

Etnische verschillen bij zorg rond de zwangerschap

Naam: Astrid van Ee

Studentnummer: 295335

Adres: Achterharingvliet 37

3011 TD Rotterdam

Datum: 16 november 2007

Begeleider: M. Foets

Meelezer: A. Choté

Voorwoord

Deze scriptie is gemaakt in het kader van de afronding van de bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg.

Bij het maken van ervan en bij de uitvoering van het onderzoek is de studente bijgestaan door een aantal mensen die verbonden zijn aan de faculteit. Als eerste de scriptiebegeleider M. Foets, deze wordt hiervoor dan ook hartelijk bedankt. Verder gaat ook dank uit naar G. Koopmans, hij heeft de dataset van het NIVEL verkleind naar een handzamere dataset. Als laatste worden ook de mensen bedankt die hielpen wanneer de analyses vastliepen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	4
Probleemstelling en deelvragen	6
Theoretisch kader.....	7
Resultaten	16
Conclusie & discussie	24
Literatuurlijst	27
Bijlage 1.....	29

Inleiding

Vooraf in de grote steden van Nederland zoals Amsterdam en Rotterdam wonen veel allochtonen. Zij hebben natuurlijk hetzelfde recht op gezondheidszorg als de autochtone bevolking van Nederland. Het is alleen de vraag of deze groepen ook steeds dezelfde behoefte aan zorg hebben als de autochtone Nederlanders. Een punt waarop verschillen te verwachten zijn is de zorg rondom de zwangerschap. In veel culturen is het bijvoorbeeld niet altijd zo vanzelfsprekend om na de bevalling professionele hulp te vragen, zoals in Nederland wel het geval is. Vaak zijn het familieleden die kraamzorg verlenen en niet een professionele kraamverzorgende.

Naar verwachting zullen er verschillen zijn in het zorggebruik van vrouwen tussen verschillende etnische groepen. Als onderwerp voor deze scriptie is daarom gekozen om te kijken naar etnische verschillen in het zorggebruik van vrouwen rond de zwangerschap.

Het is van belang om te weten wie van welke soort zorg gebruik maken, om zo te kunnen voorspellen hoe groot het zorggebruik zal zijn onder verschillende bevolkingsgroepen in Nederland. In steden waar meer allochtonen wonen, valt te verwachten dat er een andere zorgvraag zal zijn dan op het platteland, waar minder allochtonen wonen. Op deze manier kan de hoeveelheid benodigde deskundige zorg ongeveer worden bepaald, zodat hiermee rekening gehouden kan worden in de planning van zorginstellingen. Men weet dan ongeveer hoeveel zorgverleners er nodig zullen zijn en hoe de organisatie van de zorg er uit zou moeten zien (RIVM 2005).

Ook is van belang om erachter te komen wat precies de behoefte aan zorg is onder allochtone en autochtone mensen. Het hoeft namelijk niet zo te zijn dat deze behoefte wordt weerspiegeld in het daadwerkelijke zorggebruik. Het zou kunnen zijn dat er onder allochtone vrouwen wel behoefte is aan een vorm van kraamzorg, maar dat ze er geen gebruik van maken doordat ze niet bekend zijn met dit fenomeen. De zorg zal dan niet alleen ingericht moeten worden naar het verwachte zorggebruik, maar ook naar wat de behoefte is van de vrouwen. In Nederland is het gebruikelijk om te bevallen met professionele hulp, of deze bevalling dan thuis plaatsvindt of in een ziekenhuis. Het wordt niet acceptabel gevonden om zonder deze hulp te bevallen. Hier wordt dus wenselijk gevonden dat iedereen gebruik maakt van verloskundige zorg. Ook zou het goed kunnen zijn dat er verschillen zijn in gebruik van en behoefte aan respectievelijk verloskundige zorg en kraamzorg.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zal een secundaire analyse van data plaatsvinden, die onder zowel allochtone als autochtone Nederlandse vrouwen van boven de 18 jaar zijn verzameld. Wat betreft de allochtone vrouwen beperken we ons tot de grootste groepen in Nederland: vrouwen van zowel Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse als Surinaamse afkomst.

Het doel van het onderzoek is dus om na te gaan of er daadwerkelijk verschillen zijn in het zorggebruik rond de zwangerschap tussen autochtone vrouwen en verschillende groepen allochtone vrouwen. De resultaten die hieruit voortkomen zijn relevant voor de verschillende betrokken zorginstellingen, hierbij is te denken aan de verloskundige(praktijk), de huisarts, de kraamzorg en het ziekenhuis. Zij hebben dan een beter idee van wat zij aan zorggebruik kunnen verwachten

Na het bespreken van de probleemstelling en deelvragen in deze scriptie zal er eerst worden gekeken wat er over dit onderwerp al bekend is uit eerdere studies. Vervolgens zal worden uitgelegd hoe dit onderzoek is uitgevoerd en in het hoofdstuk resultaten zullen de uiteindelijke uitkomsten worden besproken. Als laatste zullen deze resultaten worden gekoppeld aan de eerdere onderzoeken, dit zal gebeuren in de conclusie en discussie.

Probleemstelling en deelvragen

De probleemstelling luidt:

Is er verschil in gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg tussen autochtonen en allochtonen in Nederland?

Het is hierbij niet alleen de bedoeling om te bekijken of de verschillende groepen van elkaar afwijken, maar ook om er achter te komen waar deze verschillen dan zitten en wat de mogelijke verklaringen kunnen zijn voor deze verschillen.

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden is er een aantal deelvragen geformuleerd:

- Welke verschillen zijn er in gebruik van verloskundige hulp tussen etnische groepen in Nederland? Deze vraag omvat drie aspecten:
 - Waar vindt de bevalling plaats en zijn hier verschillen tussen vrouwen van een verschillende etnische herkomst?
 - Zijn er verschillen in etnische groepen wat betreft de professionele begeleiding bij de zwangerschap?
- Welke verschillen zijn er in gebruik van kraamzorg tussen etnische groepen in Nederland?
- Wat zijn de mogelijke oorzaken van de gevonden etnische verschillen?
 - inzake verloskundige zorg
 - inzake kraamzorg

Met de bovengenoemde deelvragen zal de probleemstelling beantwoord kunnen worden en bovendien zal er ook nog een verklaring zijn gegeven voor de gevonden resultaten.

Theoretisch kader

Op basis van eerder onderzoek is duidelijk dat er vaak verschillen zijn in zorggebruik tussen autochtone en allochtone Nederlanders. Zo is al vrij veel bekend over verschillen in gebruik van huisarts- en specialistenzorg. Zo is uit het GGD onderzoek in Amsterdam (Dijkshoorn 2006) gebleken dat Surinaamse Nederlanders in de regio Amsterdam vaker een bezoek brengen aan hun huisarts dan dat autochtone Nederlanders dat doen. Dit verschil werd gedeeltelijk verklaard door de inkomensverschillen. Dit delfde blijkt uit gegevens van de tweede nationale studie van het RIVM (Uiters 2007). Alle groepen allochtonen brengen per jaar meer bezoeken aan de huisarts dan dat autochtonen doen. Wat betreft poliklinisch contact met een medisch specialist en ziekenhuisopnamen zijn er echter geen significante verschillen gevonden. Verschillen in het zorggebruik kunnen voor een deel verklaard worden door sociaal-economische verschillen en voor ene deel door culturele verschillen. De sociaal-economische positie van allochtonen is doorgaans lager dan die van autochtonen. Verder zijn er cultuurverschillen die ervoor zorgen dat allochtone en autochtone Nederlanders verschillende zorgopvattingen hebben.

