

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra nederlandistiky

Studijní rok 2023/2024



**VERGELIJKING VAN DE VERLOSKUDIGE
ZORG IN NEDERLAND EN IN TSJECHIË**

A COMPARISON OF OBSTETRIC CARE IN THE
NETHERLANDS AND IN THE CZECH REPUBLIC

*SROVNÁNÍ PORODNICKÉ PÉČE V NIZOZEMSKU A
ČESKÉ REPUBLICE*

Magisterská práce

Nizozemská filologie

Bc. Zuzana Koláčná

Vedoucí práce: Prof. Dr. Wilken Engelbrecht

Olomouc

2023

Verklaring

Ik verklaar dat ik mijn masterscriptie zelfstandig heb geschreven en alle gebruikte literatuur en andere bronnen heb vermeld.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji magisterskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 5. prosince 2023

Zuzana Koláčná

Op deze plaats wil ik de begeleider van mijn scriptie, Prof. Dr. Wilken Engelbrecht, bedanken voor zijn waardevolle adviezen en opmerkingen bij het schrijven van deze scriptie. Mijn grote dank gaat ook uit naar Martyna Ciupak voor haar steun en voor haar altijd nuttig advies.

Inhoud

Inleiding	2
Hoofdstuk 1. Korte inleiding in het onderwerp	5
1.1 Structuur van verloskundige zorg	5
1.1.1 Prenatale zorg en educatie	5
1.1.2 Intrapartum zorg (bevalling)	6
1.1.3 Postpartum zorg	8
1.2 Historisch perspectief	10
1.2.1 Tsjechië	12
1.2.2 Nederland	16
Hoofdstuk 2. Nederland	20
2.1 Kort overzicht van de Nederlandse gezondheidszorg	20
2.1.1 Het systeem	21
2.2 Verloskunde in Nederland	23
2.2.1 Betaling	24
2.2.2 Prenatale zorg en educatie	25
2.2.3 Intrapartum zorg (bevalling)	27
2.2.4 Postpartumzorg	30
2.2.5 Statistieken	33
2.2.6 Zwangerschaps- en bevallingsverlof	34
Hoofdstuk 3. Tsjechië	36
3.1 Kort overzicht van de Tsjechische gezondheidszorg	36
3.1.1 Het systeem	36
3.2 Verloskunde in Tsjechië	38
3.2.1 Betaling	39
3.2.2 Prenatale zorg en educatie	39
3.2.3 Intrapartum zorg (bevalling)	42
3.2.4 Postpartumzorg	46
3.2.5 Statistieken	48
3.2.6 Zwangerschaps- en ouderschapsverlof	48
Hoofdstuk 4. Vergelijking	51
4.1 Discussie	55
Conclusie	58
Bibliografie	59
Summary	71
Resumé	72
Anotace	73

Inleiding

De wereldbevolking van vrouwen, die meer dan 4 miljard vrouwen en meisjes telt, omvat bijna de helft van de totale wereldbevolking. Deze vrouwen en meisjes vormen de steunpilaar van onze samenlevingen en leveren een essentiële bijdrage aan elk aspect van de menselijke vooruitgang. Hun gezondheid en welzijn zijn onlosmakelijk verbonden met de voorziening van complete gynaecologische zorg. Dit uitgebreide spectrum van medische diensten omvat het hele spectrum van preventieve routinecontroles, waarbij ziekten vroegtijdig worden opgespoord en de algehele gezondheid op peil wordt gehouden, tot ingewikkelde gespecialiseerde gynaecologische behandelingen en chirurgische ingrepen. Daarnaast omvat het een van de meest vitale onderdelen - verloskundige zorg, die een cruciale rol speelt in de continuïteit van het menselijk leven.

Verloskundige zorg is wereldwijd een fundamenteel onderdeel van gezondheidszorgsystemen en omvat prenatale zorg, bevallingszorg en zorg na de bevalling. De aanpak, kwaliteit, toegankelijkheid en patiënttevredenheid van verloskundige zorg kunnen echter aanzienlijk verschillen van land tot land. De redenen hiervoor zijn verschillen in gezondheidszorgbeleid, financieringsmodellen, culturele factoren en historische ontwikkelingen. Inzicht in deze afwijkingen is essentieel voor beleidsmakers en zorgverleners bij het vormgeven en verbeteren van de zorg, maar ook voor onderzoekers die de kwaliteit en efficiëntie van zorgsystemen willen verbeteren. Gynaecologische zorg, waaronder verloskunde, kan een bijzonder waardevol gebied zijn voor een cross-country vergelijking, omdat het een gebied is waar vaak verschillen in toegang, kwaliteit en patiënten behandeling bestaan.

In deze scriptie wil ik de verschillen in verloskundige zorg tussen Nederland en Tsjechië onderzoeken en begrijpen en de factoren achter deze verschillen identificeren. Het onderzoeksprobleem draait om de mate van variatie in zorgaanpak, kwaliteit, toegankelijkheid en patiënttevredenheid in de verloskundige zorg tussen deze twee Europese landen en de factoren die aan deze verschillen ten grondslag liggen. Ik wil duidelijk maken dat ik geen arts of zorgverlener ben. Het doel van deze scriptie is niet om in te gaan op medische specificaties, maar om inzicht te geven in de sterke en zwakke punten van de verloskundige zorg in beide landen. Daarbij wordt een beeld gegeven van de uitdagingen en kansen waarmee de landen geconfronteerd worden.

Het doel van de scriptie is om modellen van zorgverlening in verloskunde in Nederland en Tsjechië te onderzoeken en vergelijken. Verder wil ik postpartum zorgpraktijken en ondersteuningssystemen voor nieuwe moeders (kraamzorg) in beide

landen onderzoeken. Ook wil ik de invloed van culturele, historische en beleidsfactoren op de verloskundige zorg onderzoeken.

De methoden van verloskundige zorg zijn afhankelijk onder andere van de conditie en gezondheid van de moeder en haar ongeboren kind. In deze scriptie richt ik me op de standaardzorg die wordt verleend aan klinisch gezonde moeders. Hiermee bedoel ik vrouwen en adolescente meisjes die geen geïdentificeerde risicofactoren voor zichzelf of hun baby's hebben en die verder gezond lijken.

Door de twee systemen te onderzoeken met behulp van de comparatieve methode, probeert deze scriptie de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat zijn de belangrijkste verschillen in de structuur en organisatie van verloskundige zorg tussen Nederland en Tsjechië?
- Hoe verhouden de diensten en voorzieningen voor prenatale zorg in Nederland en Tsjechië zich tot elkaar wat betreft toegankelijkheid, volledigheid en patiëntenvoorlichting?
- Wat zijn de primaire modellen van zorgverlening tijdens de bevalling in beide landen en hoe verschillen deze?
- Wat zijn de zorgpraktijken na de bevalling en de ondersteuningssystemen die beschikbaar zijn voor nieuwe moeders in Nederland en Tsjechië?

Deze vragen worden beantwoord met behulp van een groot aantal bronnen, waaronder academische artikelen, boeken, gezondheidszorgrapporten en overheidsrapporten en publicaties van openbare instellingen.

Deze scriptie bestaat uit vier hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk richt zich op de introductie van het onderwerp verloskundige zorg en het belang ervan. Het geeft ook een kort historisch perspectief van gynaecologische zorg en verloskunde. Het probeert ook de culturele en sociale factoren te schetsen die de verloskundige zorg in beide landen beïnvloeden. Het doel van dit hoofdstuk is vooral om context te bieden, niet om een gedetailleerde beschrijving te geven.

Het tweede hoofdstuk richt zich specifiek op Nederland. Eerst wordt een korte introductie gegeven van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem – hoe functioneert het en hoe is het gestructureerd. Vervolgens probeer ik samen te vatten hoe de verloskunde en kraamzorg in Nederland georganiseerd zijn. Daarna worden specifieke onderdelen van de verloskunde besproken: Prenatale zorg en educatie van de moeder, Intrapartum zorg (Bevalling) en Postpartum zorg. Er wordt ook aandacht besteed aan de verschillende bevallingsopties en de huidige maatschappelijke opvattingen.

Het derde hoofdstuk behandelt dezelfde onderwerpen als hoofdstuk 2, maar dan voor Tsjechië.

Hoofdstuk 4 vergelijkt de vorige twee hoofdstukken en zet de belangrijkste overeenkomsten en verschillen op een rij. Het probeert aan te geven welke factoren bijdragen aan variaties in de zorg en vergelijkt de resultaten van moeders en pasgeborenen.

Hoofdstuk 1. Korte inleiding in het onderwerp

1.1 Structuur van verloskundige zorg

De moderne verloskunde is een discipline van de geneeskunde die zich op alle aspecten van de zwangerschap richt, waaronder de zorg na de bevalling. We kunnen de verloskundige zorg in subgroepen van zorg onderverdelen, die logischerwijs de stappen van de zwangerschap volgen: prenatale zorg en educatie, intrapartum zorg (bevalling) en postpartum zorg.

1.1.1 Prenatale zorg en educatie

Prenatale zorg bestaat uit een reeks verschillende onderzoeken en behandelingen die vrouwen in ambulante omgevingen ondergaan. De zorg vóór de zwangerschap is niet uniform, het verschilt per instelling en zorgverlener en is zeer landspecifiek. Deze is gebaseerd op de structuur van de gezondheidszorg, de financiering maar ook het beleid van het land.

Academici noemen vaak de volgende definitie van de essentiële onderdelen van prenatale zorg: “...*early and continuing risk assessment, health promotion, and medical and psychosocial interventions and follow-up*” (Klerman 1990: 6). In de afgelopen tien jaar heeft de Wereldgezondheidsorganisatie een richtlijn voor prenatale zorg opgesteld om vrouwen in het middelpunt van de zorg te plaatsen, hun zwangerschapservaring te verbeteren en ervoor te zorgen dat baby's de best mogelijke start in het leven krijgen (WHO 2016: 1). De belangrijkste elementen van prenatale zorg en de geadviseerde interventies worden als volgt gepresenteerd: “*Nutritional interventions, Maternal and fetal assessment, Preventive measures, Interventions for common physiological symptoms and health system interventions to improve the utilization and quality of prenatal care*” (WHO 2016: 2).

Uit deze voorbeelden blijkt dat de specialisten de volgende elementen als cruciaal beschouwen voor prenatale zorg: gezondheidsbevordering, voorlichting, risicobeoordeling en mogelijke medische en psychologische interventies. In de praktijk zijn dit enkele componenten van de prenatale zorg:

- Eerste onderzoek: een medisch specialist beoordeelt de medische voorgeschiedenis van de moeder, inclusief eventuele reeds bestaande aandoeningen of risicofactoren.
- Regelmatige controles: Een schema van regelmatige prenatale controles bij een zorgverlener, meestal beginnend in het eerste trimester en gedurende de hele zwangerschap.
- Medische tests en screenings: Verschillende tests en onderzoeken om de gezondheid van de moeder en de zich ontwikkelende foetus te controleren. Dit kunnen bloedtests, echografieën en genetische screenings zijn.

- Monitoring van complicaties tijdens de zwangerschap: Voortdurende controle op complicaties zoals zwangerschapsdiabetes, zwangerschapsvergiftiging en zwangerschapshypertensie.
- Gewichtscontrole: Controle van gewichtstoename tijdens de zwangerschap om ervoor te zorgen dat het binnen gezonde grenzen valt.
- Voedingsadviezen en aanbevelingen voor lichaamsbeweging: Advies over gezonde voeding en lichaamsbeweging tijdens de zwangerschap, inclusief het belang van essentiële voedingsstoffen zoals foliumzuur, ijzer, calcium en prenatale vitamines.
- Advies over levensstijl: Advies over het vermijden van schadelijke stoffen zoals alcohol, tabak en drugs tijdens de zwangerschap.
- Emotionele steun: Aanpakken van emotionele en psychologische problemen, zoals angst of stemmingswisselingen. Hulpmiddelen bieden om met zwangerschapsgerelateerde stress om te gaan.
- Voorbereiding op bevalling en geboorte, bevallingsplan maken: Informatie over de stadia van de bevalling, de opties voor pijnbestrijding en het geboorteproces. Dit kan ook lessen in bevalling, bevallingshoudingen en ontspanningstechnieken inhouden.
- Planning voor noodgevallen: Voorbereiding op noodgevallen of onverwachte situaties tijdens de zwangerschap of bevalling.

Er is een voortdurende discussie onder medische professionals over prenatale zorg en of het de geboorte-uitkomsten direct verbetert (Fiscella 1995: 468). Het probleem met prenatale zorg is dat het niet goed gemeten kan worden. De algemene consensus is tegenwoordig echter dat onvoldoende of geen zorg tijdens de zwangerschap tot ongewenste resultaten kan leiden, waaronder vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht (Tayebi en Co. 2013: 360).

1.1.2 Intrapartum zorg (bevalling)

Intrapartum Zorg omvat de zorg voor vrouwen en hun baby's tijdens de bevalling en direct na de geboorte. De standaardtermijn voor een bevalling ligt tussen 37 en 42 weken van zwangerschap.

Er zijn talloze richtlijnen gepubliceerd door medische organisaties en instellingen, een van de meest bekende is gemaakt door het NICE (National Institute for Health and Care Excellence) in Verenigde Koninkrijk. Als de publieke en professionele opinies over de juiste aanpak van de bevalling veranderen, veranderen deze richtlijnen ook voortdurend.

Omdat de geboorte een zeer complex proces is, ga ik niet dieper in op de afzonderlijke fasen en wat de aanbevolen aanpak volgens verschillende bronnen is.

Ook in de intra partum zorg is er geen uniforme of één juiste manier om een vrouw tijdens de bevalling te begeleiden. In veel landen waren er in de jaren '80 en '90 echter tendensen om de bevalling zo eenvormig en geroutineerd mogelijk te maken (Šťastná 2022). Als medicalisering van de verloskunde ter sprake komt, gaat het meestal over de intra partum zorg. In de afgelopen decennia hebben we een aanzienlijke toename gezien in het gebruik van verschillende invasieve bevallingspraktijken. De bedoeling van deze interventies is om het fysiologische proces van de bevalling op gang te brengen, te versnellen, te reguleren of te controleren en de medische resultaten voor vrouwen en baby's te verbeteren (WHO 2018: 1).

Tegenwoordig zien we dat de tendens de andere kant op gaat. Veel mensen keren zich af van de gemedicaliseerde ziekenhuisbevalling en besluiten thuis een baby te krijgen. De Wereldgezondheidsorganisatie probeert bijvoorbeeld een '*positive childbirth experience*' te bevorderen (WHO 2018: 1). En probeert de bevalling weer meer vrouwgericht te maken in plaats van zich voornamelijk te richten op de medische resultaten.

In bepaalde situaties is het nodig om de bevalling in te leiden. De algemene consensus is dat de baring alleen moet worden geïnduceerd als er serieuze redenen voor zijn, bijvoorbeeld: er is een medische aandoening die een bevalling noodzakelijk maakt, de zwangerschapsduur is langer dan 41-42 weken, de vrouw heeft een hoge bloeddruk, de vliezen zijn gebroken maar de bevalling is niet op natuurlijke wijze op gang gekomen. Het inleiden van de bevalling bij een laagrisicozwangerschap moet worden vermeden. Volgens recent onderzoek van het Amsterdam UMC kan het inleiden van de bevalling bij een laagrisico-zwangerschap langetermijngevolgen hebben voor de cognitieve ontwikkeling van het kind (Amsterdam UMC 2023). De onderzoekers testten kinderen op 12-jarige leeftijd en concluderen dat, hoewel het verschil in cognitieve prestaties mogelijk klein lijkt, er wel degelijk verschillen zijn tussen de groep kinderen die geboren werden na een ingeleide bevalling van 37 tot 41 weken, vergeleken met kinderen bij wie de bevalling niet werd ingeleid in diezelfde week (idem.). Dit is de eerste keer dat onderzoekers zich richten op de langetermijneffecten van inductie op het kind, zoals cognitieve ontwikkeling, in plaats van op de kortetermijnresultaten. Een ander recent onderzoek, uitgevoerd door het Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, wijst erop dat bij bevallingen die werden ingeleid ook veel hogere percentages medische ingrepen voorkomen (The Guardian 2021). Uit het onderzoek bleek dat 71% van de vrouwen een ruggenprik kreeg, vergeleken met 41% die geen inleiding kreeg. Het aantal keizersneden was meer dan twee keer zo hoog – 29% vergeleken met 14% – en episiotomieën kwamen voor bij 41% van de bevallingen vergeleken met 31% (idem.). Ondanks deze feiten neemt

de populariteit van ingeleide bevallingen in landen met hoge inkomens elk jaar toe. In 2021 had meer dan 40% van de moeders die voor het eerst bevallen een ingeleide bevalling in Australië. In de VS lag dit percentage rond de 30% (Amsterdam UMC 2023).

Het Perinatal Education Programme (PEP 2011: 4-5) verdeelt de Intrapartum zorg in de volgende onderdelen (in cursief):

- *Controle van de toestand van de moeder en de baby tijdens de eerste fase (de dilatatie fase) van de bevalling.* Dit kan het volgende inhouden: controle van de hartslag van de foetus, de bloeddruk van de moeder en de voortgang van de bevalling (baarmoederhalsverwijding, contracties, enz.).
- *Controle en begeleiding van de eerste fase van de bevalling.* Dit kan bestaan uit het aanmoedigen van positiewisselingen om de bevalling te vergemakkelijken, emotionele steun en ervoor zorgen dat de moeder gehydrateerd blijft en voldoende voeding binnenkrijgt.
- *Controle en begeleiding van de tweede fase (uitdrijvingsfase) van de bevalling.* In dit stadium kan de specialist de volgende activiteiten uitvoeren: Bewaking van vitale functies, beoordeling van de voortgang van de bevalling en de positie van de baby, episiotomie (chirurgische snede om de vaginale opening wijder te maken).
- *Controle en begeleiding van de derde fase (nageboortetijdperk) van de bevalling.* Tijdens de derde fase van de bevalling kan het voorbeeld van zorg er als volgt uitzien: monitoring van vitale functies, assisteren bij de bevalling via de placenta, onderzoek van de organen op tranen en de mogelijke behandeling ervan, het toedienen van medicijnen, het beoordelen van de pasgeborene.
- *Beheersen van pijn tijdens de bevalling.*

Soms wordt ook een vierde fase van de bevalling gedefinieerd. Deze fase komt na de derde fase, nadat de placenta en de vliezen (zak waarin de baby en het vruchtwater zitten) afgeleverd zijn. De vierde fase van de bevalling duurt één tot twee uur na de bevalling van de placenta (Lowdermilk, Deitra, Cashion, Perry et. al. 2019: 327).

