere vrouwen  
beleving-----wat aan gehad bij bevalling?  
sfeer, contacten, leiding  
informatie-----dingen die je elders niet kan vragen,  
info over bevalling, zwangerschap  
partner mee?-----hoe vond je dat

9. OUDERCURSUSSEN

van wie informatie hierover  
gevolgd ja.....waarom-----wat verwachtte je ervan  
nee.....waarom niet-----kosten, tijdstip, niet nuttig, al eerder gevolgd,  
wist er niets van  
beleving  
informatie  
partner mee?

Informeel contacten met andere zwangere vrouwen (b.v. eigen initiatief gespreksgroep e.d.)



10. WIJKVERPLEGING

hoe vaak-----..x vóór bevalling  
 bezoek wijkverpleegster ..x na bevalling  
 beleving-----nuttig? prettig, overbodig  
 andere contacten uitleenspullen voor bevalling, cursussen e.d.

11. INFORMATIEBRONNEN

van wie-----arts, vroedvrouw, reclame, media, cursussen e.d.  
 wat  
 recapituleren info beoordeling-----nuttig, voldoende  
 daarnaast eigen info gezocht waar-----boeken, films, personen  
 wat  
 beoordeling

12. VERLOOP BEVALLING

wie-----arts, man/partner, vroedvrouw, verpleegster,  
 aanwezige personen co-assistent, familieleden, vrienden, kraamver-  
 zorgster  
 taak-----betrokken bij verloop bevalling?  
 complicaties-----gebruik van apparatuur, narcose, keizersnede,  
 prematuur, e.d.  
 informatie-----voldoende, nuttig, van wie

vervolg 12.

thuis  
komst arts/ vroedvrouw/ kraamver-----lang moeten wachten? vervoer?  
waar pleegster  
ziekenhuis  
vervoer-----hoe: taxi, eigen vervoer, ziekenauto  
opvang-----door wie, hoe  
waar naar toe gebracht

beleving

### 13. DIRECT NA BEVALLING

wat gebeurde met het kind-----op buik gelegd, meteen weggebracht, bleef bij je  
hoe lang bleef de arts/ vroedvrouw-----lang genoeg?  
hoe lang bleven anderen bij je-----lang genoeg?  
wat gebeurde er met jou-----wassen, waar heen gebracht, hoe vond je dat

thuis

waarom-----kosten, gezelligheid, onmisbaarheid in gezin

door wie-----huisarts/ vroedvrouw

nazorg

hoe vaak ..x

plaats

soort-----interne/ wijk/ particulier/ geen

kraamhulp

beoordeling

ziekenhuis

wat voor zaal-----aantal mensen, ook zwangeren, sfeer, beleving

kind

contacten met man/ partner-----voldoende mogelijkheid? wat voor regelingen  
anderen

wanneer, wie besliste dat

naar huis

hoe-----eigen vervoer, ziekenauto, taxi

informatie

door wie-----kraamverzorgster, vroedvrouw, dokter, verpleegster  
waarover-----verzorging kind/ vrouw zelf, voeding kind,

groei en gezondheid kind

beoordeling-----voldoende, nuttig, overbodig

15. CONTINUITEIT VAN DE ZORG

met hoeveel personen in aanraking-----arts(en), vroedvrouw(en), gynaecolo(o)g(en),  
geweest, wie waren dat-----kraamverzorgsters, verpleegsters, wijkver-  
pleegsters, co-assistenten, etc.

informatie-----sloot het op elkaar aan, veel dubbel, tegen-  
strijdig, aanvullend

samenwerking-----veel dubbel onderzoek, verzameling van gegevens

beleving

16. EVT. VOLGENDE ZWANGERSCHAP

zou u het anders doen dan nu

in welk opzicht

waarom

17. SUGGESTIES TER VERBETERING

I. PERSOONSgegevens

Kaartnummer  
Respondentnummer

## 1. In welke maand is het kind geboren

april '78	4
⋮	⋮
dec. '78	12
jan. '79	13
⋮	⋮
april '79	16

## 2. Hoeveel kinderen heeft u (incl. baby)

- 1 kind	1
⋮	⋮
- 7 kinderen	7

## 3. Leeftijd voorlaatste kind

- 1 jaar	1
⋮	⋮
- 7 jaar	7

## 4. Geboortedatum moeder

## 5. Opleiding moeder

## 5. Verzekering

- vrijwillig ziekenfonds	1
- " " + aanv. verz.	2
- verplicht ziekenfonds	3
- verplicht ziekenf. + aanv. verz.	4
- ambtenarenverzekering	5
- particuliere verzekering	6
- anders	0

1	1	0.1
	2	0.2
	3	
	4	
	5	1.01
	6	
	7	1.02
	8	1.03
	9	1.04
	10	
	11	1.05
	12	1.06

## II. VASTSTELLING ZWANGERSCHAP

### 1. Vervalt

2. Naar wie bent u toegegaan om de zwangerschap vast te laten stellen

- huisarts 1
- vroedvrouw 2
- gynaecoloog 3
- anders 8

1 14 2.02

3<sup>a</sup> Heeft de huisarts u toen verteld, dat de vroedvrouw de zwangerschap ook kan begeleiden

- ja, zonder het noemen van de fin. konsekwenties 1
- ja, met het noemen van de fin. konsekwenties 2
- nee 3

1 15 2.03

b. Heeft de vroedvrouw u toen verteld, dat de huisarts de zwangerschap ook kan begeleiden

- ja 1
- nee 2

1 16 2.04

4. Was de zwangerschapstest de eerste keer al positief

- ja 1
- nee 2

1 17 2.05

5. Hield de gyn/huisarts/vroedvrouw rekening met uw gevoelens bij de uitslag van de test

- ja 1
- nee 2
- geen mening 0

1 18 2.06

### III. KEUZE BEGELEIDING ZWANGERSCHAP EN EVT. VERANDERINGEN

1.	Wie had u oorspronkelijk gekozen als begeleider van de zwangerschap	1	19	3.01
	- huisarts	1		
	- vroedvrouw	2		
	- gynaecoloog	3		
	- anders, nl....	8		
2.	Hoe bent u tot deze keuze gekomen			
	- persoonlijk motief, nl.....	1	1	20 3.02
	- financieel motief, nl.....	2	1	13 2.01
	- medisch motief, nl.....	3	1	46 4.18
			1 X	21
a.	Is aan de oorspronkelijke keuze nog iets veranderd		1	22 3.03
	- ja	1		
	- nee	2		
b.	Zo ja, wat		1	23 3.04
	- vroedvrouw --> huisarts	1		
	- vroedvrouw --> gynaecoloog	2		
	- huisarts --> vroedvrouw	3		
	- huisarts --> gynaecoloog	4		
	- huisarts --> huisarts	5		
	- gynaecoloog--> huisarts	6		
	- gynaecoloog--> vroedvrouw	7		
	- anders, nl....	8		
.	Wat was de reden voor die verandering		1	24 3.05
	- persoonlijk motief, nl....	1		
	- financieel motief, nl.....	2		
	- medisch motief, nl.....	3		
	- beperking van uit de zorg, nl.....	4		
	- anders, nl....	0		
	- geen mening	0		

5 <sup>a</sup> . Bracht deze verandering voor u nog problemen met zich mee		1	25	3.06
- ja	1			
- nee	2			
b. Zo ja, welke problemen				
- verstrekte informatie niet overeenstemmend	1	1	26	3.07
- anders, nl.....	8			
6. Als er geen verschil zou zijn in kosten, wie zou u dan het liefst als begeleider van de zwangerschap hebben			27	3.00
- huisarts	1			
- vroedvrouw	2			
- gynaecoloog	3			
- anders, nl.....	8			
- geen mening	0			



#### IV. KEUZE PLAATS BEVALLING

1. Heeft u van de h.a./gyn./vr.vr. informatie gehad over de plaats van bevalling	1	28	4.01
- ja 1			
- nee 2			
- weet ik niet 0			
2. Had u die keuze toen zelf al gemaakt	1	29	4.02
- ja 1			
- nee 2			
- weet ik niet 0			
3. Waarvoor heeft u toen uiteindelijk gekozen	1	30	4.03
- thuis 1			
- ziekenhuis 2			
<sup>a</sup> 4. Waarom heeft u voor een thuisbevalling gekozen			
- eigen omgeving	1	31	4.04
- kosten	1	32	4.05
- evt. ben je zo in 't ziekenhuis	1	33	4.06
- negatief beeld ziekenhuis	1	34	4.07
- anders, nl.....	1	35	4.08
b. Waarom heeft u voor een ziekenhuisbevalling gekozen			
- veiligheid	1	36	4.09
- rompslomp thuis/rust in ziekenhuis	1	37	4.10
- woonomstandigheden	1	38	4.11
- medisch (med. ind.)	1	39	4.12
- medisch (verhoogd risico)	1	40	4.13
- gezelligheid	1	41	4.14
- kosten	1	42	4.15
- anders, nl.....	1	43	4.16
	1	X 44	
5. Heeft u met uw begeleider over uw keuze gepraat	1	45	4.17
- ja 1			
- nee 2			

V. KRAAMCENTRUM

1 <sup>a</sup> . Heeft u zich aangemeld bij het kraamcentrum		47	5.01
- ja 1			
- nee 2			
b. Zonee, waarom niet			
- klinisch kraambed		48	5.02
- geen vreemde in huis		49	5.03
- kosten		50	5.04
- ik wist het niet		51	5.05
- anders, nl...		52	5.06
c. Wat heeft u daarvoor in de plaats gedaan		53	5.07
- hulp via kraamcentrum 1			
- gediplomeerde hulp, niet via kraamcentrum 2			
- geen hulp(gediplomeerd) 3			
1. Zo ja, in welke maand van de zwangerschap heeft u zich opgegeven		54	5.08
- weet ik niet 0			
- < 4 <sup>e</sup> maand 1			
- > 4 <sup>e</sup> maand 2			
Wist u, dat u zich vóór de 4 <sup>e</sup> maand moest opgeven		55	5.09
- ja 1			
- nee 2			
2. Zo ja, van wie wist u dit		56	5.10
- begeleiders zwangerschap 1			
- anders, nl... 2			
Had u uw keuze voor plaats bevalling al gemaakt bij opgave voor het kraamcentrum		57	5.11
- ja 1			
- nee 2			
- weet ik niet 0			
hoe vond u het, dat u bij opgave al moest invullen, waar de plaats van bevalling zou zijn		58	5.12
- te vroeg 1			
- niet belangrijk 2			
- geen mening 0			

5. Welke hulp heeft u gevraagd

- wijkkraamhulp 1
- interne kraamhulp 2
- geen keuze gemaakt 3

59 5.13

6. Waarom deze hulp

- positief beeld, nl...
- had al anderehulp
- negatief beeld
- geen vreemde in huis
- uitrusten
- anders, nl...

