

Minder is meer

De kracht van solo- en duopraktijken in Nederland

Yvonne Fontein

Inleiding

Zwangerschap en bevalling in Nederland worden gezien als normale fysiologische *life-events*.^[1] Ondanks het streven naar een ongecompliceerde thuisbevalling zijn de medische interventies, met name bijstimulatie en kunstverlossingen, in de laatste jaren gestegen.^[2, 3] Parallel aan deze ontwikkeling is het aantal solo- en duopraktijken afgenomen en groeit het aantal grotere groepspraktijken.^[4] Uit onderzoek blijkt een relatie tussen het aantal verloskundigen per praktijk en verwijzingen: hoe meer verloskundigen per praktijk, hoe hoger het verwijzingspercentage tijdens de baring.^[4,5, 8-10] Uit buitenlands onderzoek is ook gebleken dat de 'continuïteit van zorgverlener' positief bijdraagt aan bevallingsuitkomsten, een algeheel welbevinden en tevredenheid met de verloskundige zorg.^[5-10] Onder continuïteit van zorgverlener wordt een model van verloskundige zorg verstaan waarbij de zorg wordt verstrekt door een kleine groep, idealiter twee, voor de zwangere bekende verloskundigen gedurende de periode van zwangerschap, bevalling en postnatale periode, gericht op individuele behoeften van de vrouw.^[11] In deze studie wordt de relatie tussen continuïteit van zorgverlener en baringsuitkomsten onderzocht door een vergelijking te maken tussen kleine praktijken (1-2 verloskundigen), middelgrote praktijken (3-4 verloskundigen) en grote praktijken (5 of meer verloskundigen). De studie richt zich op de baringsuitkomsten en maternale tevredenheid over baring en zorgverlening van laag-risico vrouwen waarbij de start van de baring plaatsvindt onder begeleiding van een eerstelijns verloskundige praktijk in Nederland.

Methoden

Er werden 273 Nederlandse eerstelijns verloskundige praktijken random benaderd volgens cluster stratified sampling. Deze methode werd gebruikt om drie groepen (praktijken met 1-2 verloskundigen, 3-4 verloskundigen, en ≥ 5 verloskundigen) te verkrijgen van vergelijkbare grootte en vergelijkbare mate van verstedelijking (stad, verstedelijk platteland en platteland). Na toestemming

tot deelname ontvingen de praktijken een verklaring van anonimiteit en geheimhouding van praktijkgegevens. Tevens ontvingen zij instructies over de studieprocedure en werden zij gevraagd informatiebrieven uit te delen aan cliënten. De vrouwen die in de onderzoeksperiode van 20 april tot 20 mei 2007 bevielen werden geïncludeerd in de studiegroep. *Informed consent* van deze vrouwen werd verkregen en anonimiteit en geheimhouding werden gewaarborgd; praktijken hadden geen toegang tot de antwoorden verstrekt door de respondenten. Een grondig proces van codering en adressering van vragenlijsten aan deelnemende vrouwen door een onafhankelijke persoon, maakte het dat de onderzoeker niet bekend was met de exacte geografische locatie van vrouwen en dus praktijken. In het geval van perinatale sterfte werd de onderzoeker geïnformeerd om deze vrouwen niet onnodig te belasten.

Voor uiteindelijke deelname kwamen vrouwen in aanmerking als zij voldeden aan de volgende criteria: Nederlands sprekende vrouwen met ongecompliceerde zwangerschappen die bevielen tussen 37 en 42 weken amenorroeduur van een eenling in hoofdligging waarbij de aanvang van de bevalling in de eerstelijns plaatsvond. Exclusies werden gedocumenteerd. Data werden gecodeerd en geanalyseerd met SPSS voor Windows (versie 14.0). Mogelijke correlatie tussen variabelen werden geanalyseerd met kruistabellen en significantie werd getest met Kruskal-Wallis. De ethische commissie (School Research Ethics Committee) van Glasgow Caledonian University keurde de studie goed. Toestemming van een Nederlandse ethische commissie was niet nodig^[12].