1.1.3 Postpartum zorg

Postpartumzorg, ook wel postnatale zorg genoemd, verwijst naar de medische en emotionele zorg voor een moeder en haar pasgeboren baby na de bevalling. Postpartumzorg begint kort na de bevalling en duurt meestal zes tot acht weken. Het eindigt wanneer het lichaam van de moeder bijna terug is in de staat van voor de zwangerschap.

Het is een kritieke tijd voor vrouwen, pasgeborenen, maar ook voor partners, verzorgers en gezinnen. De juiste zorg na de bevalling is erg belangrijk voor de gezondheid en het welzijn van de vrouw en de baby op zowel korte als lange termijn. Hoewel de situatie

wereldwijd is verbeterd, wijst de Wereldgezondheidsorganisatie erop dat moedersterfte en neonatale sterfte ook nu nog relatief hoog zijn (WHO 2022: ix). De gemiddelde neonatale sterfte in 2021 was 18 sterfgevallen per 1000 levendgeborenen (UNICEF 2023). In 1990 was het 37 neonatale sterfgevallen per 1.000 levendgeborenen (idem.). De cijfers zijn hoger voor de moedersterfte, die vrouwen aangeeft die tijdens en na de zwangerschap zijn overleden. In 2021 was dat 158,8 sterfgevallen per 100.000 levende nieuwe moeders (Bill & Melinda Gates Foundation).

Het concept van zorg na de bevalling is niet nieuw, maar op veel plaatsen in de wereld krijgt deze zorg nog steeds niet de juiste aandacht. Dit betekent alweer dat de postpartumzorg in verschillende landen enorm verschilt. In sommige landen eindigt de postpartumzorg nadat de vrouw het ziekenhuis heeft verlaten. In andere landen, zoals de VS, bestaat de postpartumzorg uit een enkel postpartum bezoek van zes weken aan een specialist.

De postpartumzorg omvat in het algemeen de volgende elementen:

- Beoordeling van fysieke gezondheid (van moeder en baby): Controle van vitale functies (bloeddruk, hartslag, temperatuur). Controleren op symptomen van infecties en bloedingen. Beoordelen van de genezing van het perineum¹ of eventuele incisies van een keizersnede.
- Begeleiding bij borstvoeding: Begeleiding en hulp bieden bij borstvoedingstechnieken. Aanpakken van problemen of vragen met betrekking tot borstvoeding. Advies geven over goede voeding en hydratatie voor moeders die borstvoeding geven. Het is essentieel dat zorgverleners borstvoeding aanmoedigen, tenzij er contra-indicaties zijn. Vrouwen die borstvoeding geven hebben minder kans op borstkanker en eierstokkanker (Lopez-Gonzalez en Kopparapu 2022).
- Emotionele en psychologische ondersteuning: Beoordelen van het emotionele welzijn en de geestelijke gezondheid van de moeder. Ondersteuning en hulpmiddelen bieden bij stemmingsstoornissen na de bevalling, zoals postpartumdepressie en angst. Open communicatie over emotionele problemen aanmoedigen.
- Pijnbehandeling: Het bestrijden van pijn na de bevalling, waaronder pijn door episiotomie, keizersnede of baarmoedercontracties. Noodzakelijke pijnmedicatie moet voorgeschreven of aanbevolen worden.

¹ Het perineum of bilnaad is het gebied tussen de vagina en de anus. De bilnaad scheurt soms tijdens de bevalling, wanneer de baby naar buiten wordt geduwd. Soms kan een arts of verloskundige besluiten om een snee in het gebied te maken om de bevalling te vergemakkelijken, dit wordt een episiotomie genoemd.

- Lochia monitoren: Het controleren van de afscheiding na de bevalling, lochia genaamd, die bestaat uit bloed, slijm en baarmoederweefsel. Het normale verloop van lochia en tekenen van mogelijke problemen moeten worden uitgelegd.
- Gezondheid van de uterus: Controleren van de grootte en de positie van de baarmoeder om er zeker van te zijn dat deze terugkeert naar zijn normale staat (involuntie). Controle op symptomen van baarmoederontsteking of abnormale bloedingen.
- Anticonceptie advies: Opties voor anticonceptie en gezinsplanning bespreken. Informatie geven over wanneer het veilig is om seksuele activiteit te hervatten.
- Bekkenbodemoefeningen: Bekkenbodemoefeningen aanraden (zoals Kegel-oefeningen) om te helpen bij het herstel na de bevalling en om incontinentie te voorkomen.
- Voeding en hydratatie: Adviseren over goede voeding na de bevalling om de genezing en het energieniveau te ondersteunen. Adequate hydratatie aanmoedigen, vooral als de vrouw borstvoeding geeft. Alle moeders die borstvoeding geven moeten 500 calorieën per dag extra nemen (Lopez-Gonzalez en Kopparapu 2022).
- Zorg voor de pasgeboren baby: Het monitoren van de gezondheid van de baby, inclusief gewicht en voeding. Begeleiding bij de verzorging van pasgeborenen, zoals baden, luiers en veilig slapen.
- Vervolgafspraken bij een specialist: Het plannen van postpartumcontroles voor de moeder om haar fysieke en emotionele welzijn te beoordelen. Ervoor zorgen dat eventuele zorgen of problemen na de bevalling aangepakt worden.
- Onderwijs en ondersteuning: Informatie geven over de verzorging van baby's, zoals voeden, luiers en kalmeertechnieken. Bronnen beschikbaar stellen voor steungroepen voor borstvoeding, ouderschaps cursussen en hulpbronnen in de gemeenschap.

1.2 Historisch perspectief

De Gynaecologische zorg is een discipline van de geneeskunde die zich richt op de gezondheid en het welzijn van het vrouwelijke reproductieve systeem. Gynaecologische zorg omvat tegenwoordig een breed scala aan diensten, tests en behandelingen. Het wordt vaak gecombineerd met verloskunde, het vakgebied dat zich op zwangerschap, bevalling en de periode na de bevalling richt. Verloskunde behoort tot een van de oudste medische vakgebieden, ook al had het in zijn begin dagen weinig te maken met de geneeskunde. Volgens bekende bronnen gaat gynaecologie terug tot de Grieks-Romeinse beschaving. Historisch gezien was gynaecologie nauw verbonden met verloskunde. Het was heel

gebruikelijk dat vrouwen hun voortplantingsorganen voor het eerst lieten onderzoeken tijdens hun zwangerschap of bevalling. Het duurde tot het begin van de 19^e eeuw voordat artsen met succes een beperkt aantal chirurgische ingrepen aan de eierstokken en de baarmoeder konden uitvoeren (Britannica 2023). De evolutie van de discipline werd onder anderen bemoeilijkt door het taboe rond het blootstellen of onderzoeken van de vrouwelijke geslachtsorganen.

In de afgelopen eeuwen is de manier waarop in Europa met bevallingen wordt omgegaan enorm veranderd. Tot de 17^e eeuw vonden bevallingen voornamelijk plaats thuis en werden ze uitsluitend door vrouwen gedaan. Historisch gezien hadden deze vrouwen die baby's verlossen slechts zelden medische kennis. Dit wordt mooi door de etymologie van het Engelse woord *midwife* geïllustreerd. Dit woord is afgeleid van Oudengels *mid* (met), en *wif* (woman), en betekende dus oorspronkelijk *met-woman* (Etymonline 2023). Deze vrouwen konden familieleden zijn of iemand anders met weinig kennis zoals een buurvrouw, maar ook echte vroedvrouwen die in het helpen van vrouwen tijdens de bevalling gespecialiseerd waren. Het figuur van een vroedvrouw komt in het verleden in de meeste landen over de hele wereld voor (Lenderová 2007: 130).

Net als andere medische disciplines, is ook de verloskunde door technische verbeteringen veranderd. De introductie van de verloskundige tang, ontwikkeld door de Engelse chirurg Peter Chamberlen (1601-1683), betekende een belangrijke vooruitgang in de verloskunde (Johanson 2002: 892). De uitvinding bleef in de familie tot een van de afstammelingen het geheim van de tang in 1693 deelde met een Nederlander, Rogier van Roonhuysen. Het monopolie op de tang bleef nog 60 jaar in handen van de familie Van Roonhuysen in Amsterdam (Drife 2002: 312), maar tijdens die tijd verspreidde de kennis zich onder andere chirurgen en landen. Sinds de 17^e eeuw begonnen ook mannen betrokken te raken bij de bevalling, wat niet alleen het begin van de medicalisering van de bevalling betekende, maar ook van de masculinisatie (idem.). Deze nieuwe trend, waarbij mannen de rol van vroedvrouw overnamen, begon tijdens de periode van de Verlichting in Frankrijk (Lenderová 2006: 130).

In de 19^e eeuw zorgden medische ontwikkelingen zoals pijnstilling, anesthesie, keizersneden en veilige bloedtransfusies voor een verdere toename van de medische invloed op bevallingen (Johanson 2002: 892). De introductie van keizersnede in combinatie met anesthesie betekende dat meer kinderen en vrouwen gered kunnen worden tijdens moeilijke bevallingen. De sterftcijfers bleven in de 19^e eeuw echter hoog en een keizersnede werd vaak gecombineerd met hysterectomie, een chirurgische ingreep om de baarmoeder geheel of gedeeltelijk te verwijderen (Drife 2002: 314). Een hysterectomie na een keizersnede werd op spoedeisende basis uitgevoerd als er bijvoorbeeld een overvloedige bloeding (postpartum hemorrhagia) was of als de placenta abnormaal was gehecht en niet op natuurlijke wijze naar buiten zou komen.

In het begin van de 20^e eeuw werden de eerste antiseptische en aseptische methoden toegepast, gevolgd door de introductie van sulfonamiden. Dit veroorzaakte een aanzienlijke afname van de ernst van kraamvrouwenkoorts (sepsis) en betekende ook dat ziekenhuizen sindsdien niet meer als gevaarlijke plaatsen voor bevallingen beschouwd werden. Vóór de 20^e eeuw werden ziekenhuizen zelden gebruikt voor bevallingen, behalve in een paar grote steden (Loudon 2008: 531).

Een andere verandering in de 20^e eeuw was, dat verloskunde zich niet meer alleen tot bevallingen beperkte, maar zich ook op de zorg voor moeder en kind tijdens de zwangerschap ging richten. In 1911 werd de eerste kliniek voor zwangere vrouwen (prenatale- en kraamkliniek) geopend in Boston en al snel volgden andere steden in verschillende landen (Drife 2002: 4).

Door deze en vele andere verbeteringen in de gezondheidszorg is het moedersterftecijfer in de 20^e eeuw drastisch gedaald. Aan het einde van de 20^e eeuw schatten de WHO en Unicef dat de gemiddelde moedersterfte in de meer ontwikkelde landen 27 per 100 000 levendgeborenen bedroeg, vergeleken met 480 per 100 000 levendgeborenen in minder ontwikkelde landen (Revista Panamericana de Salud Pública 2007: 484).

De verloskunde heeft zich de afgelopen eeuw enorm ontwikkeld en bevalling is veel veiliger geworden voor zowel de vrouw als het kind. De algemene medische consensus aan het eind van de 20^e en het begin van de 21^e eeuw was dat thuisbevallingen en bevallingen onder leiding van een vroedvrouw ouderwets zijn. Een van de ondersteunende argumenten hiervoor was hoe snel een bevalling mis kan gaan (Loudon 2008: 534). De trend was om zo veel mogelijk bevallingen in de meer ontwikkelde landen te verplaatsen naar ziekenhuizen onder toezicht van een arts.

Tegenwoordig zijn weer de tendensen precies het tegenovergestelde en veel professionals debatteren over de vraag of verloskunde te gemedicaliseerd is geworden (Nelson, Romanis 2021; Espinoza, Artieta-Pinedo, Paz-Pascual 2022; Johanson 2002). De specialisten geven toe dat de medicalisering van de bevalling wel heeft bijgedragen aan het verbeteren van de sterftecijfers, maar dat het de bevalling ook mechanisch en minder persoonlijk heeft gemaakt (Johanson 2002).

1.2.1 Tsjechië

Net als in veel andere landen bestaat er ook in Tsjechië een rijke traditie van vroedvrouwen. In dit gebied is de traditionele term *porodní bába*, wat letterlijk *bevallingsgrootmoeder* betekent. De term wijst erop dat dit ‘beroep’ voornamelijk door oudere, ervaren vrouwen werd gedaan. De modernere term is *porodní asistentka*, een assistent bij de geboorte van kinderen.

De eerste schriftelijke informatie over vroedvrouwen uit de Tsjechische regio stamt uit het begin van de 13^e eeuw (Vránová 2007: 30). Daarna zijn er niet veel documenten over het onderwerp bewaard gebleven. Tot het einde van de 16^e eeuw verschenen er 8 boeken over verloskunde, maar ze waren vrij primitief van natuur. Deze teksten waren bedoeld om de kennis van de vroedvrouw te vergroten, bijvoorbeeld over hoe kruiden te gebruiken om pijn te bestrijden of wonden te behandelen (Pultarová 2017, Vránová 2007).

De eerste grote veranderingen kwamen tijdens de regeerperiode van Maria Theresia (1717-1780) (Lenderová 2006: 131). De heerseres van de Habsburgse heerschappij kondigde veel institutionele, financiële, medische en educatieve hervormingen af. Ze introduceerde ook verbeteringen op het gebied van verloskunde, die ze mogelijk nodig vond op basis van haar eigen ervaring met de geboorte van 16 kinderen. Maria Theresia werd sterk beïnvloed door de Nederlander Gerhard van Swieten (1700-1772), die een leerling was van de beroemde hoogleraar Herman Boerhaave (1668-1738) aan de medische faculteit in Leiden. Hij was haar persoonlijke arts en gaf mede vorm aan de medische hervormingen die tijdens haar bewind in de monarchie doorgevoerd werden (Vránová 2007: 34). Deze hervormingen legden de basis voor een door de staat beheerd samenhangend systeem van gezondheidszorg.

Een gerechtelijk decreet uit 1745 markeerde het begin van de professionalisering van de vroedkunde, waarbij vroedvrouwen lezingen over anatomie moesten volgen en de dissectie van vrouwelijke lijken moesten observeren (Lenderová 2006: 131). Vanaf 1759 moesten alle vroedvrouwen opgeleid en gecertificeerd zijn door een gekozen officiële specialist met een doctorsdiploma in geneeskunde en masterdiploma in verloskunde (Vránová 2007: 39).

In 1770 werd de centrale keizerlijke gezondheidsverordening, *Generale normativum in re sanitaris*, uitgevaardigd voor de hele Habsburgse monarchie. Volgens dit besluit werden de organen van het staatsgezondheidsbestuur opgericht en werden hun bevoegdheden, taken en plichten vastgelegd. De hoogste gezondheidsfunctionaris was de rijks protomedisch officier (Vránová 2007: 39). Bovendien heeft deze gezondheidsverordening de taken van alle gezondheidswerkers, inclusief vroedvrouwen, nauwkeurig omschreven. Deze wet was 100 jaar van kracht.

In het begin van de 19^e eeuw groeide de kennis van gynaecologie en verloskunde in het Tsjechische gebied snel. Er waren een paar gemotiveerde professionals, bijvoorbeeld Jan Melič (1763-1837), een vooraanstaand arts en filantroop, die als eerste in het Tsjechisch gebied een keizersnede uitvoerde bij een levende vrouw (Lenderová 2006: 132). Antonín Jungman (1775-1854) schreef boeken over verloskunde en hielp om jonge artsen in Praag op dit gebied op te leiden (Lenderová 2006: 132). Dankzij zijn inzet slaagde hij erin om van Praag een centrum van kennis over dit onderwerp te maken. In 1843 startte

František Kiviš z Rotterau (1814-1852), een andere gemotiveerde jonge arts, in Praag de eerste gynaecologische kliniek. Het was niet alleen de eerste gynaecologische kliniek in het Oostenrijkse Rijk maar ook een van de eerste in heel Europa (Sucha 2020: 55). De groei en verbeteringen op dit gebied gingen door met enkele hindernissen voor en tijdens de Tweede Wereldoorlog.

Medisch begeleide bevalling (*Lékařsky vedený porod*) is een term die gebruikt werd in Tsjechië na de Eerste Wereldoorlog. Sindsdien werd het ook de voorkeur praktijk bij bevallingen. Medisch begeleide bevalling is specifiek door het versnellen van de bevalling en het beheersen van de pijn met medicijnen en invasieve technieken (Pikardová 2005: 53). Het overbrengen van bevallingen naar kraamafdelingen en ziekenhuizen was bedoeld om een steriele en hygiënischere omgeving te creëren voor moeders en pasgeborenen en om geconcentreerde gespecialiseerde medische expertise te bieden. De belangrijkste drijfveer achter deze verschuiving was echter het statistische bewijs van een significante daling in moedersterfte en perinatale sterfte (ibid.).