Ook culturele verschillen zouden een rol kunnen spelen in de verklaring van de verschillen tussen de etnische groepen. In onder andere de Turkse en Marokkaanse cultuur speelt de naaste familie een belangrijke rol. Van kinderen wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij later voor hun (schoon)ouders zorgen, terwijl het in Nederland heel normaal is om de thuiszorg in te schakelen (Yerden 2000). Toch treden ook hierin verschuivingen op. Nog veel voorkomend is de opvatting dat zorg een familieplicht is, vreemden kunnen of mogen dan geen zorg geven. Dit komt vaak vooral voort vanuit de opvatting dat professionele zorg minder goed zou zijn dan familiezorg. . Momenteel vindt er een verschuiving plaats van de eerst genoemde opvatting naar de volgende, die Nelissen & Morée (2001) omschrijven als 'nood breekt wet'. Hier wordt mee bedoeld dat bemoeienis van professionals in de curesector wel gewenst is, maar in de caresector niet. Tegen instellingen zoals de thuiszorg zijn nog veel reserves, dat geldt waarschijnlijk ook voor kraamzorg. Tenslotte is de jongere generatie allochtonen op weg naar de derde opvatting: 'professionals en familie geven zorg'. Men heeft recht op professionele hulp wanneer men sterk zorgafhankelijk wordt

Er is een aantal factoren die de ontvankelijkheid voor informatie over het Nederlandse zorgsysteem waarschijnlijk bevorderen (Nelissen & Morée 2001). Dit zijn een hogere opleiding en sociaaleconomische status, beheersing van de Nederlandse taal en een langere verblijfsduur. Ook blijken vrouwen hiervoor ontvankelijker te zijn dan mannen.

Hieronder wordt ingegaan op wat er al bekend is in Nederland over etnische verschillen in verloskundige zorg en kraamzorg.

Verloskundige zorg

Het NIVEL heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van verloskundige zorg in Nederland (Coffie 2003). In dit onderzoek zijn zowel autochtone als allochtone Nederlanders meegenomen. De data die bij deze studie is gebruikt is afkomstig van twee grote landelijke patiënten-enquêtes. Er werd in deze publicatie alleen gekeken naar de vraag of het gebruik van de zorg was veranderd, dus was toe- of afgenomen, maar niet naar eventuele verschillen in het gebruik tussen autochtone en allochtone vrouwen. Uit deze studie blijkt dat bijna evenveel vrouwen in het ziekenhuis bevallen als thuis en dat bijna iedereen gebruik maakt van professionele zorg. Afgelopen jaren, tussen 1987 en 2000 heeft er echter wel een verandering plaatsgevonden. Het aantal bevallingen dat door een gynaecoloog wordt begeleid is in deze periode toegenomen, voor zowel de verloskundige als de huisarts is dit percentage afgenomen. Ook wat omtrent de plaats van bevalling zijn er in deze periode wat veranderingen geweest. Het percentage poliklinische bevallingen is namelijk met 5% toegenomen, terwijl het percentage vrouwen dat thuis of klinisch bevalt licht zijn afgenomen. Hieronder staan de percentages genoemd zoals die golden voor het jaar 2000.

Begeleiding bij/plaats laatste bevalling in de periode 2000-2002

Bevalling begeleid door:

Verloskundige	44,9%
huisarts	5,3%
gynaecoloog	46,5%
niet ingevuld	3,3%

Plaats bevalling:

thuis	34,2%
poliklinisch	21,9%
kraamkliniek	-
ziekenhuis	43,5%
niet ingevuld	0,3%

Uit het bovenstaande vallen dus wel gegevens af te lezen over de gemiddelde Nederlandse vrouw, echter niets over eventuele verschillen naar etniciteit.

Uit een onderzoek dat in de provincie Overijssel is uitgevoerd is echter wel gebleken dat er daadwerkelijk verschillen zijn in de zorg waarvan allochtone en autochtone vrouwen gebruik maken (Remmers-Leunk 2006). Tijdens dit onderzoek zijn er gesprekken gevoerd met autochtone moeders en zorgverleners, zoals verloskundigen en kraamverzorgers. De ervaringen van deze mensen stonden hierbij centraal. In deze gesprekken is onder andere gevraagd naar het tijdstip waarop de vrouwen voor het eerst professionele zorg zochten tijdens de zwangerschap, ook werd gevraagd van welke soort hulpverlening er dan gebruik werd gemaakt. Er is onder andere gebleken dat allochtone vrouwen (dit geldt voor vrouwen Marokkaanse, Antilliaanse, Surinaamse en Turkse afkomst) pas later in de zwangerschap gebruik gaan maken van verloskundige zorg. Wat verder nog opviel in het onderzoek is dat de perinatale sterfte in de groepen van allochtone afkomst groter was, dit blijkt uit het Generation R onderzoek dat in Rotterdam plaats vindt (Troé 2008).

Door de eerder genoemde taalbarrières en cultuurverschillen zijn allochtone vrouwen waarschijnlijk minder bekend met de mogelijkheden die de verloskundige zorg in Nederland hen biedt. Dit is misschien nog wel de belangrijkste reden waardoor ze minder gebruik zullen maken van de beschikbare zorg dan autochtonen. Als gevolg hiervan krijgen deze vrouwen mogelijk ook minder informatie over onder andere goede eet- en leefgewoonten tijdens de zwangerschap en over de verzorging van de zuigeling wanneer deze eenmaal geboren is (Latupeirissa 2007).

Momenteel vindt er in Amsterdam een onderzoek plaats naar de relatie tussen de leefgewoonten en –omstandigheden van vrouwen tijdens de zwangerschap en de gezondheid van het kind bij de geboorte en op latere leeftijd, de zogenaamde ABCD-studie. De nadruk ligt hier op de verschillen tussen etnische groepen, de helft van het aantal deelnemende vrouwen is dan ook van allochtone afkomst. Alle ziekenhuizen en ook 20 verloskundige praktijken in Amsterdam werken mee aan dit onderzoek. De vrouwen worden tijdens de zwangerschap gevolgd, en ook wanneer de baby's geboren zijn zullen ze gevolgd worden. Een belangrijke aanleiding tot de ABCD studie is dat uit eerder onderzoek al was gebleken dat in Nederland grote etnische verschillen bestaan in zwangerschapsuitkomsten en perinatale sterfte. Zo is bijvoorbeeld de perinatale sterfte onder de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen in Nederland hoger dan onder de autochtone bevolking. Het is echter nog onbekend of het voorgaande ondermeer kan worden verklaard door verschillen in zorg tussen allochtone en autochtone vrouwen en hun kinderen. Wel is het waarschijnlijk dat taalproblemen een grote rol spelen, doordat deze vrouwen niet goed kunnen communiceren met de verloskundige of met andere zorgprofessionals en daardoor hun adviezen niet goed opvolgen (Lomans 2006).

In het kader van de ABCD studie is onder andere onderzoek gedaan naar het tijdstip waarop de vrouw voor het eerst professionele hulp/begeleiding zocht tijdens de zwangerschap. Het tijdig consulteren van een verloskundige is van belang om ervoor te zorgen dat adviezen bij het begin van de zwangerschap worden gegeven en het tijdig opsporen van eventuele risico's. In totaal waren 12 381 vrouwen benaderd en hebben 8267 de vragenlijst ook terug gestuurd (Alderliesten et al 2007). Uit de analyses bleek dat alle allochtone groepen significant later kwamen voor hun eerste bezoek dan de autochtone Nederlandse vrouwen. In dit onderzoek is ook geprobeerd om verklaringen te vinden voor deze verschillen. Hiervoor zijn er een aantal mogelijke determinanten onderzocht, zoals zwangerschap van een vrouw jonger dan twintig jaar, ongewenste zwangerschap, laag opleidingsniveau van de moeder, slechte kennis van de Nederlandse taal en ongeplande zwangerschap. Uiteindelijk bleek dat vooral een slechte kennis van de Nederlandse taal grote invloed had op het laat komen bij verloskundige zorg.