Vragenlijst

Naast demografische, persoonlijke kenmerken en bevallingsuitkomsten (zie tabel 1), bestond de vragenlijst uit drie onderdelen: 1) prenatale zorg, 2) bevalling en 3) postnatale zorg. In alle drie de onderdelen kwamen vragen aan de orde die betrekking hadden op maternale satisfactie, persoonlijke ervaringen en emoties, en de verloskundige zorg. De vragenlijst is gebaseerd op bestaande gevalideerde vragenlijsten.^[13-17] Er waren gesloten en subjectieve vragen die met een visuele schaal van 0 tot 10 konden worden beantwoord. De vragenlijsten werden getest op betrouwbaarheid door 'cognitive interviewing' en 'test-retesting'.^[18] Een pilot-

Yvonne Fontein heeft als verloskundige in Schotland en Nederland gewerkt. Momenteel werkt ze aan de Glasgow Caledonian University. Dit artikel is gebaseerd op haar onderzoek in het kader van haar masteropleiding aan deze universiteit.

Tabel 1. Demografische en persoonlijke kenmerken

- Leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, etniciteit, huidig aantal kinderen
- Datum bevalling en zwangerschapsduur
- Deelname zwangerschapseducatie
- Voorgenomen plaats van bevalling
- Uiteindelijke plaats van bevalling
- Aanwezigheid eigen verloskundige bij bevalling na verwijzing
- Reden tot keuze van praktijk
- Totaal aantal verloskundigen in praktijk
- Woonachtig in stad, op verstedelijkt platteland, op platteland

study werd uitgevoerd onder 88 vrouwen. Naar aanleiding daarvan werd de lay-out van de vragenlijst aangepast, één vraag werd verwijderd en één vraag werd toegevoegd. Alle drie de onderdelen begonnen met de vraag hoe tevreden vrouwen waren met de verschillende aspecten van zorg. Met betrekking tot de prenatale zorg richtten zeven vragen zich op aspecten als telefonisch contact, de inhoud van het intakebezoek en de vervolgcontroles, communicatie en informatie en advies door de verloskundige(n). Er werd daarnaast gevraagd of vrouwen

Tabel 2. Vragen/stellingen besluitvorming, herinnering bevalling, relatie verloskundige(n)

- Werd u door uw verloskundige(n) gestimuleerd zelf beslissingen te nemen in relatie tot uw verloskundige zorg gedurende de zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode?
- Werden uw persoonlijke mening en beslissingen in relatie tot de verloskundige zorg gerespecteerd gedurende de zwangerschap, bevalling en/of kraamperiode?
- Het is belangrijk voor mij om deel te nemen in besluitvorming t.a.v. mijn verloskundige zorg.
- Als ik terug denk aan mijn bevalling dan zou ik deze op dezelfde manier willen doormaken.
- Mijn herinneringen aan mijn bevallingen zijn overwegend:
- Voor mijn gevoel had ik een persoonlijke relatie met mijn verloskundige(n).
- Een persoonlijke relatie met mijn verloskundige(n) is voor mij belangrijk.
- Als u zwanger zou zijn, zou u dan dezelfde verloskundige praktijk kiezen (indien mogelijk)?

aandacht, interesse en betrokkenheid hadden ervaren van hun verloskundige(n) en ook werden gevoelens van angst en bezorgdheid geïnventariseerd. De vragenlijst over postnatale zorg bevatte vijf vragen over de tevredenheid met de frequentie en inhoud van de postnatale controles, de eventuele nacontrole, informatie en advies en de evaluatie van de bevalling. Vier vragen betroffen de bevalling waarbij aan de orde kwam: het vertrouwen van vrouwen in hun verloskundige, of ze de verloskundige aardig vonden, of deze professioneel overkwam en interesse en betrokkenheid toonde. Met behulp van 6 vragen werd geïnventariseerd of de verloskundige en de bevalling zelf voldeden aan de verwachtingen van de vrouwen, de waarde van de aanwezigheid van de verloskundige tijdens de bevalling, het ervaren van veiligheid en eenzaamheid tijdens de bevalling en hoe tevreden vrouwen waren met hun bevalling. Ter afsluiting waren er acht vragen en stellingen met betrekking tot besluitvorming, herinneringen bevallingen en de relatie met verloskundige(n) (zie tabel 2).

Resultaten

Van de 273 benaderde praktijken besloten 143 praktijken (52.4%) tot deelname waarbij een onafhankelijke steekproef ontstond van gelijk gestratificeerde proporties vrouwen naar praktijkgrootte (zie tabel 3) en mate van verstedelijking (zie tabel 4). Een totaal aantal van 1900 informatiebrieven werd verstuurd naar de verschillende praktijken. Het is onbekend hoeveel informatiebrieven daadwerkelijk uitgereikt werden, maar 1020 (53.6%) vrouwen gaven toestemming tot deelname.