De basisprincipes van het huidige verloskundige systeem in Tsjechië werden opgesteld na de Tweede Wereldoorlog. In deze periode vond een belangrijke reorganisatie van het gezondheidszorgsysteem plaats, die leidde tot de transformatie in een door de staat gefinancierd, gecentraliseerd en geïntegreerd systeem. De introductie van een universele sociale en ziektekostenverzekering zorgde ervoor dat gezondheidszorgdiensten gratis toegankelijk waren voor alle burgers wanneer dat nodig was. Gezondheidszorgfaciliteiten waren gunstig gelegen in woonwijken en het systeem legde sterk de nadruk op preventieve maatregelen (Hrešanová 2014: 963). Om deze focus op preventie te ondersteunen, werden nieuwe gezondheidszorginstellingen gebouwd op zowel districts- als regionaal niveau, waaronder moderne ziekenhuizen met kraamafdelingen en prenatale klinieken.

Grote veranderingen kwamen vooral toen de Communistische Partij, gesteund door de Sovjets, in februari 1948 de controle over Tsjechoslowakije overnam. De communistische hervormingen van de gezondheidszorg in Tsjechoslowakije versterkten de rol van gynaecologen en verloskundigen als primaire aanbieders van prenatale zorg en geboortezorg. Dit leidde tot de eliminatie van onafhankelijke verloskunde, waarbij vroedvrouwen ondergeschikt aan verloskundigen in ziekenhuizen werden (Hrešanová 2014: 964). In het socialistische gezondheidszorgsysteem werden patiënten behandeld in zorginstellingen afhankelijk van waar ze woonden. Het hele land was in gezondheidsdistricten (*obvod*) verdeeld en patiënten konden alleen behandeld worden door instellingen in hun district. Privépraktijken van artsen moesten gesloten worden en artsen werden staatswerknemers met dezelfde salarissen als andere beroepen (Sucha 2020: 55). Dit leidde tot een afname van de professionele identiteit en solidariteit onder artsen, wat mogelijk gevolgen had voor de arts-patiëntrelaties. In een maatschappij met machteloze

burgers hadden artsen echter nog steeds een gezaghebbende positie als dragers van deskundige kennis en behandelden ze patiënten paternalistisch (Křížová 2006: 113).

Sinds 1954 is actieve medische assistentie tijdens de bevalling het algemeen aanvaarde verloskundige beleid geworden in het Tsjechoslowaakse gebied (Pikardová 2005: 54). De geboorte van kinderen werd systematisch naar het ziekenhuis verplaatst. In het midden van de jaren 1950 vond 92,6% van alle geboorten plaats in een ziekenhuis (Štembera 2004: 67). In tegenstelling tot andere landen in de regio bleef verloskunde in Tsjechoslowakije een door mannen gedomineerd beroep.

De communistische partij legde veel nadruk op het gezin en voortplanting. Ze gaven de nieuwe gezinnen met pasgeborenen ook veel voordelen en een relatief hoge financiële beloning/ondersteuning na de geboorte van een kind. Ook dit droeg bij aan een babyboom in Tsjechoslowakije in de jaren '70 (Vitovska 2022). Reproductieve geneeskunde was een belangrijk vakgebied vanwege het doel van het politieke regime. Het systeem gaf prioriteit aan de gezondheid van industriële arbeiders en aanstaande moeders en hun kinderen om de industriële ontwikkeling en bevolkingsgroei te ondersteunen (Read 2007: 205).

Aan de andere kant wordt de verloskundige zorg in die tijd als gefragmenteerd beschreven, waarbij vrouwen weinig invloed hadden op de manier waarop hun zwangerschap of bevalling werd afgehandeld (Hrešanová en Hasmanová 2008: 89). Net als in de Sovjetunie werd de verloskunde in dit tijdperk sterk gemedicaliseerd. Zwangere vrouwen werden als zieken behandeld en er werd op aangedrongen dat ze tijdens de zwangerschap en bevalling onder toezicht van een gespecialiseerde arts moesten staan. Net na de geboorte werden de kinderen in het ziekenhuis van hun moeders gescheiden, met uitzondering van de vooraf bepaalde tijd voor borstvoeding. Bezoekers waren niet toegestaan in het ziekenhuis of tijdens de bevalling (Rivkin-Fish 2005: 25). De prenatale zorg was bijna alleen op de gezondheid van de foetus gericht. De gevoelens van de vrouw of haar voorbereiding op de bevalling en het moederschap werden niet als belangrijk beschouwd (Hrešanová en Hasmanová 2008: 89).

Geboortezorg in ziekenhuizen in het socialistische tijdperk werd bekritiseerd vanwege de onpersoonlijke en vrouwonvriendelijke behandeling (Hrešanová 2014: 964). Artsen en verpleegkundigen slaagden er niet in om adequate emotionele steun te bieden. Dit werd toegeschreven aan de manier waarop het regime artsen behandelde, maar ook aan de nadruk op professionaliteit en rationaliteit in de socialistische verpleging (Read 2007: 206). In het begin van de jaren 1980 begonnen sommige ziekenhuizen de strikte regels te versoepelen, waardoor vaders aanwezig mochten zijn tijdens de bevalling (Hrešanová 2014: 964). Bovendien werd rooming-in geïntroduceerd, wat betekende dat moeder haar baby in haar kamer bij zich kon hebben.

Met de val van het communistische regime in 1989 vonden er belangrijke veranderingen plaats. Hervormingen waren erop gericht om de democratische participatie in de besluitvorming over de gezondheidszorg te vergroten en het gezondheidszorgsysteem te decentraliseren. Deze hervormingen bevorderden de autonomie van de medische beroep en de privatisering van gezondheidsklinieken in de districten die ambulante diensten aanbieden, waaronder gynaecologie. Na 1989 was er veel discussie in de geneeskunde en de samenleving over de “humanisering” van de verloskunde. Toch bleef de verloskunde sterk gemedicaliseerd met de meerderheid van de bevallingen in ziekenhuizen.

Meer hervormingen van de gezondheidszorg na het jaar 2000 veranderden zorgverzekeraars in particuliere winstgedreven entiteiten, waarbij de meeste ziekenhuizen naamloze vennootschappen werden (Hrešánová en Hasmanová 2008: 90). De verschuiving was bedoeld om marktprincipes en concurrentie tussen zorgverleners te introduceren om de kwaliteit van de zorg te verbeteren (Hrešánová 2014: 965). Commercialisering leidde ertoe dat kraamklinieken hun afdelingen renoveerden tot meer comfortabele, hotelachtige omgevingen met extra diensten. De zorg veranderde echter niet veel en bleef bekritiseerd worden als ouderwets en niet vrouwgericht (Hrešánová en Hasmanová 2008: 90).

1.2.2 Nederland

Historisch gezien was Nederland geen uitzondering, verloskunde was ook daar een vakgebied dat door vrouwen gedomineerd werd. De vrouwen die verantwoordelijk voor het ter wereld brengen van baby's waren, heetten *vroedvrouwen*. In de Nederlandse taal zijn er tegenwoordig twee synonieme termen voor zorgverleners die voor moeders en pasgeborenen rond de bevalling zorgen. De meer traditionele, vroedvrouw, wat oorspronkelijk *wijze vrouw* betekent en de modernere term, verloskundige (Negenmaandenbeurs 2022). Leferink verdeelt de geschiedenis van de verloskunde in Nederland in tijdsperiodes die op ofwel medicalisering ofwel de-medicalisering van de zorg gericht waren (Leferink 2023: 17).

De Nederlandse geboortezorg was lange tijd voornamelijk gebaseerd op praktijkervaring en observatie. Vanaf de 14^e eeuw begon de rol van de vroedvrouw te evolueren door de oprichting van universiteiten en medische programma's. Vrouwelijke vroedvrouwen werden echter, ondanks hun interesse, uitgesloten van deze instellingen vanwege het strikte toelatingsbeleid dat alleen voor mannen gold (van der Lee et al. 2013: 124). De universiteiten creëerden een nieuw beroep, *medicinae doctores* genaamd, dat zich oorspronkelijk voornamelijk bezighield met het uitbreiden van de kennis van het menselijk lichaam (van der Lee en Scheele 2016: 1). Het werk van *medicinae doctores* omvatte niet de praktische en verloskundige aspecten van de geneeskunde. Deze aspecten waren aan verloskundigen en chirurgen voorbehouden (van der Lee en Scheele 2016: 1). Desondanks speelden de *medicinae doctores* een belangrijke rol bij het formuleren van de normen voor

verloskunde. In 1668 voerden ze een examen in de fysiologische verloskunde om normen voor verloskundige zorg vast te stellen (van der Lee et al. 2013: 124). Vervolgens moesten vroedvrouwen voor een examen slagen dat door een hoofdchirurgijn werd afgenomen, ondanks de beperkte kennis en ervaring van deze chirurgen in de fysiologische verloskunde (van der Lee en Scheele 2016: 2). Na certificering, waren vroedvrouwen tot het begeleiden van een normale bevalling beperkt. Bij verdacht risico op complicaties moesten ze eerst de *medicinae doctores* raadplegen voordat ze de hulp van een chirurgijn mochten inroepen (van der Lee et al. 2013: 124).

In de achttiende eeuw onderging de medische wetenschap een ingrijpende transformatie dankzij technologische vooruitgang en een verbeterde kennis van het menselijk lichaam. Deze periode zag de opkomst van twee soorten medische professionals in de verloskunde: de *doctor obstetricius*, die gespecialiseerd was in kennis over het vrouwelijk lichaam en verloskunde, en de *vroedmeester*, een academisch opgeleide chirurgijn met expertise in verloskunde (van der Lee et al. 2013: 124). Als gevolg hiervan werd de rol van vroedvrouwen aanzienlijk beperkt en werd hun opleiding meer geformaliseerd en academisch gecontroleerd. De autonomie en status van de vroedvrouwen namen af toen medische professionals een steeds prominentere rol kregen.

In de negentiende eeuw werd de verloskundige zorg steeds meer gespecialiseerd, wat ook tot een grotere behoefte aan diepgaand academisch onderzoek in dit vakgebied leidde (Leferink 2023: 18). Een grote stap in de verloskundige zorg in Nederland was de invoering van de *Wet regelende de uitoefening van de geneeskunst* in 1865. Deze wet beperkte de bevoegdheid van verloskundigen tot het geven van verloskundige hulp of advies tijdens ongecompliceerde en natuurlijke bevallingen zonder het gebruik van medische hulpmiddelen of medicatie. Aan de andere kant certificeerde de wet een arts om verschillende aspecten van de geneeskunde uit te oefenen, waaronder chirurgie en verloskunde (van der Lee et al. 2013: 125). Deze wet scheidde officieel de verantwoordelijkheden van artsen en vroedvrouwen voor pathologische en fysiologische bevallingen (van der Lee en Scheele 2016: 2) en creëerde een aanzienlijke scheiding tussen de academisch opgeleide artsen en de niet-academisch opgeleide vroedvrouwen. Dit had niet alleen gevolgen voor de status van vroedvrouwen, maar ook voor hun inkomen. Deze veranderingen komen ook in een tijd van maatschappelijke veranderingen. Het toen opkomende ideaal was dat vrouwen (en kinderen) niet gedwongen moesten worden om te werken, maar zich voornamelijk aan hun gezin moesten kunnen wijden. Het inkomen van een man alleen zou voldoende moeten zijn voor het hele gezin.

Er werd ook gestreefd om artsen en chirurgen in één categorie te verenigen met een consistente academische opleiding die verder gespecialiseerd kon worden. Dit leidde tot een duidelijke tweedeling in de verloskunde: één groep specialiseerde zich in zwangerschaps- en bevallings pathologie (verloskundigen), terwijl een andere groep zich

op fysiologische zwangerschap en bevalling (huisartsen) richtte (van der Lee et al. 2013: 126). Deze verdeling maakte de situatie voor verloskundigen nog ingewikkelder. Huisartsen concurreerden met vroedvrouwen voor dezelfde patiënten, terwijl verloskundigen de controle over pathologische gevallen hadden. Hoewel in Europa de kraamklinieken in de negentiende eeuw in opkomst waren, bleef in Nederland de thuisbevalling de norm, mede dankzij goed georganiseerde vakbonden van verloskundigen (Leferink 2023: 18).

De jaren daarna kunnen worden beschreven als een soort strijd tussen de medische professionals en de vroedvrouwen op het gebied van status en inkomen. In de jaren 1900 hadden vroedvrouwen enkele successen met het uitbreiden van hun werkgebied. Vanaf 1951 mochten vroedvrouwen bepaalde medische handelingen uitvoeren, maar medicatie en instrumenten bleven het domein van artsen (van der Lee et al. 2013: 126). Dit hield weer verband met de maatschappelijke ontwikkelingen in die tijd. Toen vrouwen steeds meer uit het openbare leven werden verbannen en naar huis werden geduwd, ontstond rond 1885 de Eerste Feministische Golf die streed voor politieke invloed, het recht op studie en werk voor vrouwen.

De medicalisering van de geboortezorg in Nederland kwam pas echt op gang in de tweede helft van de 20^e eeuw, mede door technologische ontwikkelingen en de toegankelijkheid van pijnstillende medicijnen. De toegankelijkheid van de medicamenteuze pijnstilling werd in die tijd sterk gesteund door feministen, als een vorm van vrouwelijke autonomie – vrouwen moeten controle hebben over hun eigen pijn (en bevalling) (Leferink 2023: 19).

Leferink benadrukt dat de tweede feministische golf een belangrijke rol heeft gespeeld niet alleen in het veranderen van de samenleving, maar ook in het veranderen van de verloskundige zorg in Nederland (ibid.). De tweede feministische golf in de jaren 1970 en 1980 richtte zich op het verbeteren van de sociaaleconomische status van vrouwen en pleitte voor anticonceptie en abortusrechten (Tijsseling 2015: 23). In deze periode ontstonden er steeds meer kritische geluiden over de medicalisering van de geboorte. Er was veel kritiek op de 'mannelijke' en 'technocratische' manier waarop geboorte in de medische wereld werd benaderd (Leferink 2023: 19). De feministen maakten zich ook zorgen over de machtsdynamiek waarbij mannelijke medische professionals autoriteit hadden over vrouwenlichamen. Als reactie hierop werden nieuwe geboorte-instellingen geïntroduceerd, zoals kraamhotels en geboortecentra, die een huiselijke sfeer bevorderden en vrouwen meer ruimte voor zelfstandige bevallingen gaven (Snowden et al. 2015).

In de hedendaagse Nederlandse verloskundige praktijk is samenwerking tussen verloskundigen en obstetrici essentieel. Zowel verloskundigen als gynaecologen hebben verschillende rollen en expertisegebieden (van der Lee et al. 2013: 126). In de afgelopen 30 jaar is het aantal medische ingrepen in Nederland sterk toegenomen en is het aantal

thuisbevallingen drastisch gedaald (Leferink 2023: 19). Deze veranderingen worden deels toegeschreven aan de opkomst van kraamhotels en bevallingscentra en de groeiende behoefte aan monitoring en het vermijden van risico's tijdens de zwangerschap en bevalling. Dit past binnen een bredere trend van het zoeken naar controle over gezondheid (ibid.).

Hoofdstuk 2. Nederland

Nederland had eind september 2023 een bevolking van 17 811 291 en een gemiddelde bevolkingsdichtheid van 539 personen per vierkante kilometer (CBS 2023). De levensverwachting is hoog en groeit nog steeds, van 81,8 in 2019 is het gestegen naar 82,45 in 2022. Het percentage van de totale bevolking van 65 jaar en ouder bedroeg in 2022 20,31% en zal naar verwachting stijgen tot 23,86% in 2030 en 27,16% in 2050 (UN Population Division 2023).

2.1 Kort overzicht van de Nederlandse gezondheidszorg

De filosofische pijlers van het Nederlandse zorgsysteem zijn: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit door middel van een ziektekostenverzekering (die voor iedereen verplicht is en voor iedereen beschikbaar) en gezondheidszorg van hoge kwaliteit (2023b).

Nederland heeft een universeel gezondheidszorgsysteem dat wordt gerealiseerd door een verplichte particuliere basisverzekering die gereguleerd en gesubsidieerd wordt door de overheid. De Nederlandse gezondheidszorg wordt meestal beschouwd als zeer goed georganiseerd en van hoge kwaliteit. Nederland staat vaak bovenaan in verschillende ranglijsten van gezondheidszorg. In het rapport uit 2021 van het Commonwealth Fund, waarin de zorgsystemen van elf hoge inkomenslanden vergeleken werden, scoorde Nederland als tweede, na Noorwegen (Schneider et. al 2021). In het jaar 2022 stond Nederland op de derde plaats in de *World Index of Healthcare Innovation* (FREOPP 2023). Het land heeft de afgelopen jaren herhaaldelijk tussen de eerste 3 beste landen gestaan in deze Index. Het Nederlandse gezondheidssysteem wordt in deze Index vooral geprezen op aspecten als financiële duurzaamheid of keuzevrijheid. Volgens de resultaten hebben Nederlandse inwoners niet alleen de keuze uit tientallen zorgverzekeraars, maar ook een ruime keuze aan aanbieders en innovatieve geneesmiddelen. Het laatste jaar is er echter sprake van een aanzienlijke daling in kwaliteit. De reden voor deze aanzienlijke daling in de kwaliteitscategorie is te wijten aan meerdere factoren, waaronder ruimte voor verbetering op bepaalde maatregelen zoals de diagnose en behandeling van kanker. De grootste factor was echter het zeer restrictieve covid-19-beleid dat het land aan het begin van de pandemie voerde. Tot op de dag van vandaag loopt het land nog steeds achter op een groot deel van het Europese vasteland wat betreft vaccinatiegraad (idem.).

Hoewel het systeem volgens verschillende onderzoeken een van de beste ter wereld is, is het niet zonder problemen. Vooral de laatste jaren zijn er grote discussies geweest over het feit dat de zorg steeds minder toegankelijk wordt (Vermeer 2003). Het wordt steeds moeilijker om bepaalde soorten zorg in Nederland te krijgen. De belangrijkste problemen zijn lange wachtlijsten voor specialisten, een tekort aan zorgprofessionals en

overbelaste huisartsen en ziekenhuizen. Bovendien voorspelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de problemen de komende jaren alleen maar zullen toenemen, in sommige regio's meer dan in andere (NOS 2022). De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving zei onlangs over de situatie: “Op papier hebben we goede en toegankelijke zorg, in de praktijk niet meer. We moeten voorkomen dat we straks echt helemaal vastlopen.” (Vermeer 2003) Volgens sommige deskundigen kan Nederland deze crisis niet alleen oplossen en stellen ze samenwerking met andere Europese landen voor (NOS 2022).