60 5.14

X 61

62 5.15

63 5.16

64 5.17

65 5.18

66 5.19

VI ZWANGERSCHAPSCONTROLES

1. In welk ziekenhuis vonden de controles plaats?	1	67	6.01	
-Pieter Pauw	1			
-Bennekom Streek	2			
-anders, nl...	8			
2a. Bent u bij de controles steeds door dezelfde gynaecoloog behandeld?	1	68	6.02	
-ja	1			
-nee	2			
b. Waarom gebeurde dit zo?	1	69	6.03	
-zo is de regeling in het ziekenhuis	1			
-ik wilde het zelf zo	2			
-weet ik niet	0			
-anders, nl...	8			
c. Hoe vond u dat?	1	70	6.04	
-prettig, want...	1			
-vervelend, want....	2			
-maakte me niet uit	3			
-geen mening	0			
3. Heeft u van uw gynaecoloog informatie gekregen over de mogelijkheden bij plaats van het kraambed?	1	71	6.05	
-ja	1			
-nee	2			
-weet ik niet	0			
4a. Moest u bij de controles lang wachten voor u aan de beurt was?	1	72	6.06	
-ja	1			
-nee	2			
-soms	3			
-weet ik niet meer	0			
	kaartnr	2	01	0.01
	resp.nr		02	
			03	0.02
			04	

b. Hoe lang over het algemeen? ...min	2	05	6.07
- 01 minuut 01	2	06	
⋮			
98 minuten 98			
->99 minuten 99			
-weet ik niet meer 00			
5. Hoe vond u de behandeling van de arts/vrvr?			
-te onpersoonlijk	2	07	6.08
-goede begeleiding	2	08	6.09
-Hij/zij vertelde me te weinig	2	09	6.10
-anders, nl....	2	10	6.11
6a. Hoeveel tijd werd er bij een controle gemiddeld voor u uitgetrokken?	2	11	6.12
- < 5 minuten 1			
- 5 - 10 minuten 2			
- > 10 minuten 3			
-weet ik niet meer 0			
b. Vond u dat lang genoeg?	2	12	6.13
-ja 1			
-nee 2			
-geen mening 0			
7a. Kreeg u voldoende gelegenheid tot het stellen van vragen?	2	13	6.14
-ja 1			
-nee 2			
-geen mening 0			
b. Heeft u ook vragen gesteld?	2	14	6.15
-ja 1			
-nee 2			
-weet ik niet meer 0			
c. Zo ja, kreeg u voldoende antwoord op uw vragen?	2	15	6.16
-ja 1			
-nee 2			
-geen mening 0			

d. Zo nee, waarom stelde u geen vragen?	2	16	6.17
-ik durfde niet, want...	1		
-ik had er geen behoefte aan	2		
-hij/zij had er geen tijd voor	3		
-ik weet het niet	0		
-anders, nl...	8		
8a. Ging uw man wel eens mee naar de controles?	2	17	6.18
-ja	1		
-nee	2		
b. Zo nee, zou u willen dat hij meeding?	2	18	6.19
-ja	1		
-nee	2		
-geen mening	0		
9a. Zijn er tijdens de zwangerschap complicaties opgetreden, die niet tot MI. geleid hebben?	2	19	6.20
-ja	1		
-nee	2		
b. Zo ja, bent u toen wel eens door een gynaecoloog onderzocht?	2	20	6.21
-ja	1		
-nee	2		
c. Mocht u toen zelf kiezen wie uw zwangerschap verder zou begeleiden?	2	22	6.22
-ja	1		
-nee	2		
-weet ik niet	0		
d. Zo ja, waar heeft u toen voor gekozen?	2	23	6.23
-oorspr. begeleider	1		
-gynaecoloog	2		
e. Waarom heeft u daarvoor gekozen?	2	24	6.24
-persoonlijke motieven	1		
-medische motieven	2		
-anders, nl...	8		
0. Heeft u zelf nog opmerkingen of suggesties m.b.t. de zwangerschapscontroles?			

VII ZWANGERSCHAPSGYMNASTIEK

1a. Heeft u zwangerschapsgym gevolgd?	2	25	7.01
-ja 1			
-nee 2			
b. Zo ja, waar?	2	26	7.02
-Pieter Pauw 1			
-Bennekom streek 2			
-anders, nl.... 8			
c. Zo nee:			
a. Waarom niet?			
-nooit van gehoord	2	27	7.03
-wist niet dat het hier kon	2	28	7.04
-kon op het tijdstip niet	2	29	7.05
-te ver weg	2	30	7.06
-wist het nog van vorige keer	2	31	7.07
-zag er het nut niet van in	2	32	7.08
-kosten	2	33	7.09
-anders, nl...	2	34	7.10
2. Wat verwachtte u van de cursus?	2	35	7.11
-geen verwachtingen	2	36	7.12
-oefeningen ter voorbereiding op de bevalling	2	37	7.13
-beweging	2	38	7.14
-informatie	2	39	7.15
-contacten met andere zwangeren	2	40	7.16
-anders, nl...	2	X 41	
	2	X 42	
3. Hoe hebt u gehoord over de mogelijkheid tot het volgen van deze cursus?	2	43	7.18
-van de medische zorg 1			
-anders, nl... 8			

a. Heeft u de cursus helemaal afgemaakt?	2	44	7.19
-ja 1			
-nee 2			
b. Zo nee, waarom niet?	2	45	7.20
-kon niet altijd komen 1			
-zag er het nut niet van in 2			
-anders, nl.... 8			
-geen mening 0			
. Wat vond u belangrijk bij de cursus?			
-ademhalingsoefeningen 2	2	46	7.21
-spieroefeningen 2	2	47	7.22
-contacten met andere zwangeren 2	2	48	7.23
-informatie 2	2	49	7.24
-anders, nl... 2	2	50	7.25
. Hoe was uw algemene indruk van de cursus?	2	51	7.26
-positief 1			
-negatief 2			
-geen mening 0			
. Is uw man wel eens meegeweest naar de gym?	2	52	7.27
-ja 1			
-nee 2			
. Hoe vindt u het dat mannen meekunnen naar de gym?	2	53	7.28
-fijn 1			
-vervelend 2			
-mogelijkheid bestond niet 3			
-anders, nl.... 8			
-geen mening 0			
Hoe vond u de lessen toen de mannen erbij waren?	2	54	7.29
-fijn 1			
-vervelend 2			
-maakte me niet uit 3			
-geen mening 0			
. Heeft u nog suggesties ter verbetering van de cursus?	2	55	7.30
-ja, nl.... 1			
-nee 2			



VIII OUDECURSUSSEN

1a. Heeft u de oudercursus gevolgd?	2	56	8.01
-ja 1			
-nee 2			
b. Zo ja, waar?	2	57	8.02
-in Wageningen,nl.... 1			
-elders,nl... 2			
c. Zo nee:			
a. Waarom niet?			
-nooit van gehoord	2	58	8.03
-wist niet dat het hier kon	2	59	8.04
-kon op het tijdstip niet	2	60	8.05
-te ver weg	2	61	8.06
-wist het nog van vorige keer	2	62	8.07
-zag er het nut niet van in	2	63	8.08
-kosten	2	64	8.09
-anders,nl...	2	65	8.10
	2	X 66	
2. Wat verwachtte u van de cursus	2	67	8.11
-geen verwachtingen 1			
-wel verwachtingen,nl... 2			
Hoe hebt u gehoord over de mogelijkheid tot het volgen van de oudercursus?	2	69	8.13
-van de medische zorg (mondeling) 1			
-alleen via folder of affiche 2			
-anders,nl... 8			
a. Hebt u alle avonden gevolgd?	2	70	8.14
-ja 1			
-nee 2			
b. zo z			