Kenmerken van de respondenten

In totaal werden 1020 vragenlijsten verstuurd waarvan 870 (85.3%) compleet ingevulde vragenlijsten werden geretourneerd. De vragenlijsten van 718 vrouwen (70.4%) werden geïncludeerd in de studie. Van de overige 152 respondenten werden 100 vrouwen geëxcludeerd omdat zij buiten de onderzoeksperiode bevielen en 52 respondenten konden niet deelnemen vanwege serotiniteit (5), prematuriteit (2), gemelli (1), verwijzing naar de tweedelij na 37 weken maar voor de bevalling (7), perinatale sterfte (1) en inleiding (4). Twee vrouwen konden niet deelnemen vanwege overige redenen en 30 respondenten werden geëxcludeerd omdat de vragenlijsten na de sluitingsdatum geretourneerd werden. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 32 jaar (SD 0.86). Van de respondenten had 2.1% een LBO opleiding, 36.2% MAVO/ MBO/ VMBO, 35.9% had een HBO opleiding, 17.3% was universitair opgeleid en 0.4% had geen opleiding gevolgd. Bijna alle respondenten waren gehuwd (70.2%) of samenwonend (28.4%), vier vrouwen hadden een Living Apart Together-relatie en zes

Tabel 3. Aantal primi- en multiparae naar kleine (1-2 verloskundigen), middelgrote (3-4 verloskundigen) en grote (≥ 5 verloskundigen) praktijken

	Totaal		Klein		Middelgroot		Groot	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Primi	387	(54%)	131	(55,9%)	126	(50,8%)	130	(55%)
Multi	331	(46%)	103	(44,1%)	122	(49,2%)	106	(45%)
Totaal	718	(100%)	234	(100%)	248	(100%)	236	(100%)

t-test kleine praktijken t.o.v. middelgrote en grote praktijken samen, $t = 2.514$, $p = 0.128$

vrouwen waren alleenstaand (0.8%). Van het totale aantal respondenten kreeg 54.2% hun eerste kind, 27,1% hun tweede kind, 12% van de vrouwen kreeg hun derde kind en de overige 7.2% kreeg een vierde kind of meer. De respondenten waren representatief voor de Nederlandse populatie van vrouwen in de fertile leeftijd voor wat betreft leeftijd, opleiding en pariteit.^[19]

Maternale baringsuitkomsten

Tabel 5 toont de resultaten over maternale baringsuitkomsten: de plaats van bevalling en interventies. Vrouwen die verloskundige zorg ontvingen in een solo of duopraktijk bevelen vaker thuis en werden minder vaak verwezen durante partu dan vrouwen in praktijken met meer dan twee verloskundigen. De bevalling in solo- en duopraktijken eindigde minder vaak in een Sectio Caesarea, er werd minder vaak pethidine toegediend en de barende vrouw werd minder vaak bewaakt middels een CTG.

Bevallingservaring

De deelnemers werd gevraagd naar hun bevallingservaring waarvoor zij een score konden geven met nul als laagste score en tien als hoogste score. De score werd geanalyseerd in relatie tot pariteit (tabel 6), interventies (figuur 1) en praktijkgrootte (figuur 2). In kleine praktijken had

Tabel 4. Aantal vrouwen verdeeld naar mate van verstedelijking (stad, verstedelijkt platteland en platteland)

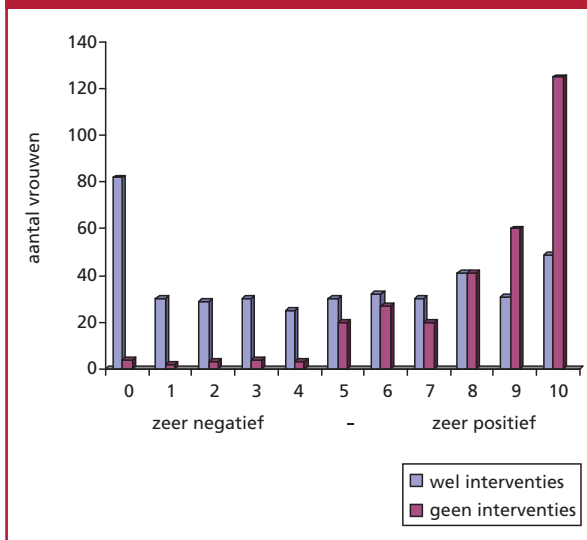
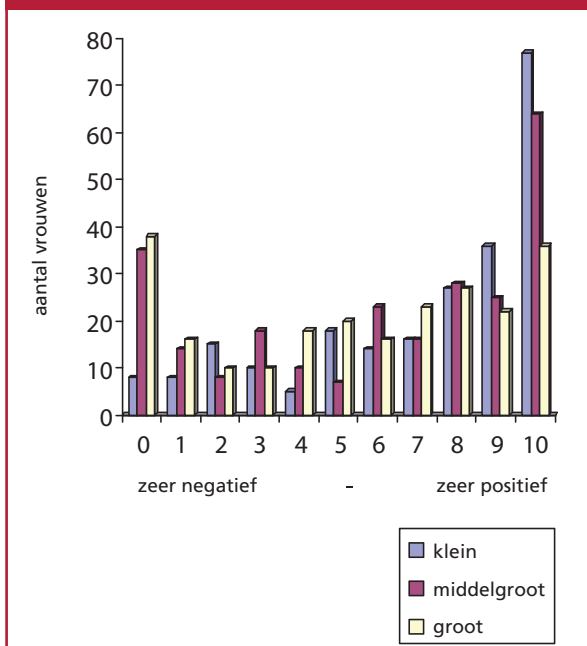
	N	%
Stad	280	39,0%
Verstedelijkt	211	29,4%
Platteland	227	31,6%
Totaal	718	100,0%