2.1.1 Het systeem

Vanwege de gedeelde geschiedenis heeft het Nederlandse gezondheidssysteem veel gemeen met het gezondheidssysteem van Duitsland. Tijdens de Tweede Wereldoorlog implementeerde de Duitse bezetter een particulier ziektekostenverzekeringssysteem, identiek aan dat van Duitsland, voor mensen met een inkomen onder een bepaalde drempel – het Bismarck Model (OECD 2021a: 10).

In 2006 begon Nederland, in samenwerking met econoom Alain Enthoven, met een hervorming van het zorgverzekeringsstelsel, waarbij publieke en private verzekeringen gecombineerd werden tot een puur privésysteem. Verzekerden kregen recht op dezelfde soort en omvang van gezondheidszorg in een transparanter systeem. Het oude systeem, met door de overheid vastgestelde prijzen, werd beschouwd als te regulerend en innovatie belemmerde (FREOPP 2023). De belangrijkste redenen voor hervormingen in Nederland waren echter vooral van financiële aard. Enkele van de problemen waarmee het systeem geconfronteerd werd zijn volgende: vergrijzing van de bevolking, stijgende kosten door de vooruitgang in medische technologieën, de misvatting onder de bevolking dat medische zorg gratis is, het gebrek aan concurrentie tussen zorgorganisaties en verzekeraars, en het gebrek aan stimulansen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Deze veranderingen hielpen ook de invloed van de staat op de gezondheidszorg in Nederland te verminderen.

In 2015 onderging de langdurige zorg een grondige herziening, waarbij meer prioriteit werd gegeven aan thuiszorg. Verder namen gemeenten de verantwoordelijkheden voor sociale zorg over. Deze verschuiving was bedoeld om de efficiëntie van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen.

De Nederlandse overheid is verantwoordelijk voor het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg, het waar nodig invoeren van wetswijzigingen en het toezicht houden op de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van het systeem. Het ministerie dat verantwoordelijk is voor de publieke gezondheidszorg is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De Nederlandse overheid regelt het zorgstelsel met vier wetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (VWS 2016: 3). Deze wetten zorgen samen voor

een brede universele dekking van de gezondheidszorg in Nederland. Afhankelijk van het gebied van de zorg wordt de financiering op verschillende manieren verkregen.

De Zorgverzekeringswet verplicht iedereen die in Nederland woont een basisverzekering bij een particuliere zorgverzekeraar te hebben. Deze verzekering dekt de meeste essentiële medische kosten, zoals huisartsbezoeken, ziekenhuisopnames, medicijnen en specialistische zorg. De overheid reguleert deze basisverzekering en de premies worden deels gesubsidieerd op basis van inkomensafhankelijke zorgtoeslagen.

De Wet langdurige zorg regelt zorg voor mensen die constant toezicht nodig hebben op medisch, geestelijk of lichamelijk gebied. Verpleeghuizen en thuiszorg worden gefinancierd en gereguleerd door de overheid. De grootste zorgverzekeraar in een gebied voert de Zorgkantoorfunctie uit zonder winstoogmerk. Cliënten kunnen tussen instellingszorg en thuiszorg kiezen via een persoonsgebonden budget.

De Wet maatschappelijke ondersteuning verplicht gemeenten om passende ondersteuning te bieden aan mensen die hulp nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven wonen en deel te nemen aan de samenleving. Dit kan bijvoorbeeld hulp zijn bij het huishouden, vervoer, begeleiding, of aanpassingen in huis. De WMO heeft als doel om de zelfredzaamheid en participatie van burgers te bevorderen en zorg op maat te leveren, zodat iedereen in de samenleving kan meedoen.

De Jeugdwet richt zich op preventie, opvoedingsondersteuning en geestelijke gezondheid van kinderen tot 18 jaar.

Gezondheidsdiensten worden voornamelijk geleverd door particuliere non-profitorganisaties. Alle Nederlandse ziekenhuizen hebben de status van een non-profitorganisatie. Verder werken de meeste artsen als zelfstandige professionals. De Nederlandse gezondheidszorg heeft een kenmerkend sterk gatekeepersysteem waarbij patiënten doorverwezen moeten worden door huisartsen voor ziekenhuiszorg en specialistische zorg. Dit systeem legt sterk de nadruk op ambulante en eerstelijnszorg, wat leidt tot relatief lage hospitalisatiecijfers (OECD 2021: 10).

Naast de verzekeringspremies betaalt iedereen, die 18 jaar of ouder is en gebruikmaakt van zorg uit het basispakket, jaarlijks een eigen risico. Dit eigen risico wordt door de overheid vastgesteld – in 2023 is het 385 EUR (De Rijksoverheid 2022a). Eigen risico kan verhoogd worden in ruil voor lagere maandelijkse premies. Zorg waarvoor geen eigen risico wordt betaald is:

- *huisartsenzorg (waaronder de huisartsenpost);*
- *verloskundige zorg en kraamzorg;*
- *de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de 20-wekenecho;*

- *bepaalde zorg bij een aantal chronische ziekten (diabetes mellitus type 2, COPD en CVR). Bij de behandeling van deze ziekten zijn verschillende zorgverleners betrokken. Bij bijvoorbeeld diabetes zijn dat huisarts, diëtist, podotherapeut, apotheker, oogarts en fysiotherapeut. Dit heet ketenzorg;*
- *wijkverpleging;*
- *nacontroles bij orgaandonatie;*
- *reiskosten bij orgaandonatie;*
- *gecombineerde leefstijlinterventie.*

(De Rijksoverheid 2022a)

De zorgverzekeraar heeft ook de mogelijkheid om bepaalde zorgverleners, zorgprogramma's, medicijnen en apparaten van het eigen risico uit te sluiten.

In het jaar 2023 zijn er 10 zorgverzekeraars actief in Nederland. Deze bedrijven zijn bestuurders voor één of meerdere verzekeringslabels, verzekeraars en/of volmachten. De vier grootste zorgverzekeraars in Nederland hebben samen 84% van de hele markt in handen: Achmea, CZ, VGZ en Menzis (Zorgwijzer 2023). De meeste mensen in Nederland kiezen hun verzekering en zorgpolis op basis van hun verwachte zorgbehoefte voor het komende jaar. De tweede factor is het kiezen van een verzekeraar die een contract heeft met de gewenste zorgverlener in de buurt. De Rijksoverheid geeft met betrekking tot het kiezen van een zorgpolis het volgende advies:

Verwacht u zorg te gaan gebruiken die niet in het basispakket zit? Gaat u bijvoorbeeld vaker of juist minder vaak naar de tandarts of fysiotherapeut? En denkt u dat dit komend jaar zo blijft? Of hoopt u bijvoorbeeld komend jaar te bevallen van een baby? Bepaal dan of u deze behandeling zelf kunt en wilt betalen of dat u zich hiervoor aanvullend verzekert.

(De Rijksoverheid 2022c)

Samengevat wordt het Nederlandse gezondheidssysteem gekenmerkt door het streven naar universele dekking, een concurrerende verzekeringsmarkt en keuzevrijheid voor de patiënt. Het heeft de afgelopen jaren aanzienlijke hervormingen ondergaan om de kwaliteit van de gezondheidszorg en kostenbeheersing te garanderen, waardoor het een van de meest vooraanstaande gezondheidszorgmodellen ter wereld is geworden.

2.2 Verloskunde in Nederland

De hedendaagse Nederlandse verloskunde legt veel nadruk op het natuurlijke karakter van de zwangerschap en de bevalling. Het belangrijkste principe van dit Nederlandse verloskundige systeem is om zwangerschap en bevalling te behandelen als gewone en natuurlijke gebeurtenissen, waarbij het gebruik van onnodige medische interventies wordt geminimaliseerd (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023a). Centraal in deze

benadering staat de keuze die vrouwen krijgen als het om de plaats waar ze bevallen gaat. Dit principe wordt consequent aangehouden, ongeacht of een vrouw ervoor kiest om thuis, in een kraamhotel of in het ziekenhuis te bevallen. Verloskundigen functioneren zelfstandig binnen dit systeem en worden ondersteund en verbonden binnen de KNOV. KNOV staat voor Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en is de Nederlandse beroepsorganisatie van en voor verloskundigen (KNOV 2023a).

Het Nederlandse verloskundige systeem maakt onderscheid tussen hoog- en laag-risico zwangeren. Als laag-risico zwangeren worden beschouwd gezonde vrouwen jonger dan 36 jaar die zwanger zijn van één kind. Laag-risico zwangeren worden door verloskundigen verzorgd. Aanstaande moeders zullen in de loop van hun zwangerschap waarschijnlijk verschillende verloskundigen zien, tenzij ze specifiek één bepaalde professional boeken.

Hoog-risico zwangeren zijn vrouwen met bestaande gezondheidscomplicaties, vrouwen ouder dan 36 jaar of die zwanger zijn van een tweeling of meerling. Wanneer er sprake is van een medische indicatie bij de moeder of baby, wordt de zorg verleend door zorgprofessionals zoals de gynaecoloog, de verloskundige en eventueel de arts-assistent in het ziekenhuis op basis van de aard van de medische indicatie, de voorkeuren van de patiënt en lokale afspraken (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023).

Een hoofdkenmerk van dit systeem is samenwerking, waarbij verloskundigen en gynaecologen nauw samenwerken om ervoor te zorgen dat gespecialiseerde zorg in het ziekenhuis geboden wordt wanneer dat nodig is.

2.2.1 Betaling

De algemene verloskundige zorg in Nederland wordt door het basispakket gedekt. Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Welke zorg toegankelijk en beschikbaar is voor de moeder en het kind hangt af van het type polis van de verzekering. Afhankelijk van de verzekeringspolis worden alleen bepaalde zorgverleners en tests gedekt door de verzekering. Zwangerschapsgelateerde kosten kunnen in sommige gevallen gedeeltelijk meetellen voor het eigen risico van de verzekering, bijvoorbeeld als de vrouw in een ziekenhuis wil bevallen zonder medische noodzaak (indicatie). Eigen bijdragen zijn van toepassing op bepaalde zorginstellingen en behandelingen, zoals medicijnen en vervoer (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023a). Zwangerschapscursussen worden niet door de basisverzekering gedekt, maar sommige verzekeraars bieden wel een aanvullende dekking. Om onverwachte kosten te voorkomen, worden vrouwen aangeraden om bij hun zorgverzekeraar te informeren naar de dekking van hun basisverzekering met en zonder medische indicatie (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023). Daarnaast moeten aanstaande moeders er altijd voor zorgen dat hun zorgverleners een contract hebben met hun verzekeraar. De kosten voor de zorg kunnen anders erg hoog oplopen.

2.2.2 Prenatale zorg en educatie

De prenatale zorg in Nederland bestaat voornamelijk uit het monitoren van de gezondheid van de moeder en de foetus. In Nederland worden niet alle prenatale onderzoeken vergoed door het basisverzekeringspakket. Sommige tests worden alleen vergoed/zijn alleen toegankelijk als er sprake is van medische indicatie, deze omvatten: echo's medisch noodzakelijk, geavanceerd ultrasoon onderzoek (GUO), vruchtwaterpunctie, vlokcentest. Als de aanstaande moeder geen medische indicatie heeft maar om een van deze tests vraagt, moet ze betalen. Vanwege het gatekeepersysteem moet een vrouw meestal door een arts naar de specialist voor de test gestuurd worden.

De prenatale screening in Nederland omvat een aantal tests en onderzoeken. Welke tests dit zijn en of ze vergoed worden door de verzekering is te zien in onderstaande tabel die is door het Zorginstituut Nederland gemaakt.

Onderzoek/test	Voor wie	Vergoeding
Counseling door verloskundige: een informatief gesprek tussen de zwangere vrouw en de zorgaanbieder. Hierin wordt aan de zwangere vrouw uitgelegd wat de prenatale screening inhoudt en wat de consequenties of handelingsopties zijn. Vervolgens kan de zwangere vrouw besluiten of zij wel of niet deelneemt aan de prenatale screening.	Alle zwangere vrouwen	Uit basispakket
12-weeken echo (termijnecho)	Alle zwangere vrouwen	Uit basispakket
13-weeken echo	Alle zwangere vrouwen	Uit subsidieregeling
Structureel echoscopisch onderzoek: onderzoek naar structurele afwijkingen rond de twintigste week van de zwangerschap ('20-wekenecho').	Alle zwangere vrouwen	Uit basispakket

Niet-invasieve prenatale test (NIPT)	Alle zwangere vrouwen	Uit bevolkingsonderzoek
	Met medische indicatie	Uit basispakket

(Zorginstituut Nederland 2023b)

Het eerste bezoek dat de positieve zwangerschap bevestigt, is meestal bij de huisarts. De eerste afspraak bij de verloskundige vindt dan plaats drie maanden na het begin van de zwangerschap. Zoals in de tabel te zien is, bestaat deze afspraak uit de eerste screening om mogelijke complicaties op te sporen. De aanstaande moeder en de verloskundige maken ook een plan voor de volgende stappen van de prenatale zorg en of de vrouw de voorkeur geeft aan een thuisbevalling of een bevalling in het ziekenhuis. Afspraken met de verloskundige worden tijdens de zwangerschap op regelmatige tijdstippen gepland. Gemiddeld zijn er 12 afspraken met een verloskundige tijdens een normale zwangerschap. In het begin is de afspraak elke vier weken en naarmate de bevalling nadert, wordt het tweewekelijks.

Prenataal testen en genetische screening zijn geen routine in Nederland. Zoals werd al vermeld, is voor de meeste van deze tests een medische indicatie nodig. Onder medische indicatie wordt bijvoorbeeld verstaan: vrouwen die ouder zijn dan 36 jaar, vrouwen die eerder een kind met een aangeboren afwijking hebben gehad of als deze afwijkingen in de familie van de vrouw voorkomen (Expatica Netherlands 2023). In de tabel kunnen we zien dat de zorgverzekeraars meestal maar twee echo's in de prenatale periode vergoeden. De aanstaande moeders hoeven ook geen eigen bijdrage te betalen voor de 13-weeken echo, die wordt via een nationale subsidieregeling gefinancierd. Naast de medische echo's kiezen veel vrouwen in Nederland ook voor een pretecho (IamExpat 2023a). De pretecho is meestal een 3D-echo, waarbij de baby duidelijker te zien is. Deze wordt volledig betaald door de aanstaande moeder.

In Nederland is het mogelijk om een prenatale screening te laten doen op genetische aandoeningen en afwijkingen - downsyndroom (trisomie 21), edwardssyndroom (trisomie 18) en patausyndroom (trisomie 13). Deze specifieke screening wordt meestal uitgevoerd via een bloedmonster tussen negen en 13 weken en een echo tussen 11 en 14 weken (Expatica Netherlands 2023). Als er een grotere kans is dat een baby met het syndroom van Down wordt geboren, krijgt de toekomstige moeder een NIPT-test aangeboden. Vanaf 1 april 2023 wordt ook de niet-invasieve prenatale test (NIPT) gratis aangeboden voor alle moeders, zelfs zonder medische indicatie. Dit test wordt uit bevolkingsonderzoek betaald.

Vóór deze datum was een eigen bijdrage van €175 vereist (Zorginstituut Nederland 2023b).

Wat betreft het onderwijs en de niet-medische voorbereiding op de geboorte, is er echt een ruime keuze aan verschillende prenatale klassen en zwangerschapscursussen in Nederland. Veel van deze lessen zijn ook toegankelijk in het Engels of kunnen online gevolgd worden. Een aantal hiervan zijn: yoga, aquagym, zwangerschapsgymnastiek, haptonomie, acupunctuur, hypnobirthing, zwangerschapswemmen en andere. De prijs van de zwangerschapscursussen varieert sterk, afhankelijk van factoren zoals de cursusvorm, de groepsgrootte en de locatie. Grote groepscursussen zoals yoga of zwangerschapscursussen kosten meestal zo'n 15 euro per les. Meer complete cursussen in kleine groepen met meer persoonlijke aandacht kosten vaak tussen de 200 en 400 euro voor vier tot zes sessies, ze zijn meestal voor de toekomstige moeder en haar partner samen. Nationale cursussen zoals *Samen Bevallen* of *HypnoBirthing* variëren in prijs per regio. Voor privélessen met een geboortecoach is het tarief ongeveer 70 euro per uur of een vast tarief voor meerdere sessies, wat vaak voordeliger is. Online cursussen variëren sterk, van 50 tot 275 euro per cursus (Ouders van Nu 2023).

2.2.2.1 Abortus

In Nederland is abortus op verzoek van de vrouw legaal tot 21 weken na de zwangerschap en om medische redenen is abortus mogelijk tot 24 weken. De procedure wordt uitgevoerd door bevoegde klinieken en ziekenhuizen. Vrouwen kunnen rechtstreeks contact opnemen met abortusklinieken of worden doorverwezen door hun huisarts naar een ziekenhuis. Patiënten moeten standaard vragen beantwoorden en informatie krijgen over hun mogelijkheden en risico's. Vanaf 1 januari 2023 is er geen verplichte wachttijd meer voor de abortus. In plaats daarvan kan de zwangere vrouw in overleg met de arts bepalen hoeveel bedenktijd ze nodig heeft om over de beslissing na te denken (Rijksoverheid 2023a). Daarom is het nu mogelijk dat de abortus op dezelfde dag plaatsvindt. Abortusdiensten zijn gratis voor Nederlandse inwoners die verzekerd zijn. De abortus in het ziekenhuis wordt vergoed door de verzekering en abortus in een abortuskliniek wordt vergoed via de Subsidieregeling abortusklinieken.