3. Zo nee, waarom niet?	2	71	8.15
-kon niet altijd komen	1		
-zag er het nut niet van in,want...	2		
-bep. onderwerpen interesseerden me niet	3		
-anders,nl...	8		
-weet ik niet	0		
4. Wat vond u belangrijk van de oudercursus			
-demonstraties over...	2	72	8.16
	kaartnr.	3 01	0.01
	resp.nr.	02	
		03	0.02
		04	
-film/dia's over...	3	05	8.17
-informatie op vragen	3	06	8.18
-contacten met andere zwangeren	3	07	8.19
-informatie over....	3	08	8.20
-anders,nl...	3	09	8.21
5. Hoe was uw algemene indruk van de cursus?	3	10	8.22
-positief 1			
-negatief 2			
geen mening 0			
6. Is uw man wel eens meegeweest naar de cursus?	3	11	8.23
-ja 1			
-nee 2			
7. Hoe vindt u het dat mannen meekunnen naar de cursus?	3	12	8.24
-fijn 1			
-vervelend 2			
-anders,nl... 8			
-geen mening 0			
8. Hoe vond u de avonden dat de mannen erbij waren?	3	13	8.25
-fijn 1			
-vervelend 2			
-geen mening 0			

10. Hoe vond u het dat er films/dia's over de bevalling werden getoond?	3	14	8.26
- fijn	1		
-vervelend	2		
-geen mening	0		

11. Heeft u nog suggesties ter verbetering van de cursus?	3	15	8.27
-ja, nl...	1		
-nee	2		

VIII-A EVALUATIE ZWANGERSCHAP

1. Vindt u dat u tijdens de zwangerschap voldoende informatie hebt gekregen?	3	16	8.28
-ja	1		
-nee, want...	2		
weet ik niet	0		

2. Zou u het prettig gevonden hebben als u buiten de cursus om nog meer contacten met zwangere vrouwen had gehad?	2	68	8.12
-ja	1		
-nee	2		
-geen mening	0		

IX. BEVALLING

1. In welk ziekenhuis bent u bevallen? 3 50 9.32  
 -Pieter Pauw 1  
 (K+K) -Bennekom 2  
 -anders, nl... 8

2. Hoelang voor de bevalling bent u naar het ziekenhuis 3 61 9.43  
 gegaan?  
 - toen de bevalling begonnen was 1  
 (K) -binnen een week vòòr de bevalling 2  
 -langer dan een week vòòr de bevalling 3

3. Had u tijdens de zwangerschap zodanige instructies 3 17 9.01  
 gekregen, dat u wist wat u moest doen als de weeën  
 kwamen of de vliezen braken?  
 -ja 1  
 -nee 2  
 -geen mening 0

4. Toen u uw ha/vrvr. had geroepen, kwam hij/zij toen 3 18 9.02  
 naar uw zin snel genoeg?  
 -ja 1  
 (PK) -nee 2  
 -geen mening 0

5. Toen u uw ha/vrvr/gyn. had opgebeld, toen de bevalling 3 19 9.03  
 begonnen was, gaf hij/zij toen duidelijke instruc-  
 ties over wat u moest doen?  
 -ja 1  
 -nee 2  
 -geen mening 0

6a. Had u bij de bevalling uw eigen ha/vrvr/gyn.? 3 20 9.04  
 -ja 1  
 -nee 2 3 X 21

b. Zo nee, had u tijdens de zwangerschap al kennis 3 22 9.05  
 gemaakt met de vervangster/er  
 -ja 1  
 -nee 2

c. zoz

c. Hoe vond u het dat iemand anders de bevalling begeleidde?	3	23	9.06
-vervelend	1		
-niet vervelend	2		
-geen mening	0		
7. Toen u de arts/vrvr. gewaarschuwd had, heeft hij/zij u toen duidelijk genoeg verteld, wanneer u naar het ziekenhuis moest gaan?	3	51	9.33
-ja	1		
(K+PK) -nee	2		
-geen mening	0		
8. Kwam u naar uw gevoel op tijd, te vroeg of te laat in het ziekenhuis aan?	3	52	9.34
-op tijd	1		
-te vroeg	2		
(K+PK) -te laat	3		
-geen mening	0		
9a. Werd U in de periode voor de bevalling in het zieken- prettig opgevangen?	3	53	9.35
-ja, want .....	1		
(K+PK) -nee	2		
-geen mening	0		
b. Zo nee, waarom niet			
-moest ergens wachten	3	54	9.36
(K+PK) -geen begeleiding door verpleging	3	55	9.37
-naar verschillende ruimtes vervoerd	3	56	9.38
-anders nml. ....	3	57	9.39
10a. Had U tijdens de zwangerschap of bij een eerdere gelegenheid de verloskamer al gezien?	3	58	9.40
(K+PK) -ja	1		
-nee	2		
b. Zo ja, hoe vond U dat?	3	59	9.41
-prettig	1		
-vervelend	2		
(K+PK) -maakte mij niet uit	3		
-weet ik niet	0		
c. ZOZ			

10c. Zo nee, zou u dit graag gewild hebben?	3		60	9.42
-ja	1			
-nee	2			
-geen mening	0			
11. vervalt	3	X	24	
	3	X	25	
12a. Had U zelf nog wensen of ideeën m.b.t. Uw bevalling?	3		26	9.09
-ja, nl. ....	1			
-nee	2			
b. Zo ja, werd er naar Uw gevoel rekening mee gehouden?	3		27	9.10
-ja	1			
-nee	2			
-geen mening	0			
13a. Werd u tijdens de bevalling uitgelegd wat er allemaal gebeurde?	3		28	9.11
-ja	1			
-nee	2			
-weet ik niet	0			
b. Hoe vond u dat?	3		29	9.12
-prettig	1			
-vervelend	2			
-maakte me niet uit	3			
-geen mening	0			

14. Zijn er tijdens de bevalling nog complicaties opgetreden die geleid hebben tot medische indicatie?	3	30	9.13
-ja	1		
-nee	2		
15. Werd U bij de bevalling ingeknipt?	3	31	9.14
-ja	1		
-nee	2		
16a. Werd U van tevoren (!) al geschoren?	3	32	9.15
-ja	1		
-nee	2		
-weet ik niet	0		
b. Hoe vond U dat?	3	33	9.16
-prettig	1		
-vervelend	2		
-maakte mij niet uit	3		
-geen mening	0		
17a. Was Uw man bij de bevalling aanwezig?	3	34	9.17
-ja	1		
-nee	2		
b. Zo ja, werd Uw man betrokken bij de bevalling?	3	35	9.18
-ja	1		
-nee	2		
-geen mening	0		
c. Hoe vond U dat (b)?	3	36	9.19
-prettig	1		
-vervelend	2		
-maakte me niet uit	3		
18. Heeft U naar Uw gevoel tijdens de weenen en de bevalling iets aan de zwangerschapsgym gehad?	3	37	9.20
-ja	1		
-nee	2		
-geen mening	0		

19.	Heeft naar uw gevoel uw man er tijdens de bevalling iets aan gehad, dat hij naar de zwangerschapsgym is geweest?	3	38	9.21
	-ja 1			
	-nee 2			
	-geen mening 0			
20a.	Kreeg u het kind direkt na de geboorte bij u? (op de buik)	3	39	9.22
	-ja			
	-nee			
b.	Hoe vond u dat?	3	40	9.23
	-prettig 1			
	-vervelend 2			
	-maakte me niet uit 3			
	-geen mening 0			
c.	Indien u het kind niet direkt bij u kreeg, waarom niet?	3	41	9.24
	-mocht niet 1			
	-ik wilde het niet 2			
	-kon niet 3			
	-weet ik niet 0			
21.	Werd u na de bevalling snel genoeg gewassen? (naar uw gevoel)	3	42	9.25
	-ja 1			
	-nee 2			
	-geen mening 0	3	X 43	
22a.	Werd u na de bevalling even alleen gelaten met (man en) kind?	3	44	9.26
	-ja 1			
	-nee 2			
	-weet ik niet 0			
b.	Hoe vond u dat?	3	45	9.27
	-prettig 1			
	-vervelend 2			
	-maakte me niet uit 3			
	-geen mening 0			



23a.	Had u zelf nog wensen of ideeën m.b.t. de verzorging van uw kind na de bevalling?	3	46	9.28
	-ja,nl.... 1			
	-nee 2			
b.	Zo ja, werd er naar uw gevoel rekening mee gehouden?		47	9.29
	-ja 1			
	-nee 2			
	-geen mening 0			
24.	Zijn er nog aspecten van de bevalling die u van belang vindt, en waar nog niet over gepraat is?	3	48	9.30
	ja,nl.... 1			
	nee 2			
25.	Heeft u t.a.v. de bevalling nog suggesties ter verbetering?	3	49	9.31
	-ja,nl.... 1			
	-nee 2			

X. KRAAMBED EN NAZORG

		3	X	62	
1. Waar hebt u het kraambed doorgebracht?					
- thuis	1	3		63	10.01
- klinisch	2				
- poliklinisch	3				
- gemengd klinisch/thuis	4				

THUIS

2a Was u voor de bevalling al voldoende op de hoogte over de verzorging van het kind?					
- ja	1	3		64	10.02
- nee	2				

b zo nee, bent u in de periode van het kraambed voldoende op de hoogte gebracht over de verzorging van het kind?					
- ja	1	3		65	10.03
- nee	2				

c zo ja, door wie?					
- medische zorg	1	3		66	10.04
- anders	8				

3a Welke hulp heeft u tijdens het kraambed gekregen?					
- de bij het kraamcentrum gevraagde hulp	1	3		67	10.05
- anders, nl	8				

b indien anders: werd u uitgelegd waarom u andere hulp kreeg?					
- ja	1	3		68	10.06
- nee	2				

4. Heeft deze verandering van hulp nog problemen met zich meegebracht?					
- ja, nl	1	3		69	10.07
- nee	2				

5a Zijn tijdens de kraamperiode nog veranderingen in hulp opgetreden?					
- ja	1	3		70	10.08
- nee	2				

b zo ja, welke verandering?