Tabel 5. Plaats van bevalling en interventies naar kleine (1-2 verloskundigen), middelgrote (3-4 verloskundigen) en grote (≥ 5 verloskundigen) praktijken

Baringsuitkomsten	Klein N=234 N (%)	Middelgroot N=248 N (%)	Groot N=236 N (%)	p-waarde kleine praktijk t.o.v. middel- grote en grote praktijken samen
Thuispartus	126 (53,8)	86 (34,7)	56 (23,7)	0,016
Poliklinisch	31 (13,2)	35 (14,1)	30 (12,7)	0,06
Verwijzing naar tweedelijjn (Klinisch)	77 (32,9)	127 (51,2)	150 (63,6)	0,0006
Totaal aantal interventies	93 (39,7)	149 (60,1)	173 (73,3)	0,002
Pethidine	22 (9,4)	29 (11,7)	43 (18,2)	0,044
Epiduraal	10 (4,3)	23 (9,3)	43 (18,2)	0,106
Bijstimulatie	36 (15,4)	69 (27,8)	72 (30,5)	0,51
CTG	61 (26,1)	108 (43,5)	129 (54,7)	0,015
Vaginale kunstverlossing	21 (9)	31 (12,5)	44 (18,6)	0,62
Secundaire SC	8 (3,4)	14 (5,6)	25 (10,6)	0,046
Episiotomie	47 (20,1)	81 (32,7)	96 (40,7)	0,067

Tabel 6. Bevallingservaring van primi- en multiparae aangegeven op een schaal van 0 (zeer negatief) tot 10 (zeer positief)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAAL
N primi	68	21	22	25	17	30	24	25	38	40	77	387
%primi	17,5%	5,4%	5,7%	6,4%	4,8%	7,7%	6,2%	6,4%	9,8%	10,3	19,8%	100%
N multi	20	13	13	12	13	20	23	23	44	53	97	331
% multi	6,1%	4,0%	3,6%	3,6%	4,0%	6,1%	7,0%	7,0%	13,4%	15,8%	29,5%	100%
% nulli- en multiparae	12,3%	4,7%	4,7%	5,2%	4,5%	7,0%	6,55	6,7%	11,4%	12,8%	24,2%	100%

Figuur 1. Bevallingservaring aangegeven op een schaal van 0 (zeer negatief) tot 10 (zeer positief) in relatie tot interventies**Figuur 2.** Bevallingservaring aangegeven op een schaal van 0 (zeer negatief) tot 10 (zeer positief) in relatie tot praktijkgrootte

40 % van de vrouwen hun bevalling als zeer positief (score 8 en hoger) ervaren en 13,6 % zeer negatief (score 2 en lager). In middelgrote praktijken was 36,8 % zeer positief en 35,4 % zeer negatief over de bevalling. In grote praktijken waren deze percentages respectievelijk 23,3 en 50%. Multiparae waren vaker zeer positief over hun bevallingservaring dan primiparae ($p=0,0001$). Dat gold ook voor vrouwen die een bevalling zonder interventies doormaakten in vergelijking tot vrouwen die wel interventies ondergingen.