Ook uit het onderzoek van Choté et al (2006) blijkt dat allochtone vrouwen significant later komen dan autochtone vrouwen, zij hebben net als Alderliesten et al aandacht besteed aan de verschillen tussen etnische groepen inzake het gebruik van prenatale zorg, nu echter in Rotterdam. Deze studie vond plaats in Rotterdam onder 2075 vrouwen, uit zeven verschillende verloskundige praktijken, er werd gekeken wanneer de vrouwen voor hun eerste bezoek kwamen en hoeveel bezoeken ze in totaal hadden. De conclusie is dat er daadwerkelijk verschillen zijn vooral dan inzake het tijdstip waarop vrouwen voor het eerst een verloskundige consulteren. Er bleek dat alle etnische groepen, behalve de Hindoestaans-Surinaamse groep later in de verloskundige zorg komen dan de autochtone Nederlandse groep. Er is nog verder onderzoek nodig om te kijken of de verschillen kunnen worden verklaard aan de hand van de sociaaleconomische status en culturele verschillen (Choté et al 2006).

Kraamzorg

Uit het eerder genoemde onderzoek van het Nivel (Coffie 2003) is gebleken dat 93,7 procent van de vrouwen gebruikt maakt van kraamzorg na de bevalling. De meeste vrouwen maakten uiteindelijk acht dagen gebruik van deze zorg en dan in de meeste gevallen tussen de vier en zeven uur per dag. Door deze cijfers wordt echter niet duidelijk of er sprake is van verschillen in het gebruik van kraamzorg tussen allochtone en autochtone vrouwen. Er is een aantal onderzoeken geweest naar het gebruik van kraamzorg onder allochtone Nederlanders.

Zo hebben El Fakiri et al (1999) onderzoek gedaan in Amsterdam en Utrecht. Hierbij is in de bevolkingsregisters van beide steden gekeken naar het aantal kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst dat in een bepaalde periode geboren was. Deze gegevens zijn vervolgens vergeleken met de registraties van kraamcentra. Uit dit onderzoek is gebleken dat in Amsterdam 68% van de Turken en 65% van de Marokkanen gebruik maakte van kraamzorg. In Utrecht was dit 36% en 32%. Hieruit valt af te leiden dat er grote regionale verschillen zijn, er is een verschil in het gebruik van kraamzorg tussen de twee steden waar het onderzoek plaats vond. In het onderzoek is verder duidelijk geworden dat het gebruik van kraamzorg onder allochtonen in het algemeen ver onder het landelijk gemiddelde ligt. Ook het soort kraamzorg waar allochtone vrouwen voor kiezen blijkt anders te zijn dan bij autochtone vrouwen. Er wordt vaker gekozen voor kraambezoeken in plaats van een kraamverzorgster voor de hele dag zoals bij vrouwen van Nederlandse afkomst meestal het geval is (El Fakiri et al 1999). Ook wordt er vaak minder lang gebruik gemaakt van de zorg. Zoals eerder gezegd maken vrouwen gemiddeld acht dagen gebruik van kraamzorg, bij vrouwen van allochtone afkomst ligt dit aantal lager. De inhoud van de zorg verschilt in sommige gevallen ook. Zo zal er soms minder voorlichting en instructie worden gegeven en vindt er minder evaluatie van de zorg plaats, dit door taalproblemen. Ook is er vaak minder hulp in het huishouden wat wordt veroorzaakt door culturele verschillen.

Dat er verschillen zijn wordt ook bevestigd door het onderzoek 'Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek' dat door TNO Preventie en Gezondheid is uitgevoerd, dit in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Net als het onderzoek van El Fakiri et al heeft het plaats gevonden onder vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst. Ook hier is gevonden dat allochtone vrouwen minder lang gebruik maken van kraamzorg. Dit wordt vooral verklaard door het feit dat kraamzorg een typisch Nederlands begrip is en dat de meeste allochtone vrouwen hiermee onvoldoende bekend waren. Men wist niet precies wat het inhield en hoe men zich ervoor in moest schrijven. Ook over de kosten was bij de groepen niet voldoende bekend. Dit was de belangrijkste reden voor onderconsumptie bij allochtone vrouwen (TNO 2002). Een andere gevonden verklaring is dat veel Turkse en Marokkaanse vrouwen mantelzorg kregen van hun naaste omgeving. Hiervan was in veel grotere mate sprake dan onder autochtone Nederlandse vrouwen. Verder bleek ook dat vrouwen die al meerdere kinderen hadden aangaven geen behoefte te hebben aan informatie over voeding en verzorging van haarzelf en het kind. Ook het aantal kinderen dat de vrouw heeft lijkt dus een rol te spelen in het gebruik van kraamzorg.

Conclusie

Voor zowel verloskundige- als kraamzorg zijn er dus verschillen tussen autochtone Nederlanders en vrouwen van niet-westerse origine. Van verloskundige zorg wordt door allochtonen wel gebruik gemaakt, maar in mindere mate en in een later stadium van de zwangerschap dan autochtone vrouwen dat doen. Bij kraamzorg ligt dit anders doordat allochtone vrouwen vaak gewoon niet bekend zijn met deze vorm van zorg. Zij zullen dan ook eerder voor andere vormen van deze zorg kiezen en vaker gebruik maken van mantelzorg. Verklaringen voor de gevonden verschillen zijn tentatief en worden gezocht in het gebrek aan informatie, wat wordt veroorzaakt door taalproblemen en cultuurverschillen en een lagere sociaal-economische positie. Bovendien zijn sommige van de voorgaande onderzoeken vrij kleinschalig, en niet landelijk representatief.

Methode

In dit onderzoek zal daarom gebruik gemaakt worden van de gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deze studie is uitgevoerd door het Nivel. Een onderdeel van deze studie bestond uit een mondelinge enquête onder bij de deelnemende huisartsen ingeschreven patienten.

Dit onderzoek maakt gebruik van een kwantitatieve onderzoeksmethode. De afhankelijke variabelen zijn in dit geval het gebruik van verloskundige en kraamzorg. Onafhankelijke variabelen zijn hier uiteraard primair etniciteit en daarnaast andere factoren die van invloed kunnen zijn op zorggebruik en etnische verschillen voor een deel zouden kunnen verklaren, namelijk het opleidingsniveau van de vrouw, haar leeftijd en ook het aantal kinderen waaruit het huishouden bestaat.

Uitleg over de onderzoekspopulatie

Om de genoemde variabelen met elkaar te kunnen vergelijken moeten deze eerst gemeten zijn. De patiëntenenquête afgenomen in het kader van de Nationale Studie is gebaseerd op een aselecte steekproef van 12 669 patiënten. Het grootste gedeelte van deze groep was van Nederlandse afkomst, 2,7% (dit zijn 340 personen) had een Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse of Turkse achtergrond. De respons bij deze enquête was 64,5% en er was geen groot verschil tussen respondenten en non respondenten inzake leeftijd, geslacht en stedelijkheid. Als aanvulling op de enquête is onder een extra steekproef van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen een aanvullende grotendeels dezelfde vragenlijst afgenomen. Deze is uiteindelijk afgenomen bij 1339 personen, indien nodig in de eigen taal van de persoon. De respons hierbij was 49,9%. Bij de non-respons weken leeftijd en geslacht in het algemeen niet af van de landelijke percentages per etnische groep, alleen in de Surinaamse en Antilliaanse groep waren vrouwen en ouderen licht oververtegenwoordigd (Uiters 2007). De dataset waarvan gebruik is gemaakt in deze scriptie is dus opgebouwd uit gegevens van beide vragenlijsten.