Mensen van over de hele wereld kunnen in Nederland een abortus ondergaan in gespecialiseerde klinieken. Er zijn zelfs gespecialiseerde organisaties die vrouwen helpen uit landen waar abortus niet toegankelijk is, bijvoorbeeld de steungroep ANA (Abortus Netwerk Amsterdam).

2.2.3 Intrapartum zorg (bevalling)

In Nederland zijn er over het algemeen 4 mogelijkheden om te bevallen: thuis, in geboortecentrum, in het ziekenhuis en in het ziekenhuis poliklinisch.

Het aantal levendgeborenen in Nederland in 2022 was 166.891 (NJI 2023). In 2021 werd in Nederland 28% (47.068) van de bevallingen ingeleid (Amsterdam UMC 2023). Uit de landelijke cijfers van de geboortezorgregistratie blijkt ook dat het percentage gestaag toeneemt, want in 2018 was het 22,8% en in 2020 26,5% (Amsterdam UMC 2022).

In Nederland is er geen uitkering van de staat voor de bevalling. Wel is er het systeem van kinderbijslag, waarbij ouders regelmatig gedurende het jaar kinderbijslag krijgen.

2.2.3.1 Thuisbevalling

Thuisbevallen is legaal in Nederland en ook een populaire optie. Thuisbevalling heeft een sterke traditie in het land, na de Tweede Wereldoorlog vond ongeveer 80% van de geboortes thuis plaats (IamExpat 2023a). Tegenwoordig ligt dit aantal veel lager, rond de 16,3%, wat echter nog steeds Europees het hoogste percentage is (Galková et al. 2022: 2).

Thuisbevallen is een optie voor aanstaande moeders zonder medische risico's die minstens 37 weken zwanger zijn. Het wordt vaak gekozen door vrouwen die niet voor het eerst zwanger zijn. Volgens de KNOV heeft een thuisbevalling verschillende voordelen. Eerst en vooral vermindert het de kans op medische ingrepen zoals weeënopwekkende hormonen, epidurale en episiotomie. En dat vergroot weer de kans op een natuurlijke en spontane bevalling zonder vacuümpompen of keizersnedes (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023b). Andere vaak genoemde voordelen van een thuisbevalling zijn het vermijden van blootstelling aan ziekenhuisbacteriën, het verblijf in het comfort van eigen huis en het behoud van controle over de bevallingservaring. Vrouwen die voor een thuisbevalling kiezen ontvangen van hun verzekeraar een Kraampakket. Daarnaast brengt de verloskundige haar eigen kit met speciale hulpmiddelen mee (Expatica Netherlands 2023).

Tijdens een thuisbevalling is er meestal al een kraamverzorgster aanwezig om ondersteuning te bieden vanaf de derde of vierde fase van de bevalling, door hulp en begeleiding te bieden en zelfs te helpen met opruimen na de bevalling. In het geval van complicaties kan een overplaatsing naar een ziekenhuis echter noodzakelijk zijn. Bij een eerste bevalling wordt ongeveer 63,2% van de vrouwen doorverwezen naar een ziekenhuis (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023b). Tijdens het nageboortetijdperk nadat de placenta is uitgedreven, controleert de zorgverlener de baarmoeder van de moeder op scheuren. Hechtingen kunnen in sommige gevallen nodig zijn en worden meestal onmiddellijk uitgevoerd, behalve in zeldzame gevallen van ernstige scheuren. Als bij een thuisbevalling een ernstige scheur ontstaat, moet de moeder mogelijk ook naar het ziekenhuis (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023d). Dergelijke overplaatsingen zijn meestal geen spoedgevallen en kunnen rustig worden uitgevoerd, net als poliklinische bevallingen. In zeldzame gevallen van echte noodsituaties, of als de zwangere vrouw haar

eigen vervoer niet kan regelen, kan een ambulance worden gebruikt om haar naar het ziekenhuis te vervoeren, waarbij de verloskundige de nodige regelingen neemt. Deze noodsituaties komen in ongeveer 3% van de bevallingen voor (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023b).

Medische pijnstilling is geen optie bij een thuisbevalling. Verloskundigen kunnen alleen niet-medische pijnbestrijdingstechnieken aanbieden en helpen, zoals steriele waterinjecties, acupunctuur, acupressuur en ontspanningsmethoden (Expatica Netherlands 2023).

2.2.3.2 Poliklinische bevalling

Poliklinische bevalling is een bevallingsoptie waarbij een aanstaande moeder in het ziekenhuis bevalt met de door haar gekozen verloskundige. Deze aanpak is gemakkelijker te plannen, omdat de vrouw van tevoren weet dat ze naar het ziekenhuis gaat, zodat ze de nodige voorbereidingen kan doen.

Een opvallend kenmerk van een poliklinische bevalling is de gemakkelijke toegang tot medische pijnstilling. Als de vrouw voor een medische pijnstilling kiest, kan haar eigen verloskundige de bevalling niet meer begeleiden en wordt de begeleiding verzorgd door ziekenhuispersoneel of een arts (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023b). In het geval van complicaties tijdens de bevalling heeft een poliklinische bevalling een voordeel, omdat de vrouw niet naar het ziekenhuis hoeft te reizen. Na een poliklinische bevalling gaat de nieuwe moeder meestal vrij snel naar huis, meestal zodra de 4e fase van de bevalling voorbij is. Daar krijgt ze postnatale zorg van een kraamverzorgster en haar verloskundige.

In vergelijking met thuisbevallingen, zijn bij poliklinische bevallingen statistisch gezien meer medische ingrepen aangewezen. Bovendien kan een poliklinische bevalling kosten met zich meebrengen die niet door alle verzekeringen gedekt worden.

2.2.3.3 Bevalling in een geboortecentrum

Bevallen in een geboortecentrum is vergelijkbaar met een poliklinische bevalling, maar vindt niet plaats in een ziekenhuis. Als het medisch gezien niet nodig is om in een ziekenhuis te bevallen, maar de vrouw ook niet thuis wil bevallen, kan ze kiezen voor een geboortecentrum. Ook bij deze optie zal de persoonlijke verloskundige van de vrouw toezicht houden op de bevalling tijdens alle fasen van de bevalling.

Geboortecentra verschillen in hun aanbod van hulpmiddelen voor pijnbestrijding. Afhankelijk van het geboortecentrum is er bijvoorbeeld een groot geboortebad, massage of lachgas. In sommige geboortecentra is het mogelijk om langer te blijven na de bevalling en de kraamzorg in het centrum te krijgen.

Enkele vaak genoemde voordelen van het geboortecentrum zijn: thuisgevoel, hotelachtige omgeving, aanwezigheid van de persoonlijke verloskundige, respect voor de wensen van de vrouw (IamExpat 2023b). Aan de andere kant heeft deze optie ook een aantal nadelen: de vrouw moet zich naar het centrum transporteren (het centrum kan verder van haar huis liggen), de kosten meestal niet vergoed worden door de verzekering en als er hulp van een gynaecoloog nodig is, moet de vrouw nog naar een ziekenhuis worden vervoerd.

2.2.3.4 Bevalling in ziekenhuis

Een ziekenhuisbevalling is nodig als er een medische indicatie is voor de vrouw of het ongeboren kind. De toekomstige moeder wordt hierover geïnformeerd door haar verloskundige of arts. Een ziekenhuisbevalling met medische indicatie wordt ook wel een klinische bevalling genoemd. De ziekenhuisbevalling kan niet door een verloskundige begeleid worden. Het wordt altijd geleid door een arts of een medisch professional van het ziekenhuis. Vrouwen worden voor een klinische bevalling meestal naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gestuurd. Tegenwoordig is het echter ook mogelijk om een ziekenhuis te kiezen op basis van voorkeur.

Zoals eerder vermeld, als een vrouw pijnstillende medicijnen zoals een ruggenprik wil, kan ze die alleen tijdens een ziekenhuisbevalling onder leiding van een arts of een medisch professional (klinisch verloskundige) krijgen. Naast de mogelijkheid om medicijnen te krijgen, zijn enkele van de vaak genoemde voordelen van een ziekenhuisbevalling: het gemak in geval van complicaties (het is niet nodig om naar het ziekenhuis te reizen, de dokter is al aanwezig) en intensievere medische controle (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023c). De mogelijke nadelen zijn dat er tijdens de ziekenhuisbevalling meer kans is op medisch ingrijpen, dat de sfeer niet huiselijk is en dat de geboortewensen van de vrouw misschien niet vervuld worden (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023b).

2.2.4 Postpartumzorg

Direct na de bevalling wordt in Nederland huid-op-huid contact tussen de baby en de moeder aangemoedigd (Bevalwijzer 2022). Dit contact is bedoeld om de baby warm te houden, energie te besparen en te helpen herstellen na de bevalling. Er wordt ook aangenomen dat het de overdracht van nuttige huidbacteriën van de moeder naar de baby bevordert en de natuurlijke reflexen stimuleert die nodig zijn voor het voeden. In ideale omstandigheden duurt dit eerste huid-op-huidcontact minstens een uur, ook wel "het gouden uur" genoemd (Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023d).

Als het door complicaties niet mogelijk is om direct huid-op-huid contact te maken, kan de partner van de vrouw deze verantwoordelijkheid overnemen (Bevalwijzer 2022).

Andere belangrijke procedures na de bevalling zijn het controleren van de toestand van de moeder en de baby, het afdrogen en warm houden van de baby en het binnen 30 minuten geven van borstvoeding met hulp van een verloskundige of kraamverzorgster. De vitale functies van de baby en de Apgar-score worden gecontroleerd en als de navelstreng de hartslag van de baby niet meer detecteert, kan deze worden doorgeknipt.

Bij een klinische bevalling hangt het tijdstip van ontslag uit het ziekenhuis af van de omstandigheden. Er kunnen redenen zijn voor een langer verblijf (tot enkele dagen), zoals behoefte aan medicatie of onverwachte complicaties tijdens de bevalling.

Na het poliklinische/geboorte centrum bevalling wordt de moeder nog steeds ondersteund door haar verloskundige, soms ook al in de instelling door haar kraamverzorgster. Nadat ze naar huis is gegaan, wordt ze daar door de kraamverzorgster ondersteund.

Na een thuisbevalling vertrekt de verloskundige, als alles goed gaat, tijdens de vierde bevallingsfase (ongeveer drie uur na de bevalling). De moeder krijgt duidelijke instructies van de verloskundige voor de postpartumperiode. Daarnaast kan een kraamverzorgende van een kraambureau bij de nieuwe moeder en het gezin blijven tijdens de eerste dag van de postpartumperiode, afhankelijk van het tijdstip van de bevalling.

De verloskundige zal de nieuwe moeder nog een aantal keer bezoeken na de geboorte, tijdens de postpartumperiode, omdat zij de medische eindverantwoordelijkheid heeft voor de zorg. Ze blijft de nieuwbakken moeder controleren en ondersteuning bieden tot 6 weken na de geboorte. Na 6 weken is er een laatste controle bij de verloskundige, waarna de kraamperiode is voltooid.

Een van de elementen van de Nederlandse postpartumzorg zijn ook folders en brochures die door de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen zijn gemaakt voor de aanstaande en nieuwe moeders. Deze worden op grote schaal verspreid of aanbevolen voor de nieuwe moeders om hen te helpen navigeren tijdens de zwangerschap, maar ook tijdens de kraamperiode (KNOV 2023b).

2.2.4.1 Kraamzorg

Nederland heeft een zeer uniek onderdeel van postpartumzorg, Kraamzorg genaamd. Alle nieuwe moeders hebben recht op de diensten van een kraamverzorgster gedurende 8-10 dagen na de bevalling (Zorginstituut Nederland 2023). Het doel van de kraamzorg is om de nieuwbakken ouders te ondersteunen terwijl de nieuwe moeder herstelt en zich op haar nieuwe rol instelt. Kraamzorg is beschikbaar en toegankelijk voor elke moeder, of het nu haar eerste baby is of niet.

De belangrijkste taak van de kraamverzorgster is het zorgen voor het welzijn van zowel de moeder als de baby tijdens de postpartumperiode. Dit omvat dagelijkse medische

controles voor de moeder en de baby, waaronder het controleren van de temperatuur, hartslag, borst- en buikgezondheid voor de moeder en het beoordelen van het gewicht, de voeding en de stoelgang van de baby. Eventuele postnatale gezondheidsproblemen worden met de verloskundige besproken. Na deze medische controles biedt de kraamverzorgster ondersteuning die is afgestemd op de unieke behoeften van het gezin, zoals licht huishoudelijk werk, boodschappen doen, zorgen voor oudere kinderen, maaltijdbereiding, hulp bij het in bad doen van de baby, voedingstips, voorbereidingen voor uitjes en hulp bij het stellen van grenzen en het regelen van bezoek (Parentally 2023).

Het aantal uren kraamzorg dat iemand ontvangt, valt officieel tussen een minimum van 24 uur en een maximum van 80 uur, verspreid over een periode van 10 dagen vanaf de dag van de geboorte. De kraamzorgstandaard is 49 uur over 8 aaneengesloten dagen (Zorginstituut Nederland 2023). Als de moeder na de bevalling in het ziekenhuis is opgenomen, wordt voor elke dag een bepaald aantal uren afgetrokken van de kraamzorg die ze thuis kan krijgen. Het precieze aantal toegekende uren hangt af van verschillende factoren, zoals de persoonlijke gezondheid van de vrouw, de gezondheid van de baby (of baby's) en het verloop van de zwangerschap (Parentally 2023). De uiteindelijke beslissing over de verstrekte uren ligt altijd bij het kraambureau en het gezin (Zorginstituut Nederland 2023).

Kraamverzorgsters kunnen geboekt worden via een kraamzorgbureau/bedrijf of bij een zelfstandige kraamverzorgende die kraamzorg aanbiedt. Er is momenteel een tekort aan kraamverzorgenden, zoals blijkt uit een recent onderzoek van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Dit heeft meerdere gevolgen: de geleverde zorg is korter dan normaal, sommige kraamzorgbedrijven hebben het gebied waarin ze zorg leveren kleiner gemaakt, waardoor er nu gebieden in Nederland zijn waar onvoldoende kraamzorgverleners zijn (IGJ 2023). Dit betekent ook dat gezinnen vaak niet van één kraamverzorgster zorg krijgen, maar van meerdere kraamverzorgsters. Dit kan problemen opleveren als de dossiers van de controles niet op orde zijn vóór de overdracht. De kraamzorgbedrijven geven aan dat deze personele problemen voor een groot deel veroorzaakt worden doordat kraamverzorgenden na hun opleiding kiezen voor het zelfstandig ondernemerschap (ibid.). In Nederland zijn er meer dan 200 grote en kleine bedrijven die kraamzorg leveren met 9000 kraamverzorgenden. Op dit moment ontbreken er ongeveer 2000 kraamverzorgenden (ibid.).

Hoewel kraamzorg niet onder het eigen risico van de zorgverzekering valt, is er wel een eigen bijdrage. Kraamzorg thuis kost €4,80 per uur. Voor medisch noodzakelijke kraamzorg in het ziekenhuis wordt geen eigen bijdrage gevraagd. Kraamzorg in een kraam- of geboortehotel zonder medische noodzaak kost minimaal €19 per dag voor zowel moeder als baby, met eventuele bijkomende kosten. De zorginstelling kan maximaal €137 per dag declareren bij de verzekeraar. Als de kosten hoger zijn, moet de verzekerde het verschil

betalen, inclusief verblijfskosten en andere benodigdheden (Zorginstituut Nederland 2023). Volgens de kraamzorg bedrijven kunnen kwetsbare gezinnen die eigen bijdrage soms niet betalen. Dan stoppen ze eerder met kraamzorg dan volgens het bedrijf verstandig is (IGJ 2023).

2.2.5 Statistieken

Als we kijken naar de verloskundige statistieken in Nederland, uit de meest recente statistieken van Perined uit het jaar 2021, zien we dat van alle geboorten 26,91% een 1e lijns bevalling was, wat betekent dat ze volledig werden geleid door verloskundigen. Hiervan was 13,85% een thuisbevalling, 2,86% een bevalling in een geboortecentrum en 10,2% een poliklinische bevalling (Perined 2023). De rest, dat wil zeggen 73% van de vrouwen, beviel met de hulp van tweedelijns personeel in een ziekenhuis.

Er zijn ook cijfers beschikbaar die laten zien hoeveel vrouwen werden overgeplaatst van de zorg van een verloskundige naar het tweedelijns personeel. Van de vrouwen die nog geen kind hebben gebaard, begon 89,8% bij een verloskundige, waarvan 47,2% tijdens de zwangerschap werd overgeplaatst naar artsen (Perined 2023). In 2018 begon 89,9% bij een verloskundige en 40,8% van hen werd naar artsen voor de bevalling verplaatst (Perined 2018). 10,2% van de zwangere vrouwen in 2021 begon hun zwangerschap al bij het tweedelijns personeel, in 2018 het was 10,1%. In totaal in 2021 begon 47,4% van de vrouwen hun bevalling onder leiding van een verloskundige (53,2% in 2018), maar 63,2% (65,2% in 2018) van hen moest na het begin van de bevalling naar een ziekenhuis overgeplaatst worden. Dit betekent dat van de moeders die voor het eerst bevallen, slechts 17,5% onder leiding van een verloskundige is bevallen (Perined 2023). In 2018 was dat 18,5% (Perined 2018).

Bij vrouwen die eerder een kind hebben gebaard, waren de startcijfers vergelijkbaar. 87,9% (87,9% in 2018) van de vrouwen begon bij een verloskundige, waarvan 48% al tijdens de zwangerschap werd overgeplaatst naar artsen (44,2% in 2018); 12,1% begon de zwangerschap al in handen van de 2e lijn (12,1% in 2018). In totaal begon 45,7% (49% in 2018) van de vrouwen hun bevalling met een verloskundige, 23,6% van hen moest na het begin van de bevalling naar een ziekenhuis overgeplaatst worden. In deze groep beviel 34,9% onder leiding van een verloskundige (Perined 2023), in 2018 was dat 35,9% (Perined 2018). In 2021 was 55% van alle geboorten afkomstig van moeders die al minstens één keer een kind hadden gekregen. De meeste zwangere vrouwen, 60%, waren tussen de 30-39 jaar oud, 34% was 20-29 jaar oud, 4% was ouder dan 40 jaar en 1% was jonger dan 20 jaar (Perined 2023). De gemiddelde leeftijd van vrouwen die voor het eerst moeder worden in 2022 was 30,3 jaar (NJI 2023).