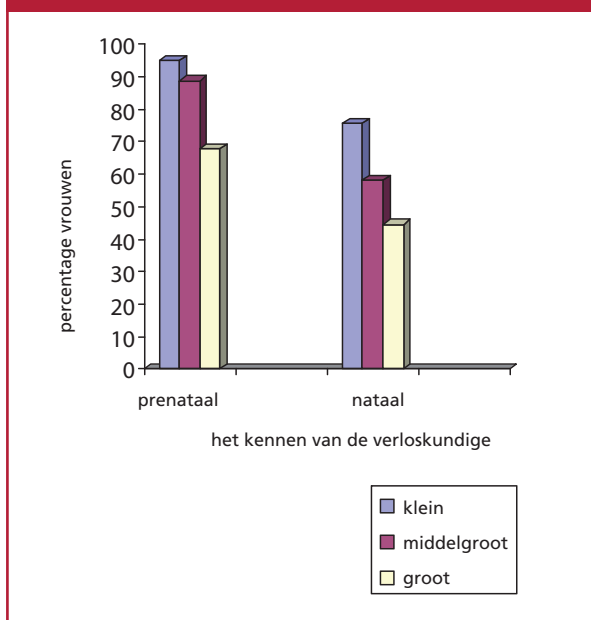
Vrouw-verloskundige relatie

Aan vrouwen werd gevraagd of zij alle verloskundigen werkzaam in hun praktijk kenden en of zij de verloskundige die in de eerstelijns de partus begeleidde voor de bevalling ontmoet hadden (zie figuur 3). Vrouwen in kleine praktijken met 1-2 verloskundigen kennen significant vaker de verloskundige(n) die hun bevalling begeleidde ($p=0,003$). Daarnaast werd gevraagd in welke mate vrouwen een relatie met hun verloskundige(n) ervoeren door een cijfer op een schaal van 0 tot 10 te geven (zie figuur 4). Met een gemiddelde van 6.73 ($SD=2.547$) gaven vrouwen uitdrukking aan de ervaren relatie met hun verloskundige(n). Met een gemiddelde van 7.39 ($SD=2.109$) gaven vrouwen het belang aan van een relatie met de verloskundige. Vrouwen in kleine praktijken waren vaker zeer positief over de relatie met hun verloskundige(n) dan vrouwen in praktijken met meer dan twee verloskundigen ($p=0.001$).

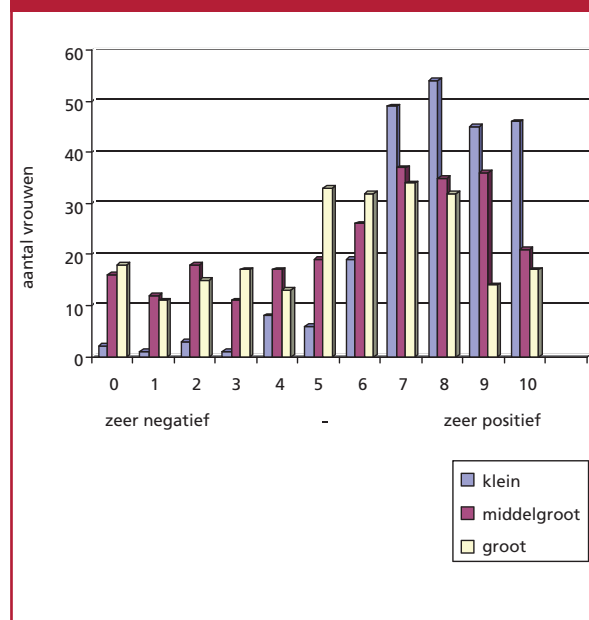
Aanwezigheid van eigen verloskundige na verwijzing durante partu

Bij een derde van alle verwijzingen tijdens de baring in deze studiegroep, was de 'eigen' verloskundige tijdens de geboorte in het ziekenhuis aanwezig. In kleine, middelgrote en grote praktijken was in respectievelijk 51,9 %, 36,6% en 18,0% van de verwijzingen de eigen verloskundige aanwezig bij de geboorte ($p=0,001$, 1-2 verloskundigen ten opzichte van > 2 verloskundigen). Indien na verwijzing de eigen verloskundige tijdens de baring aanwezig was, gaven de respondenten met een

Figuur 3. Het percentage vrouwen dat hun verloskundige(n) kent in de zwangerschap en tijdens de baring in relatie tot praktijk-grootte



Figuur 4. Het ervaren van een relatie met de verloskundige(n) aangegeven op een schaal van 0 (zeer negatief) tot 10 (zeer positief) in relatie tot praktijkgrootte



gemiddelde van 9.02 (op een schaal van 0 tot 10) aan dat dit een meerwaarde gaf aan hun bevallingservaring. De meeste vrouwen die na verwijzing bevielden zonder hun eigen verloskundige lieten weten dat de aanwezigheid van hun eigen verloskundigen wel een meerwaarde zou hebben gegeven.