Voor dit onderzoek wordt slechts een klein deel van de gegevens uit deze enquête gebruikt. Om te bepalen wat wordt meegenomen is er gebruik gemaakt van een conceptueel model (Foets et al 1007). Dit model betreft de relatie tussen etnische herkomst en zorg.. Om de relatie tussen etnische herkomst en het gebruik van verloskundige en kraamzorg te kunnen bekijken moeten er als eerste natuurlijk vragen worden meegenomen naar het daadwerkelijke gebruik van deze soorten zorg. Vervolgens moet er gekeken worden naar de factoren die van invloed zijn op het zorggebruik.

De vragen naar het gebruik van verloskundige en kraamzorg (zie bijlage 1) zijn gesteld aan respondenten vanaf 18 jaar, die of waarvan de partner in het afgelopen jaar is bevallen. Ook zijn deze vragen gesteld aan mannelijke respondenten over hun partner/echtgenote wanneer die in het voorbije jaar bevallen is (ZZV33). Er is gevraagd of de respondente of de partner van de respondent na de bevalling gebruik heeft gemaakt van professionele kraamzorg (ZZV34). Ook is gevraagd of de kraamzorg alleen verzorging van moeder en kind betrof of ook beperkte huishoudelijke hulp? (ZZV36).

Daarnaast is gevraagd door wie de zwangerschap werd begeleid (ZZV37), waar de bevalling plaatsvond (ZZV38) en of de kraamverzorgende aanwezig was bij de bevalling (ZZV40).

Verder is er gevraagd naar leeftijd (AKV1), of wanneer de respondent een man was naar de leeftijd van zijn partner (AKV7), naar het opleidingsniveau (AKV16a en AKV16b) en naar het aantal kinderen in het huishouden (AKV8a)

Etnische herkomst is bepaald aan de hand van het geboorteland van de ouders .

Respondenten zijn allochtoon wanneer minstens 1 van hun ouders in het buitenland is geboren.

Analyseplan

Als eerste zijn beschrijvende analyses uitgevoerd om op deze manier ook meer inzicht te krijgen in de dataset. Deze zijn uitgevoerd per etnische groep.

Eerst zullen frequentietabellen worden gemaakt van alle onafhankelijke variabelen, per etnische groep. De genoemde analyses zullen dus voor zowel de Nederlandse, de Turkse, de Marokkaanse, de Surinaamse en de Antilliaanse groep plaatsvinden.

Dit zal ook gebeuren voor de afhankelijke variabelen. Getoetst wordt of de allochtonen significant verschillen van de autochtonen.

De mogelijke rol van de onafhankelijke variabelen wordt vervolgens apart bestudeerd voor de kraamzorg en de verloskundige zorg. Vervolgens zullen de factoren waarvan blijkt dat ze een significante invloed hebben worden meegenomen in een multiple regressie analyse. Om zo te kunnen zien welke factoren dan de meeste invloed hebben op het gebruik van deze zorg en of er geen factoren zijn die gedeeltelijk door andere factoren kunnen worden verklaard. Voor de verloskundige zorg zullen de analyses op een zelfde manier gebeuren.

Resultaten

Beschrijvende analyses

In de dataset zaten in totaal de gegevens van 406 zwangere vrouwen, deels dus via de informatie van hun echtgenoot/partner, het grootste gedeelte hiervan, namelijk 223 vrouwen, bleek van autochtone herkomst te zijn. De aantallen vrouwen in de allochtone groepen waren in vergelijking hiermee vrij klein. In de Marokkaanse groep zaten 38 vrouwen, in de Turkse 42, in de Surinaamse groep 15 en in de Antilliaanse 19. Verder was er nog een groep vrouwen die onder andere kleinere etnische groepen vielen, deze zijn niet meegenomen in de analyses. Door deze kleine aantallen is er een powerprobleem, toch is getracht om trends aan te geven. Deze trends zullen dan later in de discussie worden vergeleken met de uitkomsten uit eerdere studies.

Over kraamzorg zijn er een aantal vragen gesteld in de vragenlijst. De uitkomsten van deze vragen zijn hieronder te vinden.

Als eerste is er gevraagd of er gebruik gemaakt is van professionele kraamzorg en ook of de kraamverzorgende dan ook bij de bevalling aanwezig was. De resultaten staan in onderstaande tabel. Hierin zijn de antwoorden uitgesplitst per etnische groep. Aangegeven is welk percentage van de ondervraagden uit elke groep de vraag positief heeft beantwoord. Het gaat dus om de percentages vrouwen die wel gebruik hebben gemaakt van professionele kraamzorg en de percentages waarbij de kraamverzorgende ook bij de bevalling aanwezig was.

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
Gebruik van kraamzorg	96,4%	68,4%	78,6%	93,3%	78,9%
Kraamverzorgende aanwezig bij de bevalling	21,1%	21,1%	26,2%	33,3%	21,1%

Wat bij deze gegevens opvalt is dat het percentage vrouwen dat gebruik maakt van professionele kraamzorg bij de Nederlandse en de Surinaamse groep hoger ligt dan bij de andere vrouwen. Vooral onder Marokkaanse vrouwen ligt het gebruik heel laag met 68,4%, in vergelijking met de Nederlandse groep waar dit percentage 96,4% is.

Bij de tweede vraag, of de kraamverzorgende ook bij de bevalling aanwezig was, zijn er geen grote verschillen tussen de etnische groepen te vinden. Eigenlijk ligt dit percentage bij

elke groep rond de twintig procent. Alleen de Surinaamse groep valt hier op, omdat hier 33,3% aangeeft dat dit het geval was.

Aan de vrouwen die aangaven dat ze gebruik hebben gemaakt van professionele kraamzorg is vervolgens gevraagd wat de kraamzorg die de vrouwen kregen precies omvatte, namelijk of het alleen ging om de verzorging van moeder en kind, of dat het ook huishoudelijke hulp betrof. De resultaten hiervan verwerkt in de volgende tabel:

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
Uitsluitend verzorging van moeder en kind	11,7%	70,4%	60,6%	75,1%	33,3%
Ook huishoudelijke hulp	84,6%	25,9%	33,3%	42,9%	40,0%

Hieruit blijkt dat Nederlandse vrouwen veel meer gebruik maken van huishoudelijke hulp dan de vrouwen in de andere etnische groepen. Uitgezonderd de Antilliaanse groep wordt er door de allochtone vrouwen vaker uitsluitend gebruik gemaakt van de verzorging van moeder en kind, zonder huishoudelijke hulp. De huishoudelijke hulp zal waarschijnlijk door anderen dan de kraamverzorgster worden opgevangen.

Bij het gedeelte over verloskundige zorg is in de vragenlijst eerst gevraagd naar wie de zwangerschap heeft begeleid. Hierbij waren er drie mogelijkheden die elkaar niet uitsluiten, namelijk de verloskundige, gynaecoloog en de huisarts. De uitkomsten op deze vragen zijn weer te vinden in de onderstaande tabel.