- soort hulp	1	3	71	10.09
- persoon van de hulp	2			

c op welke dag vond verandering plaats?

- dag 1	1	3	72	10.10
- dag 2	2			
-	⋮			
- > 7 dagen	7			
- weet ik niet	0			

d Op wiens initiatief heeft die verandering plaatsgevonden?

- vanuit kraamcentrum	1	3	73	10.11
- vanuit vrouw	2			

e indien verandering vanuit kraamcentrum, waarom?

- wegens ziekte van kraamhulp	1	3	74	10.12
- drukke tijd voor kraamcentrum	2			
- weet ik niet	0			
- anders	8			

kaartnr.	4	1	01
resp.nr.		2	02
		3	02
		4	02

6a Hoe vond u over het algemeen de hulp die u gekregen hebt?

- geen problemen mee gehad	1	4	5	10.13
- wel problemen mee gehad	2			

b indien wel problemen, welke problemen?

- t.a.v. huishoudelijke activiteiten		4	6	10.14
- zorg voor moeder en kind		4	7	10.15
- info over verzorging moeder en kind		4	8	10.16
- zorg voor rest gezin		4	9	10.17
- persoonlijke moeilijkheden		4	10	10.18
- anders, nl		4	11	10.19

7a Wanneer is de kraamhulp gekomen?

- vóórdat vroedvrouw/h.a. kwam 1
- tijdens de bevalling 2
- opvolgend op vroedvr./h.a. 3
- toen vroedvr./h.a. al weg was 4
- weet niet meer 0

4

12 10.20

7b indien "toen vroedvr/ha al weg was", hoeveel uur erna?

- 1 uur 1 - 7 / 8 uur 5
- 2 uur 2 - 9 / 10 uur 6
- 3 / 4 uur 3 - 11 / 12 uur 7
- 5 / 6 uur 4 - 13 uur 8

4

38 10.45

8a Wanneer had u het liefst gehad dat ze gekomen zou zijn?

- vóórdat vroedvrouw/h.a. kwam 1
- tijdens de bevalling 2
- opvolgend op vroedvr./h.a. 3
- toen vroedvr./h.a. al weg was 4
- geen mening 0

4

13 10.21

8b indien "toen vroedvr/ha al weg was", hoeveel uur erna?

- 1 uur 1 - 7 / 8 uur 5
- 2 uur 2 - 9 / 10 uur 6
- 3 / 4 uur 3 - 11 / 12 uur 7
- 5 / 6 uur 4 - 13 uur 8

1

40 10.47

9a hoelang is de kraamhulp gebleven?

- 1 / 2 dagen 1 - 6 dagen 5
- 3 dagen 2 - 7 dagen 6
- 4 dagen 3 - 8 dagen 7
- 5 dagen 4 - >= 9 dagen 8

4

14 10.22

b indien < 8 dagen: waarom is ze tot .. dagen na bevalling gebleven?

- op initiatief van kraamcentrum 1
- op initiatief van de vrouw 2

4

15 10.23

17b zo ja, waarom?

- rust 1
- geen kraamhulp nodig 2
- vaste bezoektijden 3
- anders, nl 8
- thuis puzer 4

4

27 10.34

c hoelang zou u dan in het ziekenhuis willen blijven?

- 1....7 dagen 1....7
- > 8 dagen 8
- weet ik niet 0

4

28 10.35

### POLIKLINISCH

2. Mocht uw man mee naar de kraamkamer?

- ja 1
- nee 2

4

29 10.36

3. Hoe vond u dat?

- fijn 1
- vervelend 2
- maakte me niet uit 3
- geen mening 0

4

30 10.37

4. Kon uw man naar uw zin lang genoeg bij u blijven?

- ja 1
- nee 2

4

31 10.38

5. Kon uw kind naar uw zin lang genoeg bij u blijven?

- ja 1
- nee 2

4

32 10.39

6. Waar bleef het kind?

- babykamer 1
- couveuse 2
- bij u 3
- weet ik niet 0
- anders 8

4

33 10.40

7a Was u binnen een dag weer thuis?				
- ja	1	4	34	10.41
- nee	2			
b zo nee, waarom moest u langer in het ziekenhuis blijven?				
- complicaties kind	1	4	35	10.42
- complicaties moeder	2			
- anders	8			
c hoe lang moest u in het ziekenhuis blijven?				
- 1...7 dagen	1...7	4	36	10.43
- > 8 dagen	8			
8a Was u voor de bevalling al voldoende op de hoogte over de verzorging van het kind?				
- ja	1	3	64	10.02
- nee	2			
b zo nee, bent u in de periode van het kraambed voldoende op de hoogte gebracht over de verzorging van het kind?				
- ja	1	3	65	10.03
- nee	2			
c zo ja, door wie?				
- medische zorg	1	3	66	10.04
- anders	8			
9a Welke hulp heeft u tijdens het kraambed gekregen?				
- de bij het kraamcentrum gevraagde hulp	1	3	67	10.05
- anders, nl	8			
b indien anders: werd u uitgelegd waarom u andere hulp kreeg?				
- ja	1	3	68	10.06
- nee	2			
0. Heeft deze verandering van hulp nog problemen met zich meegebracht?				
- ja, nl	1	3	69	10.07
- nee	2			

11a Zijn tijdens de kraamperiode nog veranderingen in hulp opgetreden?

- ja	1	3	70	10.08
- nee	2			

b zo ja, welke verandering?

- soort hulp	1	3	71	10.09
- persoon van de hulp	2			

c op welke dag vond verandering plaats?

- dag 1	1	3	72	10.10
- dag 2	2			
-				
- dag 9	9			
- weet ik niet	0			

d op wiens initiatief heeft die verandering plaatsgevonden?

- vanuit kraamcentrum	1	3	73	10.11
- vanuit vrouw	2			

e indien verandering vanuit kraamcentrum, waarom?

- wegens ziekte van kraamhulp	1	3	74	10.12
- drukke tijd voor kraamcentrum	2			
- weet ik niet	0			
- anders	8			

kaartnr. 4 1 01

resp.nr. 2 02

3 02

4 02

12a Hoe vond u over het algemeen de hulp die u gekregen hebt?

- geen problemen mee gehad	1	4	5	10.13
- wel problemen mee gehad	2			

b indien wel problemen, welke problemen?

- t.a.v. huishoudelijke activiteiten		4	6	10.14
- zorg voor moeder en kind		4	7	10.15
- info over verzorging moeder en kind		4	8	10.16
- zorg voor rest gezin		4	9	10.17
- persoonlijke moeilijkheden		4	10	10.18
- anders, nl		4	11	10.19

13a Wanneer is de kraamhulp gekomen?

- al in het ziekenhuis aanwezig	1	4	37	10.44
- al thuis aanwezig bij aankomst vrouw uit ZH	2			
- na thuiskomst vrouw uit ZH	3			
- weet niet meer	0			

b indien na thuiskomst, hoeveel uur erna?

- 1 uur 1	- 7 / 8 uur	5	4	38	10.45
- 2 uur 2	- 9 / 10 uur	6			
- 3 / 4 uur 3	- 11 / 12 uur	7			
- 5 / 6 uur 4	- >> 13 uur	8			

14a Wanneer had u het liefst gehad dat ze gekomen zou zijn?

- al in het ziekenhuis	1	4	39	10.46
- bij thuiskomst aanwezig	2			
- na thuiskomst vrouw uit ZH	3			
- geen mening	0			

b indien na thuiskomst, hoeveel uur erna?

- 1 uur 1	- 7 / 8 uur	5	4	40	10.47
- 2 uur 2	- 9 / 10 uur	6			
- 3 / 4 uur 3	- 11 / 12 uur	7			
- 5 / 6 uur 4	- >> 13 uur	8			

15a Hoelang is de kraamhulp gebleven?

- 1 / 2 dagen 1	- 6 dagen	5	4	14	10.22
- 3 dagen 2	- 7 dagen	6			
- 4 dagen 3	- 8 dagen	7			
- 5 dagen 4	- >> 9 dagen	8			

b indien ≤ 8 dagen: waarom is ze tot .. dagen na de bevalling gebleven?

- op initiatief van kraamcentrum	1	4	15	10.23
- op initiatief van de vrouw	2			

16a Wat vond u van het aantal dagen dat de kraamhulp aanwezig was?

- goed	1	4	16	10.24
- te lang	2			
- te kort	3			
- geen mening	0			



16b Waarom vond u dat?(OPEN)

17. Heeft u voldoende rust gehad tijdens de kraamperiode?

- |       |   |   |    |       |
|-------|---|---|----|-------|
| - ja  | 1 | 4 | 17 | 10.25 |
| - nee | 2 |   |    |       |

18a Wist u dat er gym voor na de bevalling bestond?

- |       |   |   |    |       |
|-------|---|---|----|-------|
| - ja  | 1 | 4 | 18 | 10.26 |
| - nee | 2 |   |    |       |

b zo ja, van wie gehoord?

- |                         |   |   |    |       |
|-------------------------|---|---|----|-------|
| - zwangerschapsgym      | 1 | 4 | 19 | 10.27 |
| - overige medische zorg | 2 |   |    |       |
| - anders                | 8 |   |    |       |

19a Had u gymoefeningen opgekregen voor na de bevalling?

- |       |   |   |    |       |
|-------|---|---|----|-------|
| - ja  | 1 | 4 | 20 | 10.28 |
| - nee | 2 |   |    |       |

b zo ja, van wie?