Maternale tevredenheid

De tevredenheid van vrouwen over hoe de verloskundige(n) met hen omging, werd beoordeeld met een cijfer op de schaal van 0 tot 10. Een score tussen 7 en 10 werd als 'tevreden' bestempeld. Er werd gevraagd naar aandacht, interesse, betrokkenheid, het stimuleren en respecteren van beslissingen door de cliënt. Het percentage 'tevreden' vrouwen is - ten aanzien van al deze aspecten van de

begeleiding- in solo of duopraktijken hoger dan in praktijken met meer dan twee verloskundigen (zie tabel 7).

Ten aanzien van de overall zorg tijdens de zwangerschap, baring en kraambed, waren in kleine praktijken meer vrouwen tevreden (score 7-10): 47% versus 31% in middelgrote en 22% in grote praktijken. ($p=0,013$, kleine praktijken ten opzichte van middelgrote en grote praktijken samen).

In kleine praktijken waren meer vrouwen tevreden over de mogelijkheid om de zorg te evalueren in het kraambed: 46% versus 30% in middelgrote en 24% in grote praktijken samen ($p=0,0001$, kleine praktijken ten opzichte van middelgrote en grote praktijken samen). Tot slot waren in kleine praktijken meer vrouwen tevreden

Tabel 7. Percentage vrouwen die tevreden (score 7-10) zijn over diverse aspecten van de begeleiding door de verloskundige in relatie tot praktijkgrootte

Begeleiding	Kleine praktijken	Middelgrote praktijken	Grote praktijken	p-waarde kleine t.o.v. middelgrote en grote praktijken samen
Persoonlijke aandacht	38%	35%	27%	0.0001
Prenatale interesse & bezorgdheid	36%	35%	29%	0.0001
Natale interesse & bezorgdheid	38%	34%	28%	0.001
Vertrouwen in verloskundige tijdens baring	50%	35%	25%	0.002
Stimuleren van eigen beslissingen	49%	28%	23%	0.0001
Respecteren eigen beslissingen	49%	31%	20%	0.0001

over informatie en advies tijdens de zwangerschap en kraambed(47%) vergelijking tot vrouwen in middelgrote praktijken (31%) en grote praktijken (22%) ($p=0.0001$ kleine praktijken ten opzichte van middelgrote en grote praktijken samen).

Discussie

De respondenten in deze studie zijn representatief voor Nederlandse vrouwen in de eerstelijns verloskunde voor wat betreft leeftijd, pariteit, burgerlijke staat, opleiding, thuispartus, verwijzing, pijnbestrijding, CTG en secundaire sectio caesarea.^[3, 19] Omdat Nederlands sprekend als een van de inclusiecriteria gehanteerd werd, waren vrouwen met een niet-Nederlandse achtergrond ondervetegenwoordigd.^[3, 19] In de studiepopulatie is het percentage vrouwen dat thuis beviel vergelijkbaar met de landelijke eerstelijns populatie. Ook komt het aantal verwijzingen durante partu overeen met de landelijke cijfers evenals interventies als pijnbestrijding, CTG en secundaire SC. Opmerkelijk is dat in de studiepopulatie minder kunstverlossingen en bijstimulaties voorkwamen. Het percentage episiotomieën was daarentegen weer hoger in de studie-groep dan in de landelijke registratie.^[3] In deze studie was de verdeling van primiparae en multiparae representatief voor de Nederlandse eerstelijns populatie. Ook was er geen onevenredige vertegenwoordiging van een bepaalde mate van verstedelijking, regio of praktijkgrootte, waarmee dit verschil verklaard zou kunnen worden.

Bij de opzet van dit onderzoek werd rekening gehouden met een aantal factoren. Om selectiebias te voorkomen werden vrouwen tijdens de zwangerschap benaderd voor deelname aan dit onderzoek. Sociaal wenselijke antwoorden werden geminimaliseerd door de vragenlijsten te anonimiseren en te retourneren zonder tussenkomst van de verloskundigen. Dit coderingsproces had als nadeel dat het niet te achterhalen was uit welke praktijken de respondenten kwamen. Oververtegenwoordiging van praktijken met bepaalde kenmerken zou de resultaten kunnen beïnvloeden. Daar de datacollectie over een periode van een maand plaatsvond, is oververtegenwoordiging echter onwaarschijnlijk.