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
Verloskundige	80,0%	55,5%	78,6%	85,7%	33,3%
Gynaecoloog	46,6%	57,1%	41,2%	30,0%	33,3%
Huisarts	14,8%	19,0%	23,5%	20,0%	22,2%

De gegevens uit deze tabel zijn op een na verkregen via de vragenlijst. Alleen voor de vraag of de verloskundige de zwangerschap heeft begeleid geldt dit niet, deze was namelijk niet opgenomen in het bestand ontvangen voor het uitvoeren van de analyses ten behoeve van deze scriptie.. De 80% die hier nu in de tabel staat komt uit gegevens van het RIVM (2008).

Uit de resultaten blijkt dat zowel de Turkse als de Surinaamse groep net als de Nederlandse groep rond deze 80% liggen. Het gebruik van zorg door de verloskundige ligt bij de Marokkaanse en Antilliaanse groep echter veel lager. Bij de tweede vraag, of de gynaecoloog de vrouw heeft begeleid valt vooral de Marokkaanse groep op, hier ligt het percentage veel hoger dan bij de andere groepen. Vooral bij de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen ligt dit veel lager. Tot slot is er dus gekeken hoeveel procent van de vrouwen tijdens de zwangerschap door hun huisarts is begeleid. Bij geen enkele groep ligt het percentage bij de vraag heel hoog, maar wel kan worden gezegd dat de autochtone Nederlandse vrouwen het minst vaak worden begeleid door de huisarts.

Over het geheel gekeken kan worden gezegd dat de meeste vrouwen bij hun zwangerschap worden begeleid door een verloskundige. Marokkaanse vrouwen worden meer dan de vrouwen in alle andere etnische groepen door een gynaecoloog begeleid. Het minst vaak komt het voor dat de vrouwen worden begeleid door hun huisarts.

Naast de vraag wie de vrouw heeft begeleid is er ook gevraagd waar de bevalling heeft plaatsgevonden. Hier waren vijf antwoordmogelijkheden. De opties waren: thuis, thuis maar na de geboorte naar het ziekenhuis wegens complicaties, eerst thuis maar uiteindelijk geboorte in het ziekenhuis, poliklinisch in het ziekenhuis of in het ziekenhuis met opname.

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
Thuis	36,8%	10,5%	14,3%	13,3%	26,3%
Thuis, na geboorte naar ziekenhuis	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Thuis, uiteindelijke geboorte in ziekenhuis	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ziekenhuis, poliklinisch	18,4%	47,4%	31,0%	53,3%	26,3%
Ziekenhuis, opname	36,8%	42,1%	54,8%	33,3%	42,1%

Uit de tabel hierboven blijkt dat er grote verschillen zijn tussen de etnische groepen. Autochtone Nederlandse vrouwen bevallen vaker thuis dan vrouwen uit andere etnische groepen. Bij de Nederlandse vrouwen ligt het percentage dat thuis bevalt gelijk aan het

percentage dat in het ziekenhuis bevalt met opname. Turkse en Antilliaanse vrouwen bevallen het vaakst in het ziekenhuis met een opname, dus een verblijf van langer dan 24 uur in het ziekenhuis. De vrouwen uit de Marokkaanse en Surinaamse groep bevallen ook het vaakst in het ziekenhuis, maar dat poliklinisch. Een kantekening bij deze resultaten is wel dat onder de groep Antilliaanse vrouwen een aantal missing cases waren, dit kan de resultaten voor deze groep enigszins hebben beïnvloed.

Mogelijke verklarende variabelen

Na deze beschrijvende analyses zijn analyses uitgevoerd met als doel om te kijken of de eerder gevonden verschillen wel echt toe te schrijven zijn aan de verschillen in etnische herkomst, of dat ook andere factoren hier een rol spelen. Ook dit is weer apart voor kraamzorg en verloskundige zorg bekeken. Er zijn een drietal variabelen meegenomen, namelijk de leeftijd van de vrouw, de opleiding van de vrouw en het aantal kinderen in het huishouden. Als eerste zijn van deze drie mogelijke verklarende variabelen rechte tellingen gemaakt, daarna is gekeken of er voor deze variabelen ook verschillen waren tussen autochtone en allochtone vrouwen. Er is vanaf nu voor gekozen om de vier groepen allochtonen (Marokkanen, Turen, Surinamers en Antillianen) samen te nemen, omdat de groepen apart te klein waren om verdere afzonderlijke analyses uit te voeren.

Om de leeftijd beter te kunnen bekijken is er een indeling gemaakt naar leeftijdsklassen, deze klassen lopen per 10 jaar, zodat goed te zien is rond welke leeftijd de vrouwen gemiddeld een kind krijgen. De gemiddelde leeftijd waarop autochtone vrouwen een kind kregen was 33,56 met een standaarddeviatie van 5,223. Voor allochtone vrouwen was het gemiddelde 32,35 met een standaarddeviatie van 6,201. Apart voor de verschillende groepen leverde de analyse het volgende op:

Leeftijd waarop een vrouw een kind krijgt:

	19 – 29 jaar	30 – 39 jaar	40 – 49 jaar	50 – 59 jaar
Autochtoon	19,0%	67,9%	12,6%	0,5%
Allochtoon	31,3%	56,8%	12,2%	0,7%

Zowel onder de autochtone als de allochtone vrouwen vinden de meeste zwangerschappen / geboorten plaats tussen de 30 en 39 jaar. Toch is er wel een opvallend verschil, het percentage vrouwen dat voor hun 30^e een kind krijgt is onder de allochtonen veel hoger dan onder de autochtonen. Het percentage vrouwen dat op hogere leeftijd (boven de 40) een kind krijgt is voor de beide groepen wel ongeveer gelijk.

De variabele opleiding was in de vragenlijst zeer gedetailleerd nagevraagd, namelijk opgesplitst in 11 mogelijkheden. Deze zijn teruggebracht tot drie categorieën. Als eerste is er een groep 'laag' gemaakt, hieronder vallen de mensen die nog geen lagere school hebben gedaan, die alleen de lagere school hebben afgemaakt of het lager beroepsonderwijs. De tweede categorie 'middel' bestaat kort gezegd uit mensen die de middelbare school hebben afgemaakt, dus mavo, havo, vwo, gymnasium en ook het kort middelbaar beroepsonderwijs. Onder de derde en laatste categorie 'hoger' vallen de mensen die ook na hun middelbare school hebben doorgeleerd, zowel mbo, hbo en universiteit. In onderstaande tabel staan deze gegevens weergegeven afzonderlijk voor autochtone en allochtone vrouwen.

Opleidingsniveau:

	Laag	Middel	Hoger
Autochtoon	3,3%	26,5%	70,2%
Allochtoon	19,0%	47,6%	33,3%

Hieruit blijkt dat autochtone vrouwen gemiddeld hoger zijn opgeleid dan allochtone. Onder de autochtone vrouwen komt de opleidingsklasse 'hoger' het meest voor, wat betekent dat de vrouwen na het afronden van de middelbare school nog door hebben geleerd. Bij de allochtone vrouwen kwam echter de opleidingsklasse 'middel' het meest voor, wat inhoudt dat de vrouwen wel de middelbare school hebben afgerond, maar daarna niet verder hebben geleerd. Ook is het aantal vrouwen dat helemaal geen opleiding heeft of alleen lagere school of lager beroepsonderwijs onder de allochtone groep veel groter dan onder de autochtone groep.

Als laatste wordt in de tabel hieronder het aantal kinderen van de respondenten weergegeven, afzonderlijk voor allochtonen en autochtonen. Bij het bekijken van het aantal kinderen in het huishouden is gekozen om een indeling te maken naar 1 kind, 2 kinderen, 3 kinderen, 4 kinderen en een laatste groep van meer dan 4 kinderen. Boven de 4 kinderen is gekozen om er geen aparte groepen meer van te maken omdat dit zowel bij de autochtone als bij de allochtone vrouwen bijna niet voorkwam.