- |                         |   |   |    |       |
|-------------------------|---|---|----|-------|
| - zwangerschapsgym      | 1 | 4 | 22 | 10.29 |
| - overige medische zorg | 2 |   |    |       |
| - anders                | 8 |   |    |       |

20. Had u er behoefte aan gehad om na de bevalling samen met andere bevallen vrouwen gymoefeningen te doen?

- |       |   |   |    |       |
|-------|---|---|----|-------|
| - ja  | 1 | 4 | 23 | 10.30 |
| - nee | 2 |   |    |       |

21a Er is nu over de kraamperiode gepraat. Zijn er nog aspecten die voor u belangrijk zijn en die we over het hoofd gezien hebben?

- |       |   |   |    |       |
|-------|---|---|----|-------|
| - ja  | 1 | 4 | 24 | 10.31 |
| - nee | 2 |   |    |       |

b zo ja, welke?(OPEN)

22a Heeft u t.a.v. het kraambed nog suggesties ter verbetering?			
- ja	1	4	25 10.32
- nee	2		

b zo ja, welke?(OPEN)

23a Als het kraambed in het ziekenhuis net zo duur zou zijn als het kraambed thuis, zou u dan liever het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen?			
- ja	1	4	26 10.33
- nee	2		

b zo ja, waarom?

- rust	1	4	27 10.34
- geen kraamhulp nodig	2		
- vaste bezoektijden	3		
- anders, nl	8		
- thuis Pyner	4		

c hoelang zou u dan in het ziekenhuis willen blijven?

- 1...7 dagen	1...7	4	28 10.35
- 8 dagen	8		
- weet ik niet	0		

KLINISCH

2. Mocht uw man mee naar de kraamkamer?			
- ja	1	4	29 10.36
- nee	2		

3. Hoe vond u dat?			
- fijn	1	4	30 10.37
- vervelend	2		
- maakte me niet uit	3		
- geen mening	0		

4. Kom uw man naar uw zin lang genoeg bij u blijven?			
- ja	1	4	31 10.38
- nee	2		

5. Kon uw kind naar uw zin lang genoeg bij u blijven?					
- ja	1		4	32	10.39
- nee	2				
6. Waar bleef het kind?					
- babykamer	1		4	33	10.40
- couveuse	2				
- bij u	3				
- weet ik niet	0				
- anders	8				
7a Vond u dat u naar uw zin, voldoende gelegenheid geboden werd tot contact met uw kind?					
- ja	1		4	42	10.48
- nee	2				
b zo nee, waarom niet?					
- medische beperking(moeder en/of kind ziek)	1		4	43	10.49
- kind lag te ver weg	2				
- regels van het ziekenhuis	3				
- weet ik niet	0				
- anders, nl	8				
8a Vond u dat u , naar uw zin, voldoende gelegenheid geboden werd tot verzorging van uw kind?					
- ja	1		4	44	10.50
- nee	2				
b zo nee, waarom niet?					
- medische beperking(moeder en/of kind ziek)	1		4	45	10.51
- regels van het ziekenhuis	2				
- personeel bood te weinig gelegenheid	3				
- weet ik niet	0				
- anders, nl	8				
9. Hoe vond u het aantal bezoeken?					
- goed	1		4	46	10.52
- te weinig	2				
- te veel	3				

10. Was er voldoende gelegenheid voor contact tussen u en uw man? (naar uw mening)			
- ja 1	4	41	10...
- nee 2			
11. Was er voldoende gelegenheid voor contact tussen uw man en uw kind tijdens de bezoeken?			
- ja 1	4	47	10.53
- nee 2			
12. Was er voldoende gelegenheid voor contact tussen uw kind en het bezoek?			
- ja 1	4	48	10.54
- nee 2			
13a Was u voor de bevalling al voldoende op de hoogte over de verzorging van het kind?			
- ja 1	3	64	10.02
- nee 2			
b zo nee, bent u in de periode van het kraambed voldoende op de hoogte gebracht over de verzorging van het kind?			
- ja 1	3	65	10.03
- nee 2			
c zo ja, door wie?			
- medische zorg 1	3	66	10.04
- anders 8			
14a Wist u dat er gym voor na de bevalling bestond?			
- ja 1	4	18	10.26
- nee 2			
b zo ja, van wie gehoord?			
- zwangerschapsgym 1	4	19	10.27
- overige medische zorg 2			
- anders 8			

15a Had u gymoefeningen opgekregen voor na de bevalling?				
- ja 1	4		20	10.28
- nee 2				
	4	X	21	
b zo ja, van wie?				
- zwangerschapsgym 1	4		22	10.29
- overige medische zorg 2				
- anders 8				
16. Had u er behoefte aan gehad om na de bevalling samen met andere bevallen vrouwen gymoefeningen te doen?				
- ja 1	4		23	10.30
- nee 2				
17. Hoelang moest u in het ziekenhuis blijven na de bevalling?				
- 1...7 dagen 1...7	4		36	10.43
- > 8 dagen 8				
18. Hoelang heeft uw kind in het ZH gelegen?				
- 1...7 dagen 1...7	4		49	10.55
- > 8 dagen 8				
19a Had u er behoefte aan om langer of korter in het ZH te blijven?				
- ja, langer 1	4		50	10.56
- nee 2				
- ja, korter 3				
b hoeveel dagen?				
- 1...7 dagen 1...7	4		51	10.57
- > 8 dagen 8				
c indien langer, waarom?				
- i.v.m. rust	4		52	10.58
- thuis geen hulp	4		53	10.59
- kind niet in orde	4		54	10.60
- voelde me niet goed	4		55	10.61
- anders, nl	4		56	10.62

19d indien korter, waarom?				
- thuis gezelliger		4	57	10.63
- niet genoeg rust			..	
- voelde me goed			..	
- anders, nl				
20. Heeft u voldoende rust gehad tijdens de kraamperiode?				
- ja 1		4	17	10.25
- nee 2				
20a Had u na die .. dagen in het ZH nog behoefte aan kraamhulp thuis?				
- ja 1		4	58	10.67
- nee 2				
b zo ja, welke hulp had u dan graag gehad?				
- interne kraamhulp 1		4	59	10.68
- wijkkraamhulp 2				
c waarom had u die hulp graag gehad?				
- gebrek aan vaardigheden t.a.v verzorging kind 1		4	60	10.69
- lichamenlijk niet in staat 2				
- weet ik niet 0				
- anders, nl 8				
21a Er is nu over de kraamperiode gepraat. Zijn er nog aspecten die voor u belangrijk zijn, en die wij over het hoofd gezien hebben?				
- ja 1		4	24	10.31
- nee 2				
b zo ja, welke?(OPEN)				
22a Heeft u t.a.v. het kraambed nog suggesties ter verbetering?				
- ja 1		4	25	10.32
- nee 2				
b zo ja, welke?(OPEN)				

XI. VOEDING VAN HET KIND

		4	X	61	
1.	Kreeg u tijdens de zwangerschap naar uw gevoel voldoende info over de voeding van de baby	4		62	11.01
	- ja 1				
	- nee 2				
	- geen mening 0				
2.	Met wie heeft u tijdens de zwangerschap gesproken over de voeding van de baby				
	- zwangerschapsbegeleiding	4		63	11.02
	- overige medische zorg	4		64	11.03
	- anderen	4		65	11.04
3 <sup>a</sup> .	Had u tijdens de zwangerschap al besloten, welke voeding u zou geven	4		66	11.05
	- ja 1				
	- nee 2				
	- weet ik niet 0				
b.	Zo ja, wat had u besloten	4		67	11.06
	- borstvoeding 1				
	- flesvoeding 2				
4 <sup>a</sup> .	Welke voeding heeft u uiteindelijk uw kind gegeven	4		68	11.07
	- borstvoeding 1				
	- flesvoeding 2				
b.	Indien uiteindelijke voeding anders is dan de oorspronkelijk gekozen voeding: Waarom heeft u uw kind een andere voeding gegeven				
	- medische beperkingen	4		69	11.08
	- beperkingen vanuit de zorg	4		70	11.09
	- lukt niet, want....	4		71	11.10
	- informatie	4		72	11.11
	- eigen keuze	4		73	11.12
	- anders, nl....	4		74	11.13
	kaartnummer		5	1	0.1
	resp. nr.			2	0.2
				3	
				4	

5 <sup>a</sup> . Kreeg u naar uw gevoel voldoende begeleiding van de med. zorg bij het voeden van uw kind	5	5	11.14
- ja 1			
- nee 2			
- geen mening 0			
b. Zo nee, wat heeft u gemist bij deze begeleiding (open)			
6 <sup>a</sup> . Kreeg u naar uw gevoel voldoende onformatie van de med. zorg over de voeding van het kind	5	6	11.15
- ja 1			
- nee 2			
- geen mening 0			
b. Zo nee, welke informatie heeft u gemist (open)			
7 <sup>a</sup> . Had u na de bevalling het gevoel, dat u tijdens de zwangerschap toch meer informatie had moeten hebben	5	7	11.16
- ja 1			
- nee 2			
- geen mening 0			
b. Zo ja, waarover (open)			