Wat de medische interventies betreft, werd tijdens 16% van de bevallingen episiotomie gebruikt, wat 2% lager is dan in 2020; 2% van de vrouwen kreeg te maken

met een ruptuur. 24% van de vrouwen kreeg epidurale analgesie, wat 2% meer is dan in 2020. 7% van de bevallingen werd medisch geholpen met vacuümextractor of tang (vaginale kunstverlossing), in 2020 was dit percentage gelijk. Het percentage keizersneden was 18% in 2021, 1% hoger dan in 2020 (Perined 2023).

De kindersterfte in 2021 was 3,2 per 1000 tijdens de zwangerschap of bevalling. Tot 28 dagen na de geboorte was het 1,7 per 1000. In totaal was in 2021 de perinatale sterfte 5 per 1000 (Perined 2023). In 2020 was de perinatale sterfte 5,1 per 1000, in 2010 5,1/1000, en in 2004 7,1/1000 (Perined 2018).

2.2.6 Zwangerschaps- en bevallingsverlof

Vrouwen die in Nederland een baby verwachten, hebben recht op zwangerschaps- en bevallingsverlof. Ze hebben recht op minimaal 16 weken verlof, namelijk 6 weken zwangerschapsverlof en minimaal 10 weken bevallingsverlof na de bevalling. Als de baby te vroeg wordt geboren, voordat het zwangerschapsverlof ingaat, gaan de 16 weken in na de geboorte. Als de baby later dan de geplande datum wordt geboren, begint het zwangerschapsverlof na de geboorte. In dit geval is het zwangerschapsverlof langer dan 16 weken (De Rijksoverheid 2022b).

Tijdens dit verlof heeft de vrouw recht op een zwangerschapsuitkering. Als de vrouw in loondienst is, vraagt haar werkgever de zwangerschaps- en bevallingsuitkering (WAZO) aan bij het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen). De uitkering wordt meestal uitbetaald aan de werkgever, die het vervolgens aan de werkneemster uitbetaalt als een normaal salaris. Deze uitkering duurt net zo lang als het verlof en is gelijk aan 100% van het gemiddelde dagloon van de vrouw. Als de vrouw voorafgaand aan de zwangerschap een lager inkomen had door ziekte of verlof, heeft dit geen invloed op de hoogte van de WAZO (UWV 2023).

Ook zwangere zelfstandigen in Nederland kunnen een zwangerschapsuitkering aanvragen via de regeling Zelfstandige en Zwanger (ZEZ). Het maximumbedrag van de zwangerschapsuitkering is gelijk aan het wettelijk bruto minimumloon, op voorwaarde dat de zelfstandige vrouw in het voorgaande jaar ten minste 1.225 uur heeft gewerkt. Als ze minder uren heeft gewerkt, is de uitkering afhankelijk van de winst van het voorgaande jaar. De ZEZ-uitkering duurt minimaal 16 weken en begint 4 tot 6 weken voor de uitgerkende datum van de bevalling. Na de bevalling heeft de vrouw recht op minimaal 10 weken bevallingsverlof. Als ze een tweeling of meerling verwacht, kan ze 20 weken zwangerschapsverlof krijgen (UWV 2023). Deze uitkering wordt direct via UWV aangevraagd.

2.2.6.1 Geboorteverlof en aanvullend geboorteverlof

In Nederland heeft de partner van de vrouw ook recht op geboorteverlof. De partners hebben recht op 5 werkdagen verlof, ongeacht of ze parttime of fulltime werken. Het verlof moet binnen 4 weken na de geboorte van het kind worden opgenomen. Deze vijf dagen worden volledig betaald door de werkgever als 100% van het salaris.

Sinds 1 juli 2020 kan de partner ook tot 5 weken aanvullend geboorteverlof krijgen. De partners kunnen zelf kiezen hoeveel weken ze willen opnemen (Rijksoverheid 2023b). Het aanvullend geboorteverlof moet binnen 6 maanden na de bevalling worden opgenomen. De partner moet het verlof minimaal 4 weken van tevoren aanvragen bij de werkgever. Tijdens dit verlof ontvangt de partner geen salaris, maar kan hij aanspraak maken op een uitkering van het UWV tot 70% van zijn salaris (Ondernemersplein KVK 2022).

Hoofdstuk 3. Tsjechië

In juli 2023 had Tsjechië 10 873 553 inwoners en een bevolkingsdichtheid van 137 personen per vierkante kilometer (ČSÚ 2023). De gemiddelde levensverwachting is relatief hoog, 78,13 jaar (UN Population Division 2023). Volgens gegevens uit 2022 overlijden in Tsjechië gemiddeld 3 vrouwen per 100.000 overlevende geboorten aan zwangerschap gerelateerde oorzaken. De moedersterfte in Tsjechië is de afgelopen 20 jaar stabiel rond de 3 gebleven (The World Bank 2023). De kindersterfte ligt op 2,35 per 1.000 levendgeborenen en het sterftcijfer onder kinderen jonger dan vijf op 2,87 (UN Population Division 2023). Het percentage van de bevolking dat 65 jaar of ouder is, bedroeg in 2022 20,64% en zal naar verwachting stijgen tot 21,65% in 2030 en 26,14% in 2050 (UN Population Division 2023).

3.1 Kort overzicht van de Tsjechische gezondheidszorg

Over het algemeen wordt het Tsjechische gezondheidssysteem als goed beoordeeld. Het heeft de afgelopen jaren meestal goede resultaten behaald in verschillende gezondheidsindexen. In 2020 behaalde Tsjechië de achtste plaats in de *World Index of Healthcare Innovation Index* van FREOPP (2023). In het jaar 2021 was het de 16^e plaats en in 2022 de 20^e plaats. De reden voor deze aanzienlijke daling zijn de lage cijfers voor wetenschappelijke ontdekkingen, acute zorg en kankeroverlevingspercentages. Bovendien scoorde Tsjechië bijna onderaan de index vanwege de landelijke reactie op COVID-19 (Girvan 2023). Aan de andere kant werd Tsjechië geprezen voor het bereiken van universele dekking met een relatief laag niveau van overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en een behoorlijk aantal keuzes voor dekking en zorg (Girvan 2023).

3.1.1 Het systeem

Het Tsjechische gezondheidszorgsysteem werkt, net als de meeste landen in de Europese Unie, op basis van een verplichte ziektekostenverzekering. In Tsjechië is het gezondheidszorgsysteem gebaseerd op het solidariteitsprincipe, waarbij volgens het Bismarck model van gezondheidszorg alle burgers verplicht zijn om te betalen voor een ziektekostenverzekering in de fondsen van ziektekostenverzekeraars (MZ ČR 2018). Deze wordt uit de salarissen van werknemers of de inkomsten van zzp'ers betaald. Voor bepaalde bevolkingsgroepen zoals kinderen, studenten, gepensioneerden en tijdelijk werklozen wordt de ziektekostenverzekering door de staat betaald. Tsjechië heeft geen systeem van aanvullende ziektekostenverzekering, dat eventuele extra kosten of eigen bijdragen voor een groter gebruik van gezondheidszorg zou dekken (bijv. extra betalingen voor medicijnen, extra betalingen voor medische procedures, enz.).

Wat betreft de dekking van de gezondheidszorg heeft Tsjechië heel goede resultaten behaald. De Tsjechische gezondheidszorg legt de nadruk op universele

toegankelijkheid, met een breed gezondheidspakket, inclusief dekking voor intramurale en extramurale zorg, geneesmiddelen, tandheelkundige ingrepen en meer, wat aantoont dat gezondheidszorg bijna voor iedereen bereikbaar en betaalbaar is (OECD 2021 b). Vergeleken met andere landen met vergelijkbare gezondheidszorgsystemen heeft Tsjechië een zeer hoog percentage van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en een lage patiënten participatie – een van de laagste eigen bijdragen van patiënten in de gezondheidszorg onder de EU- of OESO-landen (ÚZIS a 2023). Tot 2008 was de gezondheidszorg volledig gratis voor de patiënt, wat betekent dat er geen eigen bijdrage was. De toenmalige rechtse regering stelde eigen bijdragen in voor de patiënten, waaronder kleine eigen bijdragen voor sommige medicijnen, doktersbezoek (30 CZK, ongeveer 1,2 EUR) en verblijf in het ziekenhuis (100 CZK voor een dag, ongeveer 4 EUR). Deze prijzen zijn sindsdien bijna onveranderd gebleven, sommige bijdragen werden echter in de loop der jaren afgeschaft door linkse regeringen. Tegenwoordig moet de patiënt voor bepaalde diensten in de gezondheidszorg, zoals ambulante bezoeken, geneesmiddelen op recept en verblijf in een kliniek mogelijk extra betalen. Dit gaat gepaard met een aantal negatieve neveneffecten, zoals een overmatig gebruik van gezondheidszorg en een bevolking die minder verantwoorde keuzes maakt op het gebied van levensstijl. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat bijna de helft van alle sterfgevallen in Tsjechië in 2019 kan worden toegeschreven aan risicofactoren in het levensstijl, waaronder voeding risico's, roken, alcoholgebruik en weinig lichaamsbeweging (OECD 2021c: 6).

Het gezondheidssysteem is sterk gereguleerd door de overheid. Zeven openbare ziekenfondsen treden op als betalers en inkopers van zorg, waarbij één fonds, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 56% van de bevolking dekt (VZP ČR 2023). De concurrentie tussen fondsen is beperkt, de meeste Tsjechen kiezen voor een fonds dat een contract heeft met de meeste zorgverleners in hun regio. Het ministerie van Volksgezondheid speelt een centrale rol bij het bepalen van het gezondheidsbeleid, het toezicht op het systeem en het toezicht op de verschillende zorgverleners. Ziekenhuizen zijn voornamelijk publieke of privé, zonder winstoogmerk. Slechts een minderheid van de ziekenhuizen is van commerciële aard. De staat is de oprichter van academische ziekenhuizen.

Sinds de jaren 1990 wordt er voortdurend gewerkt aan de hervorming van de Tsjechische gezondheidszorg. De enige grote hervormingen vonden echter plaats na de revolutie, toen het oorspronkelijke door de staat gecontroleerde gezondheidszorgsysteem werd omgevormd. Dit omvatte met name de invoering van een verplichte ziektekostenverzekering, het begin van het privatiseringsproces van zorgfaciliteiten en de koppeling van het vergoedingsniveau van zorgverleners aan hun activiteiten. Om verschillende redenen (waarvan de voornaamste politiek van aard zijn) hebben er sindsdien geen grote hervormingen meer plaatsgevonden. De Tsjechische gezondheidszorg heeft vandaag de

dag mee te maken met een aantal problemen, zoals een gebrek aan financiële middelen, vergrijzing van de bevolking, overbelasting van de publieke gezondheidszorg, gebrek aan bepaalde publieke specialisten. Deze zijn voornamelijk te wijten aan de inadequate opzet van het hele systeem.

3.2 Verloskunde in Tsjechië

De Tsjechische verloskunde is sterk gemedicaliseerd. De traditie van ziekenhuisbevallingen die tijdens het communistische tijdperk is ontstaan, is tot op de dag van vandaag blijven bestaan. Bovendien wordt verloskundige zorg, inclusief controles, grotendeels verleend door artsen.

In Tsjechië zijn er 88 ziekenhuizen met een geboortefdeling (porodice), waar vrouwen kunnen bevallen. De keuze voor een ziekenhuis is geheel aan de vrouw, maar het is gebruikelijk om te kiezen uit de ziekenhuizen die het dichtst bij haar huis liggen, vooral vanwege het gemak van vervoer. Veel ziekenhuizen organiseren ook open dagen, waarop vrouwen en hun partners kunnen komen kijken of het ziekenhuis en de faciliteiten hen bevallen.

Tegenwoordig zien we dat het beroep van verloskundige (porodní asistentka) ook in Tsjechië steeds populairder wordt. Om het beroep van verloskundige te mogen uitoefenen is een bepaald bachelor studie en diploma vereist. De rol van verloskundige in het Tsjechische verloskundige systeem is standaard om de arts in het ziekenhuis te ondersteunen. Ze werken voor het ziekenhuis. Er is ook een klein aantal zelfstandige verloskundigen die een zwangere vrouw in dienst kan nemen, maar in dat geval moet de toekomstige vrouw de kosten volledig zelf betalen.

Hoewel de verloskundige diensten steeds gewoner worden, horen we vaak stemmen die hun bezorgdheid uiten over de impact van het vroegere communistische regime op het beroep. Tijdens het communisme hield niemand zich bezig met de individuele behoeften van vrouwen tijdens de geboorte en stierf het beroep van vroedvrouw, samen met de kennis, bijna uit. Volgens sommigen heeft de introductie van bacheloropleidingen de technische kennis verbeterd, maar niet de essentiële vaardigheden, zoals het bieden van emotionele steun tijdens de zwangerschap en de bevalling (Porodní Dům U čápa 2023).

Het lijkt erop dat de aanpak van de bevalling in Tsjechië nog steeds aan het veranderen is. We zien dat steeds meer vrouwen de voorkeur geven aan een *gentle*, natuurlijke bevalling (Hrešánová, 2014: 966). We zien niet alleen een toenemend aantal zelfstandige verloskundigen, maar ook institutionele inspanningen om een grotere stap in deze richting te zetten. Een van de oudste verloskundige ziekenhuizen van het land, Zemská porodnice u svatého Apolináře, is begonnen met een nieuw trainingsprogramma

in coöperatie met Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (Algemeen Academisch Ziekenhuis in Praag), geaccrediteerd door het Ministerie van Volksgezondheid, dat verloskundigen in Apolinář in staat stelt zelfstandig bevallingen te begeleiden, medicatie toe te dienen en hun professionele competenties uit te breiden. Het programma is erop gericht om de vaardigheden van verloskundigen op het gebied van bevallingen met een laag risico te verbeteren (VFN 2022).

3.2.1 Betaling

Alle kern zwangerschaps- en bevallingskosten worden gedekt voor alle vrouwen in Tsjechië die een publieke ziektekostenverzekering hebben. Sommige zorgverleners hebben niet met alle zorgverzekeraars een contract. Er zijn ook volledig particuliere klinieken of zorgverleners waarvan de behandeling niet wordt gedekt door de zorgverzekering. Over het algemeen is er een goed netwerk van zorgverleners die wel door de publieke verzekering worden gedekt en zoals al eerder is gezegd, geldt dit ook voor verloskundige zorg.

In Tsjechië omvat de standaard door de verzekering gedekte verloskundige zorg veel tests en arts controles in de pre- en postnatale periode en na de bevalling, evenals de hele bevalling in het ziekenhuis. Sommige 'extra' diensten moeten door de vrouw betaald worden, bijvoorbeeld een speciale echo die het geslacht van de baby aangeeft, of een comfortabelere ziekenhuis- of verloskamer. De prijzen variëren per ziekenhuis.

3.2.2 Prenatale zorg en educatie

De prenatale zorg in Tsjechië is voornamelijk gericht op het identificeren van mogelijke zwangerschapsrisico's door middel van controles door artsen en verschillende tests die controleren of de foetus zich goed ontwikkelt. In tegenstelling tot veel andere landen wordt genetische screening universeel uitgevoerd, ook al verlopen de meeste zwangerschappen zonder problemen.

Zodra een vrouw ontdekt dat ze zwanger is, maakt ze een afspraak bij haar gynaecoloog. Als de vrouw in verwachting tijdens de zwangerschap voor controles naar een andere arts of instelling wil gaan dan waar ze geregistreerd is, moet ze dat aan het begin van de zwangerschap beslissen. Alle controles worden in Tsjechië standaard uitgevoerd door een gynaecoloog.

Tijdens het eerste bezoek aan een gynaecoloog wordt bloedonderzoek gedaan om de bloedgroep en de Rh-factor van de vrouw te bepalen. Hij of zij voert ook een bloedbeeld uit om eventuele infecties op te sporen die de gezondheid van de moeder en de baby kunnen beïnvloeden, zoals TPHA, syfilis, hepatitis B of HIV. Het bezoek omvat ook een echo-grafisch onderzoek.

Na het eerste bezoek worden regelmatige controles gepland waarbij meerdere tests worden uitgevoerd: de bloeddruk wordt gemeten, urine wordt getest op zwangerschapsdiabetes en op de aanwezigheid van proteïne of pus. De gewichtstoename van de vrouw en de zwellings van de ledematen wordt gecontroleerd, en er worden gynaecologische onderzoeken uitgevoerd, waaronder het controleren van de groei van de baarmoeder en de foetus (HiPP 2020). Het eerste trimester wordt afgesloten met een eerste grote screening in de 12e week van de zwangerschap. Deze screening bestaat uit een bloedtest die het risico op bepaalde ontwikkelingsstoornissen kan aantonen en een echoscopie die de hartslag van de foetus, de grootte, de plaats in de baarmoeder en andere parameters controleert. Als beide tests samen vermoedelijke ontwikkelingsstoornissen aantonen, voert de arts verder onderzoek uit (Dr. Max 2021).

Tussen 14 en 28 weken neemt het bezoek aan de gynaecoloog iets af tot één per 4-6 weken als er geen medische indicaties zijn. De onderzoeken in deze prenatale periode omvatten:

- Bloedafname voor een bloedbeeld.
- Biochemische fysiologische bloedtest voor afwijkingen in de hormoonspiegels die door de placenta worden geproduceerd, wat wijst op mogelijke ontwikkelingsstoornissen.
- Een ‘grote’ echo rond week 20 om de grootte van de foetus, de hoeveelheid vruchtwater, de plaatsing van de placenta en fysieke tekenen van ontwikkelingsstoornissen te onderzoeken.
- Tussen 24-28 weken wordt een obstetrische zwangerschapsdiabetestest (OGTT) uitgevoerd om zwangerschapsdiabetes op te sporen, waarvan een vroege diagnose en behandeling het risico op zwangerschaps- en bevallingscomplicaties kunnen verminderen. Deze test wordt standaard uitgevoerd bij alle zwangere vrouwen. Zwangerschapsdiabetes verdwijnt meestal vanzelf tijdens de zesde week (Dr. Max 2021).