Hieruit bleek dat het gemiddelde aantal kinderen bij autochtone vrouwen op 1,71 lag met een standaarddeviatie van 1,157. Bij allochtone vrouwen was dit gemiddeld 1,99 met een standaarddeviatie van 1,038.

Aantal kinderen waaruit het gezin bestaat:

	1 kind	2 kinderen	3 kinderen	4 kinderen	> 4 kinderen
Autochtoon	39,1%	42,8%	13,0%	1,9%	0,9%
Allochtoon	35,3%	34,5%	22,5%	6,3%	0,7%

Uit de tabel blijkt dat het bij beide groepen het vaakst voorkomt dat het gezin uit 1 of 2 kinderen bestaat. Toch zijn er inderdaad verschillen te zien tussen het aantal kinderen dat autochtone en allochtone vrouwen hebben. Autochtonen hebben vaker 1 of twee kinderen, terwijl het bij allochtonen vaker voor komt dat het gezin 3 of 4 kinderen heeft.

Bij alle drie de variabelen zijn er dus verschillen gevonden tussen de autochtone en de allochtone vrouwen. Dat er verschillen gevonden zijn betekent dat ook deze variabelen mogelijk een deel van de verschillen in het zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen kunnen verklaren, daarom zullen alle drie de variabelen mee worden genomen in de vervolganalyses.

De rol van deze drie variabelen bij etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg, de begeleiding bij de zwangerschap en de plaats van de bevalling zal onderzocht worden door middel van logistische regressie-analyses.

Er is gekozen om verder te kijken naar het gebruik van kraamzorg omdat hierbij in de beschrijvende analyses grote verschillen zijn gevonden tussen autochtone en allochtone vrouwen. Het is de vraag of deze verschillen niet deels zijn toe te schrijven aan verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Om de verschillen in de begeleiding van de zwangerschap te bekijken is er gekozen om naar het gebruik van de huisarts te kijken en niet naar de verloskundige of gynaecoloog, dit omdat de huisarts de enige was waarbij het gebruik voor alle groepen allochtonen consistent over alle groepen hoger lag dan voor de autochtonen. Bij deze zorgverlener was het verschil in gebruik tussen autochtonen en allochtonen het best te zien. Ook bij de verschillen in de plaats van bevalling is gekozen om te kijken naar de variabele waarbij de verschillen het duidelijkst waren. Dit is het wel of niet thuis bevallen.

Voor alle drie de analyses zijn er vier modellen gemaakt. In het eerste model is alleen de variabele herkomst meegenomen, in het tweede is daaraan de leeftijd toegevoegd. Bij de derde is ook het aantal kinderen in het huishouden meegenomen en in het laatste model is

ook de variabele opleidingsklasse toegevoegd. De resultaten van deze analyses staan in onderstaande tabel. Hierin staan alleen de gegevens van de allochtone vrouwen, dit omdat de autochtone groep de vergelijkingsgroep is. Als eerste staat de B-coëfficiënt genoemd, deze laat zien wat de invloed is die de variabele heeft op de afhankelijke variabele. Daarna staat ook het significantieniveau genoemd, hiermee kan dus worden bepaald of de variabele wel of geen significante invloed heeft.

Gebruik kraamzorg:

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	B	sign.	B	sign.	B	sign.	B	sign.
Constante	2,492	0,000	2,478	0,000	3,067	0,000	0,651	0,426
Herkomst	-0,164	0,037	-0,164	0,039	-0,153	0,060	-0,068	0,448
Leeftijd			0,008	0,975	0,100	0,699	0,085	0,737
Kinderen					-0,373	0,004	-0,262	0,048
Opleiding							0,915	0,000

Herkomst is significant wanneer het alleen of samen met leeftijd in het model zit. Wanneer de andere variabelen worden toegevoegd verklaart herkomst geen significant deel van de verschillen meer. Leeftijd is in geen van de modellen significant en verklaard dus geen significant deel van de verschillen.

Het aantal kinderen in het huishouden verklaard wel een significant deel van de verschillen. Het heeft een negatief effect op het gebruik van kraamzorg. Wanneer er meerdere kinderen zijn is de kans dat de vrouw gebruik maakt van kraamzorg dus kleiner.

Ook opleidingsklasse verklaard een significant deel van de verschillen. Het heeft een positief effect op het gebruik van kraamzorg. Wanneer de vrouw hoger is opgeleid is de kans dat ze gebruik maakt van kraamzorg dus groter.

Begeleiding door de huisarts:

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	B	sign.	B	sign.	B	sign.	B	sign.
Constante	-1,803	0,000	-2,170	0,000	-2,274	0,000	-1,739	0,046
Herkomst	0,078	0,351	0,078	0,348	-0,004	0,964	-0,021	0,831
Leeftijd			0,204	0,395	0,284	0,262	0,274	0,276
Kinderen					0,011	0,937	0,003	0,980
Opleiding							-0,193	0,428

Geen van de vier variabele verklaart hier dus een significant deel van de verschillen in het gebruik van de huisartsenzorg. Hier moeten dus andere oorzaken zijn.

Thuis bevallen:

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	B	sign.	B	sign.	B	sign.	B	sign.
Constante	-0,993	0,409	0,0262	0,383	0,074	0,823	-1,431	0,022
Herkomst	-0,144	0,000	-0,913	0,000	-0,827	0,000	-0,746	0,000
Leeftijd			-0,240	0,095	-0,235	0,117	-0,181	0,241
Kinderen					0,061	0,455	0,113	0,190
Opleiding							0,488	0,004

Zowel het aantal kinderen als leeftijd spelen geen significante rol in de verklaring van de verschillen hier.

Wel significant zijn de variabelen herkomst en het opleidingsniveau van de vrouw. Herkomst heeft een negatieve invloed op het thuis bevallen, allochtone vrouwen zullen dus minder vaak thuis bevallen dan autochtone vrouwen. Opleidingsniveau heeft een positieve invloed, wat betekent dat vrouwen met een hoger opleidingsniveau eerder thuis zullen bevallen dan vrouwen met een lager opleidingsniveau.

Eindconclusie:

Bij de verklaring van verschillen in het gebruik van kraamzorg spelen het aantal kinderen in het huishouden en het opleidingsniveau van de vrouw een rol. Bij de verschillen in het gebruik van huisartsenzorg tijdens de zwangerschap spelen andere variabelen dan herkomst, leeftijd, aantal kinderen in het huishouden en opleidingsniveau een rol. Deze variabelen verklaren namelijk geen van allen een significant deel van de verschillen in gebruik.

De verschillen tussen vrouwen die wel en die niet thuis bevallen worden voor een significant deel bepaald door herkomst en opleidingsniveau.

Conclusie & discussie

Nu zijn de resultaten van het analyses bekend en ook de uitkomsten van eerdere onderzoeken zijn besproken. In dit hoofdstuk zullen eerst de uitkomsten van dit onderzoek kort worden samengevat en vervolgens zullen deze worden vergeleken met wat er uit eerder onderzoek naar voren is gekomen. Uiteindelijk zal ook gekeken worden wat de beperkingen de gemaakte analyses hebben.