## XII. WIJKVERPLEGING

1.	Is er iemand van de wijkverpleging langs geweest vóór de bevalling	5	8	12.01
	- ja            1			
	- nee          2			
2.	Hoe vaak is de wijkverpleegster geweest	5	9	12.02
	- 1 keer            1			
	:            :			
	- > 7 keer          7			
3.	In welke periode van de zwangerschap	5	10	12.03
	- < 4 <sup>e</sup> maand      1			
	- > 4 <sup>e</sup> maand      2			
	- beide            3			
4. <sup>a</sup>	Was het u duidelijk waarvoor ze kwam	5	11	12.04
	- ja            1			
	- nee          2			
b.	Zo ja, waar kwam ze voor			
	- controle aanwezige benodigdheden	5	12	12.05
	- kennismaking	5	13	12.06
	- anders, nl	5	14	12.07
5.	Vond u dit zinnig	5	15	12.08
	- ja, want.....      1			
	- nee, want.....      2			
	- geen mening          0			
6.	Is er iemand van de wijkverpleging langs geweest ná de bevalling	5	16	12.09
	- ja          1			
	- nee        2			
7.	Zo ja, hoe vaak	5	17	12.10
	- 1 keer            1			
	:            :			
	- > 7 keer          7			

8. In welke periode	5	18	12.11
- < 10 <sup>e</sup> dag	1		
- > 10 <sup>c</sup> dag	2		
- beide	3		
9 <sup>a</sup> Was het u duidelijk waarvoor de wijkverpleegster kwam	5	19	12.12
- ja	1		
- nee	2		
	5	X 20	
b. Zo ja, waar kwam ze voor			
- controle kind	5	21	12.13
- kennismaking	5	22	12.14
- info geven over consultatiebureau	5	23	12.15
- anders, nl.....	5	24	12.16
10- Vond u dit zinnig	5	25	12.17
- ja, want....	1		
- nee, want	2		

XIII. ALGEMEEN EN SUGGESTIES TER VERBETERING

1.	We hebben nu de zwangerschap, bevalling, en het kraambed met u doorgesproken; vind u, dat er nog punten zijn, die uzelf erg belangrijk vindt en die we over het hoofd hebben gezien	5	26	13.01
	- ja. nl..... 1			
	- nee, nl.... 2			
2 <sup>a</sup>	Heeft u tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed en daarna, naast de begeleiding die u gehad heeft, nog behoefte om u tegen iemand uit te kunnen spreken over het hele gebeuren	5	27	13.02
	- ja 1			
	- nee 2			
	b. zo ja, in welke periode met name			
	- zwangerschap	5	28	13.03
	- bevalling	5	29	13.04
	- kraambed	5	30	13.05
	- na kraambed	5	31	13.06
	- anders	5	32	13.07
3 <sup>a</sup>	Heeft u de indruk, dat u tegenstrijdige dingen heeft gehoord	5	33	13.08
	- ja 1			
	- nee 2			
	b. Zo ja, over welke aspecten (open)			
	c. Van wie			
	- medische professie ↔ medische professie, nl....	5	34	13.09
	- medische professie ↔ literatuur + media, nl....	5	35	13.10
	- medische professie ↔ leken, nl....	5	36	13.11
	- anders, nl....	5	37	13.12
4 <sup>a</sup>	Heeft u zelf nog suggesties ter verbetering van de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed	5	38	13.13
	- ja 1			
	- nee 2			
	b. zo ja, tijdens zwangerschap, nl....	5	39	13.14
	tijdens bevalling, nl.....	5	40	13.15
	tijdens kraambed, nl...	5	41	13.16

## Bijlage 4 NIVEAU VEREISTE OPLEIDING

1. l.o. of v.g.l.o./lavo of enige jaren ulo/mavo  
zonder meer
2. l.o. of v.g.l.o./lavo of enige jaren ulo/mavo  
plus specifieke part-time-opleiding
3. diploma lager beroepsonderwijs of primaire huishoudschool  
zonder meer
4. diploma lager beroepsonderwijs of primaire huishoudschool  
plus specifieke part-time-opleiding
5. diploma ulo/mavo of enige jaren v.h.m.o.  
zonder meer
6. diploma ulo/mavo of enige jaren v.h.m.o.  
plus specifieke part-time-opleiding
7. diploma v.h.m.o. of middelbaar beroepsonderwijs
8. diploma hoger beroepsonderwijs
9. diploma universiteit of hogeschool

Codeboek behorende bij de vragenlijst.

In deze vragenlijst kunnen drie soorten vragen onderscheiden worden:

1. Gestructureerde vragen waarbij slechts één antwoord aangekruist kan worden

De mogelijke antwoorden en de daarbij behorende codes zijn bij elke vraag vermeld. Behalve de in de vragenlijst genoemde antwoorden konden bij dit soort vragen ook steeds de volgende antwoorden ingevuld worden:

"weet ik niet" of "geen mening"	code: 0
"anders"	code: 8
"de vraag is niet gesteld" of "niet van toepassing"	code: 9

2. Gestructureerde vragen waarbij meerdere antwoorden aangekruist kunnen worden

Elke antwoordmogelijkheid werd beschouwd als een aparte variabele. Hieraan konden de volgende codes toegekend worden:

1 = "wel genoemd"
2 = "niet genoemd"
9 = "de vraag is niet gesteld" of "niet van toepassing".

3. Open vragen



uw kenmerk

uw brief van

ons kenmerk AK/jr 80/17

datum 14 januari 1980

bijlage(n)

onderwerp Onderzoek Kraambedverloop

Geachte mevrouw,

In mei en juni 1979 heeft U Uw medewerking verleend aan een onderzoek van de vakgroep Gezondheidsleer van de Landbouwhogeschool.

Het was een onderzoek naar de zorg met betrekking tot zwangerschap, bevalling en kraambed in Wageningen. Dankzij Uw medewerking was het mogelijk een beschrijving te geven van het gebruik van deze zorg door Wageningse vrouwen en van hun ervaringen ermee. Zoals beloofd, sturen wij U hierbij de meest opmerkelijke resultaten van het onderzoek.

In totaal namen 209 moeders deel aan het onderzoek, 95 van hen kregen hun eerste kind en 114 moeders hadden reeds één of meer kinderen. Uit de grote hoeveelheid informatie die wij van deze moeders kregen, kwam in het algemeen een vrij positief beeld naar voren van de Wageningse verloskundige zorg. Toch werden er ten aanzien van verschillende onderdelen van de zorg door een aantal moeders opmerkingen gemaakt, die aanleiding kunnen zijn voor bijstelling van de zorgverlening. Achtereenvolgens willen wij de belangrijkste resultaten met betrekking tot zwangerschap, bevalling en kraambed naar voren brengen.

#### Zwangerschap

De helft van alle moeders werd tijdens de zwangerschap begeleid door de vroedvrouw, één kwart door de huisarts en één kwart door een gynaecoloog (hoofdzakelijk in het Pieter Pauw ziekenhuis of het Streekziekenhuis). Het merendeel van alle moeders bleek tevreden over de zwangerschapscontroles.

Zwangerschapsgymnastiek werd door ruim éénderde van de moeders gevolgd. Dit waren hoofdzakelijk moeders die hun eerste kind kregen. Van de deelnemers bleek het merendeel tevreden over de cursus. Men vond met name de volgende punten van de cursus belangrijk:

- contacten met anderen
- ademhalingstechnieken
- informatie

De 'aanstaande-ouder-cursus' werd slechts door weinig moeders gevolgd. We denken dat dit lage aantal o.a. een gevolg is van de onbekendheid van aanstaande moeders met het bestaan en de inhoud van de cursus. We menen dan ook dat de opzet van de cursus moet worden herzien.

Verder kunnen we op grond van het onderzoek over de zwangerschapsbegeleiding in zijn geheel, de volgende aanbevelingen geven:

- het is gewenst een algemeen informatiestencil te verstrekken tijdens één van de eerste zwangerschapscontroles. Hierin zouden alle organisatorische en praktische punten vermeld moeten staan, waarmee een vrouw tijdens haar zwangerschap, bevalling en kraambed te maken krijgt.
- indien mogelijk, zou de organisatie van de zwangerschapscontroles in één van de ziekenhuizen herzien dienen te worden.
- voor zover dit niet gebeurt, is het goed dat aanstaande moeders de mogelijkheid geboden krijgen om de verloskamer in een ziekenhuis te bekijken (ook de a.s. moeders die thuis willen bevallen).
- het is belangrijk dat de vrouw tijdens haar zwangerschap wordt voorbereid op de periode na de bevalling. Aangeraden wordt hulp te regelen voor de periode nadat de kraamhulp is vertrokken of nadat de moeder thuiskomt uit het ziekenhuis (als het kraambed daar wordt doorgebracht).
- meer informatie is nodig over de volgende onderwerpen:
  - o de plaats van bevalling
  - o de voeding en conditie van de aanstaande moeder
  - o de wijze waarop de bevalling zich aankondigt en hetgeen de moeder dan te doen staat
  - o de voeding van de komende baby; met name over het proces en de techniek van borstvoeding én over de samenstelling van de verschillende soorten kunstvoeding.

### Kraambed

Over de rol van de medische zorg in de kraamperiode, komt via het onderzoek over het algemeen een gunstig beeld naar voren.

Wij kwamen op grond van de verkregen gegevens echter ook tot een paar aanbevelingen. Het gaat hier om:

- het tijdstip van aankomst van de kraamhulp; ook de wensen van de vrouw zouden hierbij een rol moeten spelen;
- contactmogelijkheden tussen de vader en zijn kind; ook in geval van een kraambed in het ziekenhuis moet de vader zijn kind zo mogelijk kunnen vasthouden;
- gymnastiekoefeningen voor na de bevalling; thuis moet de kraamhulp dit bevorderen en in het ziekenhuis de fysiotherapeute.