Vanaf 28 weken worden de controles weer frequenter, tot er in de laatste maand elke week een controle is. Bij 28 weken is er nog een grote echo waar de plaatsing van de placenta, de positie van de baby in de baarmoeder en tekenen van ontwikkelingsstoornissen worden gecontroleerd.

Bij 35-37 weken zwangerschap neemt de arts een vaginaal uitstrijkje om de aanwezigheid van groep B streptokokken op te sporen. Deze kunnen het verloop van de bevalling zelf bedreigen en de pasgeboren baby besmetten met een plotselinge infectie. Als er streptokokken worden gevonden, kunnen antibiotica worden voorgeschreven (HiPP 2020).

Vanaf de 38^e week van de zwangerschap wordt elke week cardiotocografie gedaan. Dit betekent dat de activiteit van de foetus en de baarmoeder wordt gecontroleerd om er zeker van te zijn dat het lichaam zich goed voorbereidt op de geboorte.

Tijdens de zwangerschap krijgt de vrouw ook het advies om op controle te gaan bij haar huisarts en tandarts. De huisarts moet essentiële informatie invullen op de zwangerschapskaart van de vrouw, waaronder haar medische geschiedenis uit zijn dossier. Een zwangere vrouw komt ook in aanmerking voor twee gedekte preventieve tandartscontroles per jaar via de zorgverzekering, omdat zwangerschap het risico op gebitsproblemen kan verhogen (Dr. Max 2021).

Naast de medische onderzoeken en tests biedt de gynaecoloog ook basisbegeleiding met betrekking tot de zwangerschap. Het is echter aan te raden dat een zwangere vrouw zelf leert hoe ze het beste met de zwangerschap en de bevalling omgaat of prenatale lessen volgt. In de meeste ziekenhuizen met een geboorte afdeling is er wel een soort voorbereidingscursus te vinden.

Deze lessen zijn meestal informatief en bieden praktische voorbereiding op de bevalling, zoals wat er gebeurt tijdens de bevalling, wat mee te nemen naar het ziekenhuis en borstvoedingsadvies. Sommige ziekenhuizen bieden ook andere prenatale lessen aan, zoals zwangerschapsoefeningen, yoga, eerste hulp of zwemmen voor zwangere vrouwen. De lessen van de ziekenhuizen zijn redelijk geprijsd, de voorbereidende lessen van meerdere lessen kosten meestal rond de 20 euro (500 CZK) in totaal. De zwangerschapsfitness lessen kosten ongeveer 5-10 euro (100-240 CZK) per les. Er zijn ook veel privélessen beschikbaar, die meer verschillende diensten en activiteiten bieden, vaak in kleinere groepen of volledig individueel. De prijzen van privélessen liggen rond de 15-30 (300-750 CZK) euro per les.

Onderzoek toont een grote daling in aantallen van alle soorten prenatale voorbereiding die plaatsvinden in geboorteziekenhuizen in 2020 en 2021. In 2021 bezocht 5,2% van de zwangere vrouwen prenatale lessen in een ziekenhuis, vergeleken met 12,6% in 2017. Een eenmalige prenatale voorlichtingsbijeenkomst werd in 2021 bijgewoond door 15,8% van de vrouwen, tegenover 26,9% in 2017 (Aperio 2022). Volgens de onderzoekers is de reden voor deze daling de pandemie van Covid 19.

3.2.2.1 Abortus

Abortus is in Tsjechië legaal voor alle vrouwen die hiertoe een schriftelijk verzoek indienen bij een gynaecoloog, ongeacht hun leeftijd. Alle vrouwen uit de Europese Unie kunnen een abortus aanvragen in Tsjechië.

Om een abortus te ondergaan, moet de zwangerschap minder dan 12 weken duren en mag er geen medische reden zijn om dit niet te doen. Een abortus mag niet eerder dan

6 maanden na de laatste abortus worden uitgevoerd. Uitzonderingen op de tussenliggende periode van 6 maanden zijn bepaalde situaties, zoals meerlingenzwangerschap, vrouwen boven de 35 jaar of zwangerschap als gevolg van een misbruik. Medische redenen, zoals risico's voor het leven, de gezondheid of foetale afwijkingen, staan abortus na de 12e week toe (Ministerstvo vnitra 2023). Voor abortus moet altijd een gynaecoloog worden geraadpleegd. Abortussen aangevraagd door een vrouw zonder medische indicatie moeten volledig door de vrouw worden betaald. Medisch noodzakelijke abortussen worden gedekt door de ziektekostenverzekering. De toestemmingsvereisten variëren afhankelijk van de leeftijd, waarbij voor minderjarigen een ouder of een wettelijke vertegenwoordiger moet worden ingeschakeld (Ministerstvo vnitra 2023).

Abortus kan farmacologisch worden uitgevoerd met de zogenaamde abortuspil - alleen tot het einde van de zevende week van de zwangerschap. De prijs van deze abortusmethode bedraagt gemiddeld 6000-7000 kronen (250-300 EUR). De andere optie is een chirurgische abortus, die onder narcose wordt uitgevoerd. De prijs van deze methode is lager, meestal rond 5000 kronen (200 EUR). De prijzen verschillen per kliniek/ziekenhuis.

3.2.3 Intrapartum zorg (bevalling)

Officieel zijn er tegenwoordig twee mogelijkheden om te bevallen in Tsjechië: in het ziekenhuis of thuis. Thuisbevalling is echter nog steeds een soort grijs gebied in Tsjechische verloskundige zorg. Er is ook de mogelijkheid om poliklinisch of in een soort geboortecentrum te bevallen, maar deze opties zijn geen volwaardige opties zoals ze in het buitenland bekend zijn.

Het aantal levendgeborenen in Tsjechië in 2022 was 99.800, 12.000 minder dan in 2021 (ČSÚ 2022). Het aandeel ingeleide bevallingen neemt geleidelijk toe tot 26,4% in 2021 vergeleken met 20,1% in 2017. Volgens het onderzoek bleek dat vrouwen die de bevalling hadden ingeleid twee keer zo vaak een acute keizersnede kregen als vrouwen bij wie de bevalling spontaan op gang kwam (Aperio 2022).

In Tsjechië kan iedereen een eenmalige uitkering voor de bevalling aanvragen (*Porodné*). De uitkering wordt toegekend aan ouders van het eerste of tweede kind met een vaste verblijfplaats in Tsjechië. Het inkomen van het gezin mag niet hoger zijn dan 2,7 keer het bestaansminimum dat door de overheid is vastgesteld, dit was 29 673 Kč in 2023. De uitkering bedroeg 13 000 CZK (ongeveer 540 EUR) voor het eerste kind en 10 000 CZK (416 EUR) voor het tweede kind in 2023 (Portál občana a 2023).

3.2.3.1 *Bevalling in ziekenhuis*

Zoals werd geconcludeerd, als de bevalling zonder complicaties verloopt, gebeurt dit in het ziekenhuis onder toezicht van een arts en met assistentie van een verloskundige. In Tsjechische ziekenhuizen staat de verloskundige naast de arts meestal in de positie van

verpleegkundige. Het is niet mogelijk om een bepaalde verloskundige te kiezen die in het ziekenhuis werkt. De vrouw krijgt een verloskundige toegewezen die op dat moment in dienst is. De verloskundige bereidt de aanstaande moeder voor nadat ze de verloskamer is binnengegaan, d.w.z. klysmas en douchen. Daarna komt ze op gezette tijden naar de verloskamer voor vaginaal onderzoek en foetale controle, controleert de gezondheid van de moeder en de foetus, communiceert met de arts over alles wat met de bevalling te maken heeft en volgt zijn aanbevelingen en medicatie op. Ze gaat een band aan met de moeder en houdt haar op de hoogte van de voortgang van de bevalling en de toestand van de baby. Een privé verloskundige kan vrouwen in elk ziekenhuis begeleiden, maar tenzij ze een contract heeft met dat specifieke ziekenhuis, heeft ze de rol van doula. Dat betekent dat de verloskundige niet onderzoekt, niet deelneemt aan de communicatie met de medische staf, geen procedure aanbeveelt en geen medicatie bespreekt. Ze biedt emotionele steun aan de moeder (Jak Na Mateřství 2018).

Uit de statistieken van een onafhankelijk bureau dat zich richt op bevallingen in Tsjechië blijkt dat verloskundigen over het algemeen betrokken zijn bij 85-90% van de bevallingen. In het jaar 2021 steeg het aandeel bevallingen waarbij verloskundigen alle fasen van de bevalling leidden naar 35,5%, tegenover 25,8% in 2017. Het meest voorkomende scenario blijft echter, met 49,1% van de bevallingen in 2021, wanneer de arts/arts de zwangere controleert tijdens de intake in het ziekenhuis, de verloskundige de eerste en de tweede fase van de bevalling leidt en de derde fase van de bevalling weer door een arts wordt geleid (Aperio 2022). Pijnmedicatie tijdens de bevalling kan alleen worden toegediend door een arts. In het geval van een ruggenprik, een anesthesioloog.

In sommige Tsjechische ziekenhuizen wordt de bonding, skin on skin contact, direct na de geboorte uitgevoerd en wordt de pasgeborene baby in de armen van de moeder gelegd met de navelstreng er nog aan. Volgens onderzoek uitgevoerd door Aperio wordt dit steeds meer gedaan in Tsjechië 77,5% in 2021 vergeleken met 66% in 2017. De pasgeborene werd ook op het lichaam van de moeder onderzocht in 14,9% in 2021 vergeleken met 10,7% in 2017.

De derde fase, waarin de placenta en de vruchtzakken worden uitgestoten, wordt grondig geobserveerd en gecontroleerd door de arts. De arts controleert vervolgens het geboortekanaal en behandelt eventuele verwondingen. De vrouw, meestal met de baby en haar partner (indien aanwezig), blijft daarna nog ongeveer 2 uur in de verloskamer.

De meeste Tsjechische ziekenhuizen met een verlosafdeling volgen de aanbevelingen van de pediatrie vereniging, Česká pediatrická společnost, die de optimale verblijfsduur van een pasgeborene op de verlosafdeling na een spontane ongecompliceerde bevalling op 72 uur vaststelt, oftewel 3 dagen. Na een keizersnede is de duur van de

ziekenhuisopname, vooral met het oog op de herstelperiode van de moeder, 4-5 dagen (NEMCL 2023).

3.2.3.2 *Poliklinische bevalling*

Tegenwoordig willen steeds meer gezinnen na de geboorte samen thuis zijn en besluiten om niet langer dan strikt noodzakelijk met de pasgeborene in de kraamkliniek te blijven. De zogenaamde poliklinische geboorte is een wat misleidende naam, het is geen poliklinische procedure, de moeder wordt in Tsjechië altijd opgenomen in het ziekenhuis in verband met de geboorte. Het verschil met een normale bevalling is dat vrouwen in dit geval het ziekenhuis eerder verlaten dan de 72 uur die de neonatologievereniging aanbeveelt (NEMCL 2023). Ze kunnen op zijn vroegst twee uur na de bevalling naar huis gaan.

Volgens de antwoorden van vrouwen die voor dit type bevalling kozen, waren hun belangrijkste redenen daarvoor: slechte eerdere ervaringen, organisatorisch- of medisch redenen. In 2021 koos 13,1% van de vrouwen in Tsjechië voor eerder ontslag, vergeleken met 5% in 2017 (Aperio 2022). Poliklinische bevalling vereist dat zowel moeder als baby in goede gezondheid zijn, en ouders hebben de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de baby. Zorgverleners kunnen ontslag alleen weigeren als de baby dringend zorg nodig heeft.

Vanwege het vroege vertrek moeten sommige regels voor de zorg na de bevalling nageleefd worden. Deze omvatten het monitoren van de gezondheid van de baby, het regelen van bezoeken aan de verloskundige en het monitoren van de lactatie. Drie bezoeken aan of van de verloskundige kunnen worden gedekt door de verzekering, maar alleen als de arts dat goedkeurt. Daarnaast zijn er in Tsjechië verplichte screenings en controles na de geboorte, zoals de patellatest en het toedienen van vitamine K.

3.2.3.3 *Bevalling in geboorte center of geboortehuis*

Op dit moment is het in Tsjechië nog steeds niet mogelijk om in een geboortehuis (*Porodní dům*) te bevallen. Er zijn pogingen gedaan om deze vorm van bevallen legaal te maken, maar tot nu toe is dat nog niet gebeurd. Met een geboortehuis wordt een aparte medische faciliteit bedoeld waar de zorg alleen wordt georganiseerd en verleend door verloskundigen. Het is een aparte eenheid op een redelijke rijafstand van het ziekenhuis. Het geboortehuis probeert zo dicht mogelijk bij een thuisomgeving te zijn, met apparatuur die meestal een beval bad of zwembad bevat. Als er tijdens de bevalling complicaties optreden, bestaat er een overdrachtssysteem waarbij de vrouw en de baby per ambulance naar het ziekenhuis worden overgebracht.

Er zijn momenteel maar een paar geboortecentra (Centrum porodní asistence) in Tsjechië, waar vrouwen kunnen bevallen. De eerste werd in 2019 met steun van het

ministerie van Gezondheid opgericht in het ziekenhuis Fakultní Nemocnice Bulovka (FN Bulovka 2023). Het is een bepaalde combinatie van een geboortehuis en een ziekenhuisbevalling. De centra maken deel uit van de geboorte ziekenhuis, maar streven ernaar om meer respect te bieden voor de wensen van zwangere en bevallende vrouwen, begeleiding bij een natuurlijke bevalling, individuele aandacht en een comfortabele omgeving met behoud van een hoog niveau van professionaliteit en veiligheid (FN Bulovka 2023). De kamers worden vaak suites genoemd en bieden meer voorzieningen, vaak een bad en speciale bevallingshulpmiddelen. De prenatale zorg en bevalling worden door een verloskundige geleid. Er is echter altijd een arts aanwezig op de afdeling die onmiddellijk in geval van complicaties opgeroepen kan worden. Er zijn ook operatiekamers in hetzelfde gebouw.

3.2.3.4 Thuisbevalling

Thuis bevallen is niet illegaal, een vrouw kan besluiten om thuis te bevallen, maar ze moet alles zelf betalen. Thuisbevalling wordt niet door zorgverzekering gedekt. Verder kunnen vrouwen wel problemen met het vinden van een verloskundige hebben. Tot maart 2023 riskeert elke verloskundige die een thuisbevalling leidt een boete van maximaal een miljoen Tsjechische kronen (ongeveer 41600 EUR). Dit komt door richtlijnen van het Ministerie van Volksgezondheid over verplichte apparatuur voor bevallingen (Hejzlarová 2021). Het is niet mogelijk om thuis aan deze richtlijnen te voldoen. Dit heeft verloskundigen op het randje van de illegaliteit gebracht. Verloskundigen die bij thuisbevallingen assisteerden, werkten voortdurend in een sfeer van onzekerheid en intimidatie. Als er complicaties optraden tijdens de bevalling, kreeg de verloskundige de schuld (UNIPA 2023). In deze gevallen werden ze vaak niet gerespecteerd door artsen en andere medische professionals, maar ook strafrechtelijk vervolgd door het ministerie van Volksgezondheid (Hejzlarová 2021). In 2012 publiceerden de meeste Tsjechische medische verenigingen samen een verklaring en een waarschuwing tegen thuisbevallingen waarin ze thuisbevallingen als gevaarlijk bestempelen. Verder stellen ze dat het in het belang van de gezondheid van de bevolking van Tsjechië om gezondheidsredenen niet raadzaam is om wetgeving in te voeren die thuisbevallingen direct zou bevorderen (Pařízek 2012).

In maart van dit jaar deed de regionale rechtbank in Pilsen uitspraak in de zaak van een verloskundige die een administratieve boete van 100 000 CZK (ongeveer 4000 EUR) kreeg voor het assisteren bij vijf thuisbevallingen die zonder complicaties verliepen. De rechtbank concludeerde dat een verloskundige die assisteert bij een thuisbevalling niet aansprakelijk is voor wangedrag, aangezien haar aanwezigheid de bevalling veiliger maakt en haar assistentie geen strafbaar feit is (Kubíčková 2023). Dit was een grote stap in de Tsjechische verloskundige zorg, want met deze uitspraak van de rechtbank zijn

verloskundigen vrij om thuisbevallingen te begeleiden en hoeven ze niet bang te zijn voor vervolging. Dit betekent echter niet dat er systeemveranderingen zijn opgetreden of dat de houding van een groot deel van de medische gemeenschap is veranderd. Er is geen systeem dat maximale bescherming van moeder en kind garandeert in geval van complicaties. De privé verloskundigen die hulp bij thuisbevallingen bieden werken vaak niet nauw samen met ziekenhuizen of artsen.

Een onderzoek uit 2020 uitgevoerd door Durnová en Hejzlarová toonde aan dat thuisbevallingen vooral gekozen worden door vrouwen met een hogere opleiding vanwege zorgen over medische interventies, het gedrag van het personeel en *overmedicalisering* in ziekenhuizen (Pixová 2021). De meerderheid die koos voor een thuisbevalling was er tevreden over. Verder laten de statistieken zien dat slechts 9% van de ziekenhuisbevallingen een gewenst natuurlijk proces oplevert, in tegenstelling tot de 60% van de vrouwen die dit nastreven. Het onderzoek weerlegt de gangbare Tsjechische perceptie dat thuisbevallingen alleen door spirituele of levensstijl redenen gedreven worden, en benadrukt dat deze factoren vaak overlappen met zorgen over ziekenhuispraktijken (Pixová 2021).