Conclusie

Kraamzorg

Als eerste zal gekeken worden naar kraamzorg. Uit de beschrijvende analyses bleek dat autochtone vrouwen meer gebruik maken van professionele kraamzorg dan allochtone vrouwen. Verder bleek ook dat autochtone vrouwen naast de verzorging van moeder en kind vaker kiezen voor hulp in de huishouding dan dat vrouwen uit andere etnische groepen dat doen. Deze verschillen in het gebruik van kraamzorg kunnen voor een deel worden verklaard door het aantal kinderen in het gezin en door het opleidingsniveau van de vrouw. Wanneer ze meerdere kinderen heeft is de kans dat ze gebruik maakt van kraamzorg kleiner en wanneer ze hoger is op geleid is die kans groter.

Uit eerder onderzoek was al gebleken dat het gebruik van kraamzorg onder allochtone vrouwen ver onder het landelijk gemiddelde ligt. Dit komt overeen met wat in de analyses is gevonden, namelijk dat autochtone vrouwen veel vaker gebruik maken van professionele kraamzorg dan dat binnen andere etnische groepen het geval is (El Fakiri et al 1999). Uit datzelfde onderzoek is ook bekend dat allochtone groepen kiezen voor een andere vorm van kraamzorg. Ook dit komt overeen met de resultaten, allochtone vrouwen kiezen namelijk minder vaak voor hulp in het huishouden.

Verder is uit het onderzoek van TNO Preventie en Gezondheid (2002) gebleken dat het verschil in gebruik onder meer te verklaren is door het feit dat allochtone vrouwen niet bekend zijn met deze vorm van zorg en doordat ze vaker gebruik maken van mantelzorg dat autochtone vrouwen. Dit is in dit onderzoek niet onderzocht, maar het kan een goede aanvulling zijn op de hier gevonden verklarende variabelen.

Verloskundige zorg

Ook voor verloskundige zorg is begonnen met een aantal beschrijvende analyses. Hieruit kwam naar voren dat vrouwen uit zowel de autochtone als de allochtone groep het meest

begeleid worden door een verloskundige. Wat hier opviel was dat onder alle allochtone groepen het gebruik van de huisarts veel hoger was dan bij de autochtone groep. Verder bleek dat autochtone vrouwen veel vaker thuis bevallen dan de overige groepen. Het gebruik van de huisarts bij de begeleiding van de bevalling kon door geen van de gekozen verklarende variabelen voor een significant deel worden verklaard. Het wel of niet thuis bevallen wordt verklaard door de etnische herkomst van de vrouw en ook het opleidingsniveau speelt hierbij een rol. Hoger opgeleide vrouwen zullen eerder thuis bevallen dan vrouwen met een lager opleidingsniveau.

Wat betreft verloskundige zorg zijn er twee belangrijke onderzoeken geweest. Eén in de provincie Overijssel (Remmers-Leunk 2006) en in Amsterdam de zogenaamde ABCD studie (Lomans 2006). Uit beide studies bleek dat allochtone vrouwen pas later in de zwangerschap gebruik gaan maken van verloskundige zorg, ze komen gemiddeld later dan autochtone vrouwen voor een eerste bezoek. Dit is niet bekeken in dit onderzoek, wel is gebleken dat er tussen de etnische groepen verschillen zijn gevonden in het gebruik van professionele verloskundige zorg. Verder kwam uit de eerdere studies naar voren dat het opleidingsniveau, de taalbeheersing en de leeftijd van de vrouw geen deel van de verschillen in gebruik verklaren. Uit de analyses over de plaats van bevalling is gebleken dat hier inderdaad het opleidingsniveau een significante rol speelt. Leeftijd bleek echter niet significant te zijn.

Discussie

Onder dit kopje zullen de beperkingen van het onderzoek worden besproken, ook de voordelen en dus de positieve punten zullen aan bod komen.

Een eerste beperking is dat er gebruik is gemaakt van secundaire data, hierdoor kon niet alles onderzocht worden wat misschien wel gewenst was geweest. Het was bijvoorbeeld niet mogelijk om het tijdstip van het eerste consult bij de verloskundige te bekijken. Dit komt doordat een vragenlijst hiervoor niet het meest geschikte instrument is. Het zou onbetrouwbare informatie opleveren doordat mensen zich dit niet precies zullen herinneren. Iets anders waar tegenaan is gelopen is dat het procesmatige karakter van begeleiding bij de zwangerschap niet goed te zien was. Dit doordat er wel is gevraagd naar wie er heeft begeleid, maar dit konden natuurlijk meerdere mensen zijn. Er is niet gevraagd wie de hoofdbegeleider was. Ook is er in de vragenlijst niet gevraagd naar de bekendheid met het begrip kraamzorg en naar de opvattingen van de respondenten ten aanzien van de verloskundige- of kraamzorg.

Het gebruik van secundaire data heeft echter ook een aantal voordelen. Op deze manier was het mogelijk om gebruik te maken van landelijke gegevens in plaats van de gegevens van een kleinschalig onderzoek. Ook de betrouwbaarheid en de validiteit zijn op deze manier hoger. De vragenlijsten zijn namelijk mondeling afgenomen, zo nodig in de eigen taal van de respondent. Ook zijn er pilotstudy's vooraf gegaan aan de gebruikte vragenlijst, wat ook de kwaliteit van de data verhoogt.

Een andere beperking van het onderzoek was dat het aantal allochtonen dat het afgelopen jaar een kind heeft gekregen in de dataset relatief klein was. Hierdoor kunnen sommige resultaten minder betrouwbaar zijn en het was dan ook noodzakelijk om in de multivariate analyses alle groepen allochtonen samen te nemen.

Als laatste kan nog worden gezegd dat er geen gebruik is gemaakt van alle beschikbare en mogelijk relevante data. Twee variabelen waarvan uit eerder onderzoek bleek dat ze mogelijk wel relevant waren zijn hier niet meegenomen, dit zijn de beheersing van de Nederlandse taal en een aantal verschillende indicatoren voor de mate van integratie. De reden dat deze toch niet zijn meegenomen is dat de gegevens hierover alleen beschikbaar waren voor de allochtone groep. Het is niet vanzelfsprekend hoe hier mee omgegaan moet worden. Bij de taalbeheersing is het een optie om de Nederlandse groep op maximaal te zetten, maar het is de vraag of dit in werkelijkheid wel zo is. Bij de vragen over integratie is dit nog lastiger.

Literatuurlijst

Coffie, D., T. Wieggers & F. Schellevis. 2003. 'Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg.' *Tijdschrift voor verloskundigen* juni 2003.

Choté, A.A. 2006. *Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands*. (Aangeboden ter publicatie)

Creswell, J. W. 2003. *Research Design*. Second Edition. Londen: Sage Publications. [2002]

Dijkshoorn, H. 2006. *De gezondheid van Surinamers in Amsterdam*. Amsterdam: Stadsdrukkerij Amsterdam.

El Fakiri F, Kulu-Glasgow I, Weide M, Foets M. Kraamzorg in allochtone gezinnen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.

Foets, M., Suurmond, J., Stronks, K. 2007. 'De relatie tussen etnische herkomst en gezondheid(szorg), een conceptualisering.' In: Foets, M., Schuster, J., Stronks, K., *Gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen, een praktische introductie*. Amsterdam: Aksant.

Latupeirissa, F. 2007. *Perinatale zorg allochtonen* [Internet]. Variya maatschappelijke ontwikkeling en integratie, maart 2007 [aangehaald op 13-12-2007]. Bereikbaar op <http://www.variya.nl/perinatalezorg.htm>.

Kraamzorg voor Allochtonen; een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen". Leiden: TNO, 2002.

Lomans, P. 2006. *Moeders met stress krijgen meer huilbaby's*. AMC Magazine, april 2006. Amsterdam.