In tegenstelling tot de verwachting, hadden slechts zeer weinig moeders belangstelling voor een kraambed in het ziekenhuis, als ze helemaal zelf konden kiezen.

### De voeding van het kind

De voeding van het kind bleek voor de moeders een zo belangrijke zaak dat vrijwel iedereen al tijdens de zwangerschap besloten had welke voeding ze zouden geven; tweederde koos borstvoeding en éénderde flesvoeding. Op de 10e dag na de bevalling bleek in werkelijkheid de helft borstvoeding te geven.

Van de totale groep moeders was het merendeel tevreden over de hulpverlening bij het voeden van het kind. Moeders met een eerste kind én ook moeders die het kraambed in het ziekenhuis hadden doorgebracht, waren iets minder tevreden.

### Wijkverpleging

Eénderde van de moeders werd vóór de bevalling bezocht door een wijkverpleegster. Dit bezoek bleek bij de moeders vaak anders over te komen dan de wijkverpleging bedoeld heeft.

Wij denken dat het goed zou zijn wanneer de wijkverpleging hier meer duidelijkheid over zou geven.

Na de bevalling werden vrijwel alle moeders door een wijkverpleegster bezocht. Dit bezoek werd wel door het merendeel van de moeders zinvol gevonden en met name door de moeders die hun kraambed (gedeeltelijk) in het ziekenhuis hadden doorgebracht.



Met de voorgaande resultaten willen wij in deze brief volstaan. U zult begrijpen dat wij hier geen volledige weergave hebben kunnen geven van alle resultaten en informatie die wij hebben verzameld. Mocht U geïnteresseerd zijn in het gehele rapport dat werd samengesteld, dan kunt U dit vanaf april inzien op de openbare leeszaal van Wageningen, Stadsbrink 34.

Wij willen met deze brief niet de indruk wekken dat de betrokken zorg al onze aanbevelingen zal kunnen opvolgen. Wij kunnen alleen een rapport opsturen naar iedereen die een bijdrage levert aan de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed in Wageningen. Wij hopen dat elke zorgverlener voor zichzelf zal uitzoeken waar hij een bijdrage kan en zal leveren aan de verbetering van deze zorg.

Wij willen U bij deze nogmaals hartelijk bedanken voor Uw medewerking aan het onderzoek.

Met vriendelijke groeten,

Martie Brouwer  
Dorien van Herpen  
Ruth de Jongh  
Angela Kool  
Marie José Kühlmann  
Liesbeth Rodenburg  
Sonja Vlaar

De vakgroep Gezondheidsleer en Tropische Hygiëne geeft deze serie uit. Opgenomen worden scripties, nota's, verslagen en rapporten van studenten en medewerkers van de vakgroep Gezondheidsleer en Tropische Hygiëne.

Tot nu verschenen publicaties:

- \*\* 1974 - 1     Verslagen:  
I. Colitis ulcerosa en enterobacteriaceae species  
II. Bakteriologische test van een laminar cross-flow unit  
III. Tiekleding en 'strooiing' van bacteriën.  
Door: N. Wiegersma
- \*\* 1974 - 2     Scriptie:  
Ouderdom en Huisvesting.  
Door: Mevr. M.F. Croes-Amesz
- \*\* 1974 - 3     Nota:  
Gemeente Breda-Jeugdtdanzorgnota: Bijlage bij het preadvies van burgermeester en wethouders met betrekking tot een nieuwe opzet van de georganiseerde jeugdtdanzorg.
- \*\* 1974 - 4     Nota:  
Jeugdtdanzorg Breda; De plaats van de methodoloog in een preventieprogramma.  
Door: Hans de Goeij
- \*\* 1975 - 5     Scriptie:  
Preventieve Gezondheidszorg in Nederland.  
Door: Ineke van Beem, Marian van Haren, Aad Onneweer, Hannie van der Werff.
- \*\* 1975 - 6     Evaluatierapport:  
Sexuele-relacionele voorlichting.  
Door: Hans de Jongh.
- 1975 - 7     Scriptie:  
Euthanasie.  
Door: A.A. van Ramshorst.
- 1975 - 8     Scriptie:  
De zwakzinnigenzorg in Nederland.  
Door: Mevr. M. Koopman-Gilissen
- \*\* 1975 - 9     Scriptie:  
Een literatuurstudie over de bruikbaarheid van verschillende methodieken om de voedselopname te schatten bij epidemiologische onderzoeken.  
Door: A. de Bont
- \*\* 1975 - 10    Scriptie:  
Ziekteverzuim en konjunktuur in de textielindustrie.  
Door: Eltjo Buringh.
- 1976 - 11    Pilotstudy:  
De betekenis van gesignaleerde klachten met betrekking tot het voedsel, in verband met de waardering van het verblijf van bewoners van het centrum voor reaktivering en verpleging "Albert van Koningsbruggen" te Utrecht.  
Door: Franske Hart en Willeke Parmentier.
- 1976 - 12    Verslag:  
"Over gaatjes en praatjes"  
Door: Jan Terpstra.
- 1976 - 13    Verslag:  
Onderzoek naar de fermentatieprodukten en bacteriële interactie in de fissuurplak van gnotobiotische ratten.  
Door: A.I. Toorop.

### Bevalling

De belangrijkste resultaten van het onderzoek met betrekking tot de plaats van bevalling zijn:

- Ongeveer de helft van de moeders beviel op een medische indicatie; deze bevalling vond in het ziekenhuis plaats onder leiding van een gynaecoloog. De meeste moeders bleven na de bevalling langer dan 24 uur in het ziekenhuis.
- Ongeveer een kwart van de moeders beviel poliklinisch; een bevalling in het ziekenhuis onder leiding van de vroedvrouw of de huisarts. Deze moeders gingen binnen 24 uur na de bevalling weer naar huis.
- Ongeveer een kwart van de moeders beviel thuis; een bevalling onder leiding van de vroedvrouw of de huisarts.

Het meest opmerkelijke resultaat vonden we bij de moeders die hun eerste kind kregen, én bij wie de zwangerschap voorspoedig verliep tot de laatste week vóór de geboorte. Van deze moeders beviel bijna de helft op een medische indicatie als gevolg van complicaties in de laatste week vóór of tijdens de bevalling. Moeders die hun eerste kind verwachten, én kiezen voor een thuisbevalling, moeten dan ook tijdens de zwangerschap worden voorbereid op de mogelijkheid dat ingrijpen door een gynaecoloog in een laat stadium van de zwangerschap nodig kan zijn. Dit kan vervoer naar het ziekenhuis betekenen tijdens de bevalling. Over de verschillende aspecten van de begeleiding rond de bevalling was het merendeel van de moeders tevreden. Wij willen hier met name noemen:

- de ontvangst in het ziekenhuis (voor zover dit van toepassing is),
- de betrokkenheid van de man bij het hele gebeuren, én
- de gewoonte dat het kind meteen na de geboorte op de buik van de moeder mag liggen.

Op grond van het onderzoek kwamen we tot de volgende aanbevelingen over de bevalling:

- elke aanstaande moeder zou zoveel mogelijk uitleg moeten krijgen bij wat er gebeurt tijdens de bevalling.
- aanstaande ouders dienen geadviseerd te worden een cursus zwangerschapsgymnastiek te volgen.

- 1976 - 14 Scriptie:  
Asbest en zijn gevolgen voor de gezondheid  
Door: J.M. Odink.
- 1976 - 15 Verslag:  
Een akoestisch-audiologisch jaar IZF-TNO  
Door: B.W. te Biesebeek.
- 1976 - 16 Scriptie:  
Silicose in de keramische industrie.  
Door: L.J.E. Duijsens.
- 1976 - 17 Verslag:  
Talkose, een longziekte ten gevolge van inademing van talkstof  
Door: A.H.H.M. Schomaker.
- \*\* 1977 - 18 Verslag:  
Het geneeskundig denken en handelen gezien vanuit een historisch  
gezichtspunt  
Door: F.M. van de Reep.
- 1977 - 19 Scriptie:  
De invloed van 2, 3, 7, 8-tetrachloordibenzo-p-dioxine (TCDD)  
op de gezondheid van de mens.  
Door: Jaap Voetberg.
- 1977 - 20 Verslag:  
De invloed van luchtverontreiniging op de luchtwegen van 10- en  
11-jarige schoolkinderen in Amsterdam, Hoorn en Vlaardingen.  
Door: Joleen Olthof-Oosterhoff.
- 1977 - 21 Verslag:  
De noodzaak van het gebruik van vitaminepreparaten en de rol van  
de huisarts bij dit gebruik.  
Door: Yvonne knegt, Henk van der Meer, Albertien van der Veen,  
Carla van Vessem.
- \*\* 1977 - 22 Scriptie:  
Beleid in de gezondheidszorg. Een bespreking van de structuurnota  
gezondheidszorg 1974 en de wetsvoorstellen voorzieningen en tarie-  
ven gezondheidszorg en een aantal visies.  
Door: Els Hartman
- 1977 - 23 Verslag:  
Explorerend onderzoek naar het gebruik van vitaminepreparaten en  
de kennis over vitamines en vitaminepreparaten bij arnhemse  
huisvrouwen.  
Door: Hannie van Doorn, Joke Groeneweg, Frieda Sanders, Wiebe  
Uithof en Anneke Wybenga.
- 1977 - 24 Verslag:  
Mondhygiënist. Verslag van een literatuuronderzoek naar het ont-  
staan van het beroep mondhygiënist in de Verenigde Staten en naar  
de ontwikkelingen rond het beroep in Nederland van 1945 tot 1977.  
Door: Margreet Dieleman.
- \*\* 1977 - 25 Artikelen en oefeningen:  
Epidemiologie I.
- 1977 - 26 Literatuuronderzoek:  
Benzeen. Een literatuuronderzoek naar de toepassingen van benzeen,  
het metabolisme in mens en dier, en naar de effecten van acute en  
chronische benzeenvergiftiging.  
Door: Han ter Maat.
- 1977 - 27 Onderzoeksverslag:  
Kennis en (beweerd) gedrag ten aanzien van gebitsverzorging.  
Door: Cora Capel.