De studie toont aan dat vrouwen in kleine praktijken significant minder interventies ondergaan en hun bevalling beter ervaren in vergelijking met middelgrote en grote verloskundige praktijken. In overeenstemming met de landelijke registratie^[3] worden in de studiegroep meer primiparae verwezen en ondergaan meer interventies dan multiparae. Verwijzing en interventies blijken een negatief effect te hebben op de beleving van de bevalling; primiparae kijken dan ook vaker negatief terug op hun bevalling dan multiparae. Deze bevindingen sluiten aan bij het onderzoek van Rijnders, die concludeerde dat

vrouwen met een ongeplande geïntervenieerde ziekenhuisbevalling meer ontevreden zijn dan vrouwen met een ongecompliceerde thuisbevalling.^[20] Ook Olde concludeerde in zijn studie dat factoren als obstetrische interventies, vooral de kunstverlossing en operatieve bevalling, en een tekort aan persoonlijke en betrokken begeleiding tijdens de partus, een verhoogde kans geeft op een negatieve bevallingservaring.^[21]

Dit onderzoek laat zien dat vrouwen in kleine praktijken vaker hun verloskundige kennen en vaker durante partu door een eigen verloskundige worden begeleid dan in praktijken met meer dan twee verloskundigen. Zij tonen ook hogere satisfactieniveaus. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van internationale studies met betrekking tot continuïteit van zorg en zorgverlener.^[5-11] Uit de studie blijkt dat aspecten zoals persoonlijke aandacht, respect, interesse en bezorgdheid van de verloskundige, het kennen van de verloskundige, de aanwezigheid van de eigen verloskundige bij de bevalling, vertrouwen in de verloskundige en tevredenheid met informatievoorziening significant frequenter ervaren werden in kleine praktijken dan in praktijken met meer dan twee verloskundigen. Deze bevindingen ondersteunen het idee dat een klein aantal zorgverleners leidt tot meer betrokkenheid en vertrouwdheid; hetgeen het spontane verloop van de baring ten goede komt.

Echter, betrokkenheid en vertrouwdheid met de zorgverlener heeft behalve met het aantal zorgverleners ook te maken met de organisatie van de zorg. In een grote praktijk met vijf verloskundigen, kan de prenatale zorg zo georganiseerd zijn dat de cliënt slechts één of twee verloskundigen ziet. En omgekeerd houdt een praktijk van één of twee verloskundigen niet automatisch in dat deze verloskundigen meer aandacht en tijd besteden aan cliënten dan de verloskundigen in bijvoorbeeld een vier-vrouwsp praktijk. In een duopraktijk met 250 zorgeenheden kunnen verloskundigen wellicht minder tijd besteden tijdens de prenatale controles en bevalling dan in een viervrouwsp praktijk van 350 zorgeenheden. In een kleine praktijk kan men mogelijk vaker beroep moeten doen op verschillende en mogelijk voor cliënten onbekende waarnemers dan in grotere groepspraktijken.

In deze studie is aanvankelijk wel geprobeerd om ook de relatie te onderzoeken tussen het aantal zorgverleners enerzijds, en het aantal zorgeenheden en de organisatie van de zorg anderzijds. Daarvoor was een vragenlijst opgesteld. De respons van de deelnemende praktijken was echter te gering om de gegevens te kunnen analyseren. Het zou daarom zinnig zijn met vervolgonderzoek causale verbanden vast te stellen tussen maternale bevallingsuitkomsten en welbevinden en het aantal zorgeenheden per praktijk; dit zou mogelijk meer inzicht kunnen geven in tijdsmanagement en hoe dit gerelateerd is aan verwij-

zingen en interventies. Om te onderzoeken of een kleine praktijk past binnen de mogelijkheden en de visie in de Nederlandse eerstelijns verloskundige zorgverlening, is tevens nadere bestudering van de attitude, motivatie en mening van de verloskundige ten aanzien van continuïteit van zorgverlener wenselijk.