Nelissen, H. & M. Morée. 2001. *Mantelzorg en allochtonen: visie en voorstellen*. NIZW/FORUM/LOT/LCO, Utrecht.

(NIVEL). 2007. *Organisatie, Het NIVEL als onderzoeksinstituut* [Internet]. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 06-11-2007 [aangehaald op 06-11-2007]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/>.

Remmers-Leunk, G. 2006. *Perinatale zorg voor allochtone vrouwen in Overijssel*. Steunpunt Minderheden Overijssel, Almelo.

(RIVM). 2008. Gebruik verloskundige zorg – *Begeleiding zwangerschap merendeel bij verloskundige*. [Internet] Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 07-07-2008 [aangehaald 07-07-2008]. Bereikbaar op: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2244n29713.html.

(RIVM). 2005. *Op een lijn - Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020* [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 02-06-2005 [aangehaald op 04-11-2007]. Bereikbaar op <http://rivm.openrepository.com/rivm/handle/10029/7291>.

(RIVM). 2001. Huisartsenzorg - *Vraag en gebruik, Zijn er verschillen naar etniciteit?* [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, 11-11-2006 [aangehaald op 05-04-2008]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3792n20332.html

Troe, E.J.W.M. 2008. *Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality The Generation R Study*. Proefschrift. Rotterdam.

Uiters, E. 2007. *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands*. Proefschrift. Utrecht, NIVEL.

Veer de, A.J.E. 2001. *Allochtonen en de thuiszorg: Bereik, verrichtingen en opbrengsten*. Nivel, Utrecht.

Yerden, I. 2000. *Zorgen over zorg. Traditie, verwantschapsrelaties migratie en verzorging van Turkse ouderen in Nederland*. Het Spinhuis, Amsterdam.

2007. *Validiteit en betrouwbaarheid* [Internet]. Katholieke Universiteit Leuven, 13-11-2007 [aangehaald op 13-11-2007]. Bereikbaar op <http://ppw.kuleuven.be/FL/validiteit.htm>.

Bijlage 1
Vragenlijst

VRAGENLIJST NIVEL MONDELINGE ENQUÊTE ALLOCHTONEN/ 18+

respondentnummer:

doelgroep:

- Marokkanen
- Turken
- Antillianen
- Surinamers

naam enquêteur:

datum bezoek:

begintijd interview:

 :

eindtijd interview:

 :

aantal contactpogingen:

BLOK: ACHTERGRONDKENMERKEN**AKV1 Wanneer bent u geboren?**

..-.-.....

11L8

AKV2 Bent u een man of vrouw?

- 1 Man
- 2 vrouw

19

AKV3 Wat is op dit moment uw burgerlijke staat? Kijkt u maar op KAART 1.

- 1 ongehuwd, nooit gehuwd geweest
- 2 gehuwd (ook gescheiden van tafel en bed)
- 3 geregistreerd partnership
- 4 voor de wet gescheiden
- 5 weduwe/weduwenaar

20

AKV4 Uzelf meegerekend, uit hoeveel personen bestaat het huishouden waartoe u behoort?*(Enq.: Kinderen die elders op kamers wonen niet tot het huishouden rekenen)*

..... personen

21L2

INDIEN HET HUISHOUDEN UIT 1 PERSOON BESTAAT -> GA NAAR VRAAG AKV10INDIEN HET HUISHOUDEN UIT >1 PERSOON BESTAAT**AKV5 Hoe is het huishouden waartoe u behoort samengesteld? Kijkt u maar op KAART 2***(ENQ.: Stief- en pleegkinderen zijn ook kinderen)*

- 1 een echtpaar (of vaste partners) alleen
- 2 een echtpaar (of vaste partners) met kind(eren)
- 3 een echtpaar (of vaste partners) met kind(eren) en anderen
- 4 een echtpaar (of vaste partners) met anderen
- 5 één ouder met kind(eren)
- 6 één ouder met kind(eren) en anderen
- 7 anders (bijvoorbeeld drie-generatiegezin)

23

INDIEN RESPONDENT ÉÉN VAN BEIDE PARTNERS IS**AKV7a Wat is de geboortedatum van uw echtgenoot/partner?**

..-.-.....

24L8

INDIEN ER KINDEREN BEHOREN TOT HET HUISHOUDEN:**AKV8a Hoeveel kinderen (van het echtpaar of de enige ouder) behoren tot dit huishouden?***(Enq.: Inclusief stief- en adoptiekinderen!)*

..... kinderen

32L2

EINDE SELEKTIE KINDEREN

INDIEN HUISHOUDEN UIT MEER BESTAAT DAN RESPONDENT EN KINDEREN:

AKV9f **Wie zijn de andere personen (anders dan behalve een echtpaar, een ouder of de kinderen ervan) die tot dit huishouden behoren?** (Enq. Beschouw één van beide partners (bij Marokkanen en Turken de man) of de enige ouder als hoofd van het huishouden)

ouders van het hoofd van het huishouden of van de enige ouder,	hoeveel	34L2
schoonouders van het hoofd van het huishouden of van de enige ouder,	hoeveel	36L2
broers van het hoofd van het huishouden of van de enige ouder,	hoeveel	38L2
zussen van hoofd van het huishouden of van de enige ouder;	hoeveel	40L2
zwagers van het hoofd van het huishouden of van de enige ouder,	hoeveel	42L2
schoonzussen van hoofd van het huishouden of van de enige ouder;	hoeveel	44L2
schoondochters van het echtpaar of van de enige ouder;	hoeveel	46L2
schoonzoons van het echtpaar of van de enige ouder,	hoeveel	48L2
kleinkinderen van het echtpaar of van de enige ouder,	hoeveel	50L2
anders ,	hoeveel:.....	52L2

AKV10 **Er volgen nu een paar vragen over het huis waarin u woont.**

Als u kijkt op KAART 4, kunt u dan aangeven welk type woning dat is?

- | | |
|---|----|
| 1 ééngezinswoning (rijwoning, twee onder één kap, vrijstaand huis, villa) | 54 |
| 2 flat of etage | |
| 3 tehuis of inrichting (bejaardenhuis, verzorgingstehuis e.d.) | |
| 4 kamer | |
| 5 anders | |

AKV14 **De volgende vraag gaat over het inkomen van het huishouden waartoe u behoort.**

Op KAART 5 staat een aantal inkomenscategorieën. Kunt u aangeven wat het netto maand-inkomen van uw huishouden is? Het inkomen van het huishouden bestaat uit uw eigen inkomen plus dat van uw eventuele partner. We bedoelen het inkomen uit arbeid, uitkering en/of vermogen dat u per maand 'schoon' in handen krijgt (dat is na aftrek van belastingen en premies). De beschikking van de belastinginspecteur met betrekking tot de verrekening van de hypotheekrente moet u wel meerekenen. Het inkomen van inwonende kinderen moet u alleen meetellen voor zover dit aan het huishouden wordt afgedragen (kostgeld). Vakantiegeld moet u niet mee rekenen.

Indien u uw inkomen per jaar ontvangt, bijvoorbeeld als u zelfstandige bent, wilt u dan uw netto jaarinkomen door twaalf delen? U hoeft alleen maar het nummer dat voor uw antwoord staat te noemen.

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1 minder dan f 2.018,- | 55 |
| 2 van f 2018,- tot en met f 2.500,- | |
| 3 van f 2.501,- tot en met f 3.000,- | |
| 4 van f 3.001,- tot en met f 3.845,- | |
| 5 van f 3.846,- tot en met f 5.400,- | |
| 6 f 5.401,- en meer | |