- \*\* 1977 - 28 Scriptie:  
Irrigatie en bilharzia  
Door: Piet van Driel.
- \*\* 1977 - 29 Verslag:  
Eerste graads leraren opleiding Gezondheidskunde aan de Landbouwhogeschool Wageningen  
Door: Arja Siebenga-Duin.
- \*\* 1977 - 30 Verslag:  
De Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS). Adipositas en de relatie met de fysiologische risicofactoren.  
Door: Mevr. Sandra Bausch-Goldbohm.
- \*\* 1977 - 31 Onderzoek:  
Roken onder scholieren in het voortgezet onderwijs. Een onderzoek naar factoren die samenhangen met roken.  
Door: Jeanet Passchier.
- \*\* 1977 - 32 Scriptie:  
De betekenis van voedingsmiddelen bij de verspreiding van salmonellosis bij de mens.  
Door: C. Paulsson-Vervuurt.
- \*\* 1977 - 33 Scriptie:  
Field observations on the ecology of *Bulinus* (Ph.) *globosus* Morelet, in connection with the control of schistosomiasis in the Hola irrigation scheme, Kenya.  
Door: Christiaan Kooijman.
- 1978 - 34 Interim-verslag:  
Jeugdgezondheidszorg en Epidemiologisch onderzoek.  
Door: Jos Baecke, Martien van Dongen en Gerhard Zielhuis.
- 1978 - 35 Verslag:  
mer-1 Verkorte versie onderzoeksverslag: Milieukundige evaluatie van de HF- uitstoot van een glasvezelfabriek in Hoogezand.
- 1978 - 36 Verslag:  
Milieukundige evaluatie van de HF- uitstoot van een glasvezelfabriek in Hoogezand.
- 1978 - 37 Verslag:  
Milieubesef gemeten? Onderzoek naar milieubesef gemeten in een dorp met (Westerbroek) en zonder (Kiel-Windeweer) actuele luchtverontreiniging in de gemeente Hoogezand-Sappemeer.  
Door: Marlene Minderhoud.
- 1978 - 38 Scriptie:  
Het gezondheidsgedrag in de lagere sociale klasse.  
Door: Jan Terpstra.
- \*\*\* 1978 - 39 Syllabus:  
Niet-Westerse Ziekteleer. Determinants of health and disease.  
Door: Dr. K. Biersteker, Dr. R. Slooff.
- 1978 - 40 Rapport:  
Carbonmonoxide in human beings. Report of a traineeship at the Medical Research Council Toxicology Unit, Clinical Section in London.  
Door: Hetty Stumphius en Piet Leffers.
- \*\* 1978 - 41 Verslag:  
Voorlichting over baarmoederhalskanker in het kader van bevolkingsonderzoek. Enkele kanttekeningen bij de voorlichting in de regio Nijmegen (1977) Door: Margreet Dieleman.
- 1978 - 42 Samenvatting onderzoeksverslag  
Kleutercursussen in limburg; een onderzoek naar de Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding aan ouders van kinderen in de leeftijd van 1½ tot 6 jaar in Limburg.  
Door: Marjo Blom en Thirza Snijder

- \*\* 1978 - 43      Organisatie en werkwijze vakgroep Gezondheidsleer,  
Landbouwhogeschool, Wageningen.  
Studiejaar 1978/1979
- \*\* 1978 - 44      Uitvoerig verslag:  
Kleutercursussen in Limburg; een onderzoek naar de Gezond-  
heidsvoorlichting en Opvoeding aan ouders van kinderen in  
de leeftijd van 1½ tot 6 jaar in Limburg.  
Door: Marjo Blom en Thirza Snijder.
- 1978 - 45      Samenvattend rapport Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Loodonderzoek Arnhem, 1978. Milieukundige evaluatie van de  
looduitstoot van een loodsmeltbedrijf in Arnhem.
- 1978 - 46      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
24-uursgemiddelde metingen van de buitenluchtconcentratie  
Door: Anja Baks.
- 1978 - 47      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Benedenwindse metingen van de buitenluchtconcentratie met  
korte monsterduren.  
Door: John Peters.
- 1978 - 48      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Depositie van lood.  
Door: Piet Koster.
- 1978 - 49      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Verontreinigingssituatie binnenshuis.  
Door: Bert Brunekreef, Jodokus Diemel.
- 1978 - 50      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Gedragsobservaties.  
Door: Gisèle Snelder en Nieki Diekmann
- 1978 - 51      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Epidemiologisch model, toevoeren van lood.  
Door: Bert Brunekreef, Sybrand v.d. Meulen, Siebrand Veenstra,  
Eric Lebret.
- 1978 - 52      Deelverslag Loodonderzoek Arnhem, 1978:  
Sociologische enquête.  
Door: Jan Mensink en Ronald Frencken.
- 1978 - 53      Verslag:  
Een mislukt onderzoek naar de gezondheidkundige betekenis van  
een polyurethaanbrand bij een school te Rotterdam.  
Door: Martie Brouwer en Ben Viveen..
- \*\*\* 1979 - 54      Syllabus:  
Teksten Epidemiologie. Deel 1: Artikelen  
Door: Sturmans, de Goeij
- \*\*\* 1979 - 55      Syllabus:  
Teksten Epidemiologie. Deel 2: Oefeningen  
Door: Sturmans, de Goeij
- \*\* 1979 - 56      Scriptie:  
Impressie van een Moeder- en Kindzorg project in Tunesië  
Door: Mariet Mulders
- \*\* 1979 - 57      Verslag:  
Zorg rondom de poliklinische bevalling.  
Door: N.M. de Regt en W.G. Vrij-Standhardt
- 1979 - 58      Verslag:  
Tetrachlooretheen (PER) in uitademingslucht van omwonenden  
rond chemische wasserijen  
Door: T.M.L. Scheffers en M.M. Verberk
- \*\*\* 1979 - 59      Syllabus:  
Ioniserende straling.

- 1979 - 60 Verslag:  
Milieuwetenschap in een gokparadijs  
Door: Bert Brunekreef
- \*\*\* 1979 - 61 Syllabus:  
Geluidhinder
- \*\*1979 - 62 Verslag:  
Beschrijving van de zorg voor kinderen van 0 tot 3 jaar in een  
Batakse samenleving op Noord Sumatra  
Door: Anne-Marie Dicker, Aafje Meijering
- 1979 - 63 Verslag:  
Voorstel voor een opleiding in de bedrijfshygiëne binnen de  
opleiding N42-Milieuhygiëne aan de Landbouwhogeschool te  
Wageningen  
Door: S.J. Veenstra
- 1979 - 64 Scriptie:  
Evaluatie van gezondheidsvoorlichting in Recife, Brazilië  
Door: Rosemarie Oortman
- 1979 - 65 Organisatie en werkwijze vakgroep Gezondheidsleer,  
Landbouwhogeschool Wageningen  
Studiejaar 1979/1980
- \*\*\* 1979 - 66 Syllabus:  
Westerse Pathologie
- 1979 - 67 Verslag:  
Mexico: an environmental profile  
Door: Ton Ph. van Harreveld
- 1979 - 68 Verslag:  
Medisch-hygiënische aspecten van het overblijven op school  
Door: Nelleke Benedictus-Hokken
- 1979 - 69 Verslag:  
Studies on Bulinus Globosus, the snail vector of Schistosoma  
Haematobium in Hola Irrigation Scheme, Kenya  
Door: Just v.d. Broek
- 1979 - 70 Verslag:  
Onderzoek naar aanleiding van de Jeugd tandzorg G.G.D. Stads-  
gewest ten behoeve van Bredase kinderen geboren van juli 1975  
tot en met juni 1976.  
Door: Margreet Dieleman
- \*\*\* 1979 - 71 Syllabus  
Teksten Epidemiologie. Deel 2: Oefeningen  
Door: Sturmans, de Goeij
- 1979 - 72 Verslag:  
Het dagboek als registratie-instrument in gezondheidsonderzoek.  
Een methodologische studie.  
Door: Jan Meijers, Olga Pedroli, Marieke van Putten
- \*\*\* 1979 - 73 Syllabus  
Epidemiologie en Medische Statistiek. Deel 1.  
Door: Sturmans
- 1979 - 74 Verslag  
Zelfstandig wonende ouderen  
Door: Marianne Poodt-ter Huurne, Janine Dolk, Ant van Burg,  
Marja de Goffau-Markusse, Marike Wegter, Nicolette Warmen-  
hoven

\*\* = uitverkocht

\*\*\* = alleen verkrijgbaar voor onderwijsvolgende studenten in het Centraal Magazi

Voor de inhoud van de publicaties blijven de auteurs aansprakelijk.  
Inlichtingen over deze serie kan men verkrijgen bij de secretaris van  
de vakgroep Gezondheidsleer, De Dreijen 11, 6703 BC Wageningen,  
tel. 08370 - 82080.

F. Pelt, wnd. secretaris