Ondanks de beperkingen in deze studie, suggereert dit onderzoek dat het aantal zorgverleners in een verloskundige praktijk belangrijk is in de zorg voor vrouwen. De uitkomsten in deze studie vragen dan ook om bezinning en discussie. De ontwikkeling van grotere praktijken is ontstaan in een tijd met toenemende werkdruk. In de laatste twee decennia zijn veel verloskundigen in een groter verband gaan werken om de hoge werkdruk te kunnen hanteren. Anno 2008 is er geen sprake meer van een tekort aan verloskundigen maar wel van een dalend geboortecijfer en wordt er gewerkt aan verlaging van de normpraktijk. In belang van de cliënt moeten we bedenken hoe we een situatie kunnen creëren met een grote mate van continuïteit. In de oplossing van dit probleem is behoefte aan ondersteuning vanuit de overheid en de zorgverzekeraars in het belang van de maternale gezondheid. In meer persoonlijke aandacht, vertrouwdsheid en betrokkenheid, ligt wellicht de sleutel tot een ommekeer in de ontwikkeling van het stijgende aantal verwijzingen.

Conclusie

In deze studie bevallen vrouwen in eerstelijns praktijken met één of twee verloskundigen vaker thuis, worden minder vaak verwezen en ondergaan minder vaak interventies tijdens de baring dan vrouwen in een praktijk met drie of meer verloskundigen. Vrouwen in solo of duopraktijken hebben een hogere mate van vertrouwen in hun verloskundige(n) dan vrouwen in praktijken met meer verloskundigen. Ze zijn vaker tevreden over hun bevalling en de zorgverlening. Het kennen van de eigen verloskundige(n) en de aanwezigheid van de eigen verloskundige durante partu geeft een meerwaarde aan de bevallingservaring en komt vaker voor in kleine praktijken met maximaal twee verloskundigen dan in praktijken met meer dan twee verloskundigen.

Met dank aan de deelnemende verloskundige praktijken en hun zwangeren. ■

Referenties

1. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, DeVries R, Teijlingen E van. Understanding the social organisation of maternity care systems: Midwifery as a touchstone. *Sociology of Health and Illness*. 2005 Vol.26(6):722-737.
2. Wiegers TA, Zee J van der, Keirse JNC. Maternity care in the Netherlands: The changing home birth rate. *Birth*. 1998 Vol.25(3):190-197.
3. Tietoenator. Praktijkanalyse 2005. 1e lijns verloskunde. Utrecht: Prismant; 2007.
4. Muysken J, Kenens R, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Utrecht: Nivel; 2006: p. 8-18, 24, 32-33.
5. Tinkler A, Quinney D. Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of Advanced Nursing*. 1998 Vol. 28 (1):30-35.
6. Warren C. Exploring the value of midwifery continuity of carer. *British Journal of Midwifery*. 2003 Vol. 11 (10):34-37.
7. Stevens T, McCourt C. One-to-one midwifery practice part I: setting the scene. *British Journal of Midwifery*. 2001 Vol. 9 (12):736-740.
8. Tyler S. Comparing the campaigning profile of maternity user groups in Europe – can we learn anything useful? *Health Expectations*. 2002 Vol. 5 (2):136-149.
9. Beake S, McCourt C, Page L. Evaluation of one-to-one midwifery. *Second Cohort Study*. London: NHS; 2001.
10. Sandall J, Davies J, Warwick C. Evaluation of the Albany Midwifery Practice. London: King's College Hospital; 2001.
11. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane review) In: *The Cochrane Library*, Issue 2; 2004.
12. UMC. WMO Criteria. Utrecht: Universitair Medisch Centrum; 2006.
13. Bailham D, Slade P, Joseph S. Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2004 Vol.22(3):157-165.
14. Winters ACM, Kleefstra SM, Kool RB, Steenbeek R. Tevreden, maar het kan beter. Tevredenheid van patiënten in Universitair Medische Centra. Utrecht: Prismant; 2004: p. 7, 9, 11-14, 21.
15. Johnson M, Langdon R, Yong L, Stewart H, Kelly P. Comprehensive measurement of maternal satisfaction: The modified Mason Survey. *International Journal of Nursing Practice*. 2002 Vol.8:127-136.
16. Teijlingen van ER, Hundley V, Rennie A, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: 'What is, must still be best'. *Birth*. 2003 Vol.30(2): 75-82.
17. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1998 Vol.19(2).
18. Drennan J. Cognitive interviewing: verbal data in the design and pre-testing of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*. 2003 Vol.42(1):57-63.
19. CBS. Kerncijfers Bevolking. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2007.
20. Agterhof N, Hogeweg L, Knecht M de, Krijger C de, Tempelaar W. Afstudeerscriptie WEE.NL. Amsterdam: Verloskunde Academie; 2003.
21. Olde E. Childbirth-related posttraumatic stress: A prospective longitudinal study on risk factors. Wageningen: Ponsen & Looijen BV; 2006.