Statistieken geven aan dat in 2021 ongeveer 60 kinderen werden geboren bij een geplande thuisbevalling. Maar, zo geven de experts toe, de gegevens worden niet systematisch verzameld en volgens verschillende bronnen, zoals privé facebookgroepen, ligt het aantal waarschijnlijk tussen de 400-1000 thuisbevallingen per jaar (ČT24 2021).

3.2.4 Postpartumzorg

Het ministerie van Volksgezondheid van Tsjechië (Ministerstvo Zdravotnictví) raadt aan om de nieuwe moeder en haar baby niet eerder dan 72 uur na de bevalling uit het ziekenhuis te ontslaan. De pasgeborene kan pas uit het ziekenhuis worden ontslagen als hij begint aan te komen en de volgende screeningsonderzoeken zijn uitgevoerd:

- *bloedafname voor screeningsonderzoek*
- *sonogram van de nieren*
- *heup sonogram*
- *gehoorscreening*
- *gezichtsonderzoek - rode reflex*

(Nemocnice Jihlava 2023)

De meeste ziekenhuizen bieden tegenwoordig rooming in aan, wat betekent dat de baby bij de moeder in één kamer blijft. Er zijn echter nog steeds ziekenhuizen die de moeder en de baby na de bevalling van elkaar scheiden. Dit gebeurt bijvoorbeeld als er complicaties tijdens de bevalling optraden of als de baby te vroeg geboren is. De

standaardkamers in het verlosziekenhuis die door de verzekering vergoed worden, zijn voor meerdere vrouwen, meestal van 2 tot 4 personen.

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis adviseren verloskundigen de nieuwe moeders over hygiëne na de geboorte, borstvoeding en borstverzorging, maar ook over het dieet. Verder krijgen moeders een aantal technieken te zien om voor de baby te zorgen. Sommige ziekenhuizen bieden ook de diensten van een rehabilitatieverpleegkundige aan, die advies kan geven over hoe te beginnen met de oefeningen na de geboorte (Nemocnice Jihlava 2023). Tijdens het verblijf wordt de gezondheidstoestand van de baby gecontroleerd en het personeel van de afdeling neonatologie helpt bij de verzorging van de pasgeborene.

Wanneer moeder en baby worden ontslagen, ontvangen ze een volledig gezondheidsrapport van de pasgeborene. Dit rapport overhandigen ze aan de plaatselijke kinderarts of de kinderarts van hun keuze. De arts moet op de hoogte worden gebracht van het ontslag van de baby en de eerste controle van de baby moet worden gepland, meestal binnen 3 dagen na het verlaten van het ziekenhuis. Sommige artsen komen ook bij de moeder thuis.

In de eerste anderhalf jaar van zijn leven wordt de baby nauwlettend in de gaten gehouden door de kinderarts. In het begin zijn de controles zeer frequent, het tweede bezoek aan de arts moet plaatsvinden als de baby twee weken oud is, de volgende op zes weken en vervolgens op 3, 6, 8, 10, 12 en 18 maanden. In de tweede week krijgen baby's meestal vitamine D voorgeschreven. Bij elke controle controleert de kinderarts de algehele psychomotorische ontwikkeling van de baby.

In de vorige eeuw kende Tsjechië ook een systeem van postpartum zorg die thuis werd gegeven tijdens de postpartumperiode. Tegenwoordig heeft elke zwangere vrouw officieel recht op drie bezoeken na de bevalling en één prenataal bezoek van een verloskundige. Verzekeringsmaatschappijen vergoeden deze zorg echter niet, tenzij deze wordt toegekend door een arts. Het debat in de media dit jaar tussen een organisatie van artsen en een organisatie van verloskundigen toont aan dat gynaecologen deze zorg zelden toekennen, zelfs als er een medische indicatie is (Cerqueirová 2023, Šopfová 2023). De artsenvakbond argumenteert dat het stopzetten van de huisbezoeken door verpleegkundigen aan zwangere vrouwen na de revolutie in 1989 geen negatieve gevolgen heeft gehad voor de gezondheid van zwangere vrouwen of pasgeborenen. De artsen voegen er ook aan toe dat als een vrouw een consult of zorg van een verloskundige wil, ze dit kan aanvragen bij een poliklinische of intramurale gezondheidszorginstelling die voor de meeste vrouwen in het land gemakkelijk toegankelijk is dankzij een uitgebreid netwerk van deze instellingen (Cerqueirová 2023).

Aan de andere kant staan de verloskundigen, die ernaar streven meer autonomie te krijgen en eerstelijnszorgverleners te worden. Zij zijn van mening dat veel controles voor

vrouwen zonder medische indicatie die nu standaard door gynaecologen worden uitgevoerd, kunnen worden uitgevoerd door verloskundigen die over de benodigde kennis en opleiding beschikken (Šopfová 2023).

Eerder in 2023 werd er op basis van deze discussie gestemd over een wetswijziging die vrouwen de mogelijkheid zou geven om door de verzekering gedekte zorg te krijgen van een verloskundige, zelfs zonder indicatie van de arts. Dit amendement is niet aangenomen.

3.2.5 Statistieken

Het Instituut voor Gezondheidsinformatie en -statistiek van Tsjechië, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, heeft eerder in 2023 statistieken gepubliceerd over bevallingen in Tsjechië. Dit is de eerste keer in de geschiedenis dat het publiek gemakkelijk toegang heeft tot informatie over de praktijken in individuele geboorte ziekenhuizen in het land.

In Tsjechië is geen officiële informatie beschikbaar over overplaatsingen tussen ziekenhuizen, of informatie over of de bevalling volledig werd geleid door een vroedvrouw of een arts. We hebben wel statistieken over de medische interventies in Tsjechië door de jaren heen. Er is een dalende trend in het aantal episiotomieën dat elk jaar wordt uitgevoerd. In 2021 werd deze ingreep gedaan bij 22,9% van de geboorten, in vergelijking met 26,12% in 2018. Er zijn ook minder gevallen waarin een tang werd gebruikt, 0,42% in 2021 vergeleken met 0,52% in 2018. Terwijl het gebruik van de tang afneemt, zien we dat het gebruik van de vacuümextractie toeneemt, met 2,45% in 2021 vergeleken met 2,15% in 2018 (ÚZIS 2023 c). In 2021 25,8% births were via c-section (ÚZIS 2023 c).

3.2.6 Zwangerschaps- en ouderschapsverlof

Moeders kunnen met zwangerschapsverlof (Mateřská dovolená) gaan in de periode voor en na de bevalling. Daarna volgt ouderschapsverlof (Rodičovská dovolená), dat ook door vaders kan worden opgenomen. Tijdens beide verloven krijgt de ouder een uitkering. De voorwaarden zijn in de arbeidswet (Zákoník práce) vastgelegd.

3.2.6.1 Zwangerschapsverlof

De aanstaande moeder heeft recht op 28 weken zwangerschapsverlof in verband met de geboorte en verzorging van het pasgeboren kind. Als ze van twee of meer kinderen tegelijk bevalt, heeft de vrouw recht op 37 weken zwangerschapsverlof.

Zwangere vrouwen nemen gewoonlijk zwangerschapsverlof op aan het begin van de zesde week voor de verwachte bevallingsdatum. Op zijn vroegst kan ze zwangerschapsverlof opnemen in het begin van de achtste week voor de verwachte bevalling. De werkneemster hoeft niet apart zwangerschapsverlof aan te vragen bij haar werkgever. De

vrouw hoeft alleen haar werkgever op de hoogte te stellen van het begin van het zwangerschapsverlof door middel van een speciaal formulier dat ondertekend is door haar gynaecoloog (ÚZIS b 2023).

Als een vrouw bevalt voordat ze met zwangerschapsverlof gaat, gaat het zwangerschapsverlof in op de dag van de bevalling. In dit geval heeft de vrouw recht op 28 (37) weken zwangerschapsverlof. Als een vrouw om een andere reden minder dan 6 weken zwangerschapsverlof opneemt voordat ze bevalt, krijgt ze alleen zwangerschapsverlof vanaf de datum van de bevalling tot week 22 (31). Het zwangerschapsverlof in verband met een bevalling mag nooit minder dan 14 weken bedragen. Het mag in geen geval eindigen of worden onderbroken vóór het verstrijken van 6 weken vanaf de datum van de bevalling (Aperio 2023). Het is dus niet mogelijk om eerder te beginnen met werken.

Tijdens deze periode heeft de vrouw recht op een uitkering genaamd *Peněžitá pomoc v mateřství* (financiële hulp bij zwangerschap). De uitkering wordt betaald uit de ziekteverzekering (Nemocenské pojištění) en daarom hebben alleen moeders die verzekerd zijn tegen ziekte (d.w.z. in loondienst of als zelfstandige en die ziekteverzekering betalen) er recht op en wordt het bedrag bepaald door het eerdere inkomen van de moeder. Een zwangerschapsuitkering wordt voor 70% berekend op basis van een belastbaar inkomen, waarbij een belastbaar inkomen wordt berekend op basis van het brutosalaris in de afgelopen 12 maanden, gedeeld door het aantal dagen in die periode (ČSSZ 2023).

3.2.6.2 Ouderschapsverlof

Ouderschapsverlof is een soort verlof in Tsjechië waardoor beide ouders extra voor hun kind kunnen zorgen. Ouderschapsverlof kan door de ouders aangevraagd worden voor een willekeurige periode tot de derde verjaardag van het kind. Het ouderschapsverlof kan door beide ouders tegelijk worden opgenomen. Het grootste deel van het ouderschapsverlof in Tsjechië wordt door vrouwen opgenomen, in 2021 nam slechts 2% van de mannen ouderschapsverlof op (iRozhlas 2021). Het is ook gebruikelijk om minstens 2 jaar thuis te blijven bij het kind. Dit wordt ook deels veroorzaakt door het ontoereikende aanbod van crèches in het land en niet-flexibele werkgevers.

Ouderschapsuitkering (Rodičovský příspěvek) is een sociale overheidsuitkering. Het is een uitkering die door de staat wordt betaald aan een van de ouders van het jongste kind nadat de zwangerschapsuitkering is beëindigd. Het totale bedrag van de uitkering is 300 000 kronen (12500 EUR), of 450 000 (18750 EUR) kronen als meerdere kinderen geboren worden, en het wordt maandelijks betaald. De uitkering kan uitbetaald worden totdat het kind 4 jaar wordt, maar dit is van het maandelijkse bedrag van de uitkering afhankelijk. De hoogte van het maandelijkse bedrag wordt door de ouder gekozen. De ouderschapstoelage kan eerder worden beëindigd als het bedrag van CZK 300 000 al is opgebruikt.

3.2.6.3 *Vaderschapsverlof*

Ook de partner (vader) kan binnen zes weken na de geboorte van het kind aanspraak maken op vaderschapsverlof en een vaderschapsuitkering. Deze periode heet *Otcovská poporodní péče* en kan maximaal 14 dagen duren (Portál občana 2023 b). Om de uitkering te kunnen krijgen, moet de partner verlof nemen van zijn werkgever: ouderschapsverlof, onbetaald verlof of vakantie.

De uitkering wordt vanuit de ziekteverzekering verstrekt en wordt berekend als 70% van de dagelijkse berekeningsgrondslag op basis van het inkomen over de 12 maanden voorafgaand aan het begin van de uitkering (Portál občana 2023 b).

Hoofdstuk 4. Vergelijking

Wanneer we de verloskundige zorg van twee landen zoals Tsjechië en Nederland met elkaar vergelijken, komen er meteen een aantal belangrijke contextuele verschillen naar voren. Allereerst hun economische situatie en ontwikkeling. Terwijl de Nederlandse economie al eeuwenlang een van de sterkste in Europa is, is de Tsjechische economie nog steeds gedeeltelijk aan het herstellen van meer dan 40 jaar communistisch bewind. Tsjechië heeft vandaag de dag ook de status van een ontwikkeld land en wordt als economisch geavanceerd beschouwd, maar met een BBP per capita van 27.638,4 in 2022, heeft het nog een lange weg te gaan in vergelijking met Nederland met 55.985,4 in hetzelfde jaar (World Bank 2023 b).

Wat het verzekeringsstelsel betreft, hebben zowel Tsjechië als Nederland, net als de meeste landen in Europa, als basis het Bismarc-model van verzekering gebaseerd op solidariteit en collectieve verplichte verzekering. Nederland heeft zijn verzekeringsstelsel de afgelopen 2 decennia echter ingrijpend hervormd, omdat het geconfronteerd werd met veel problemen die vergelijkbaar zijn met de problemen waar Tsjechië vandaag de dag mee te maken heeft: de stijgende kosten en financiële lasten voor het land, populatie die zich niet realiseert dat gezondheidszorg niet gratis is, beperkte concurrentie tussen de verzekeraars en zorgverleners en overbelaste gezondheidszorg.

Wat betreft de verzekering zelf, hebben beide landen een verplichte ziekte-kostenverzekering. Op een zeer Nederlandse manier laat de overheid de inwoners beslissen over hun eigen verzekering. Iedereen moet zijn gezondheidssituatie evalueren en proberen elk jaar te anticiperen op zijn zorgbehoeften en zijn zorgpolis daarop aanpassen om onnodige kosten te vermijden. Daarnaast betalen ze ook het eigen risico. Dit kan ook worden gezien als een educatieve activiteit, in die zin dat Nederlanders hierdoor inzicht krijgen in de kosten van de gezondheidszorg. In Nederland betalen patiënten ook een eigen bijdrage voor bepaalde zorgdiensten en medicijnen, wat in sommige gevallen tot een groot bedrag kan oplopen. Met name in de verloskunde, afhankelijk van waar de vrouw wil bevallen en haar medische toestand, kunnen de eigen bijdragen tot honderden euro's oplopen. Het gezondheidszorgsysteem in Tsjechië zorgt er daarentegen voor dat alle inwoners toegang hebben tot essentiële gezondheidszorg die volledig door de verzekering wordt gedekt, inclusief verloskundige zorg. Voor bepaalde behandelingen moeten patiënten wel een relatief kleine eigen bijdrage betalen. De uitzondering hierop zijn extra diensten in het ziekenhuis, of bijvoorbeeld een thuisbevalling die een vrouw zelf moet regelen en volledig uit eigen zak moet betalen.

In Tsjechië, net als in andere postcommunistische landen zoals Polen of Slowakije, zijn er tot op de dag van vandaag verschillende soorten problemen in de gezondheidszorg die gedeeltelijk voortkomen uit de communistische erfenis. In Tsjechië is dit de

onhoudbare manier waarop het gezondheidssysteem is opgezet, wat bijvoorbeeld tot een oververzadiging van het systeem leidt, onderzetting, lange wachttijden en financiële problemen. Nederland heeft daarentegen een goed gevestigd en efficiënt gezondheidszorgsysteem dat sinds 2006 aanzienlijke hervormingen heeft ondergaan. Hoewel het op papier voortdurend wordt beoordeeld door internationale ranglijsten als een van de beste systemen ter wereld, lijkt het in werkelijkheid ook geplaagd te worden door problemen, met name de voortdurend verslechterende toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen mensen (Vermeer 2003). Specialisten roepen op tot dringende hervormingen en wijzen erop dat het huidige systeem te veel gericht is op uitgaven en financiering, wat zal leiden tot zorg die in de nabije toekomst mogelijk alleen toegankelijk is voor mensen die het zich privé kunnen veroorloven (NOS 2022).

Historisch gezien was er in Tsjechië ook een traditie van door vroedvrouwen geleide bevallingen en verloskundige zorg. De eerste institutionele en educatieve hervormingen begonnen in de 18^e eeuw. Op vergelijkbare wijze maakte Nederland een parallelle evolutie door, waarbij in de 18^e eeuw de opkomst van academisch opgeleide vroedvrouwen en verloskundigen de autonomie van de traditionele vroedvrouwen verminderde. De 19^e-eeuwse wereldwijde vooruitgang in de gynaecologie, met inbegrip van medische instrumenten en nieuwe methoden, verbeterde de veiligheid van vrouwen maar vergrootte de medische invloed bij bevallingen. De medicalisering bleef in beide landen toenemen, terwijl de 20^e eeuw verdere uitdagingen bracht, vooral in Tsjechië onder communistische regering. Het nieuwe regime versterkte de rol en de autoriteit van artsen en verplaatste bevallingen naar ziekenhuizen. In Nederland daarentegen, onder invloed van de feministische golf in de jaren 1970 en 1980, vond een verschuiving plaats weg van medicalisering. Hoewel vroedvrouwen op een bepaald moment erg weinig rechten en bevoegdheden hadden, heeft het systeem ze nooit volledig uitgeschakeld en daarom was het veel gemakkelijker om het systeem van eerste- en tweedelijns samenwerking op te zetten toen de meningen van de medische professionals begonnen te veranderen over de manier waarop bevallingen moesten worden afgehandeld. De Nederlandse verloskunde slaagde erin om een relatief hoog percentage thuisbevallingen te behouden en blijft op die manier tot op vandaag een rolmodel voor andere landen. Tsjechië daarentegen hield vast aan een ziekenhuis gerichte, geroutineerde aanpak van bevallingen, met sommige verbeteringen door de jaren heen, maar met een gebrek aan alternatieve opties. Na de revolutie was er geen druk of dringende noodzaak om het systeem te veranderen, aangezien de patiënten resultaten van de gemedicaliseerde verloskunde zeer goed waren en voortdurend verbeterden. Mogelijke factor hierin was ook de rol van de arts in de Tsjechische samenleving als een persoon met macht en autoriteit.

Zoals werd geconcludeerd in het inleidende hoofdstuk, zien we dat de algemene inspanningen in verloskunde van vandaag erop gericht zijn om de bevalling weer meer vrouwgericht te maken, in tegenstelling tot alleen gericht op het kind en zijn gezondheid. Het WHO is in het laatste decennium ook begonnen met het actief promoten van *gentle* en natuurlijke bevallingen met zo min mogelijk interventies. Dit is een complete ommekeer ten opzichte van de jaren 1980 en 1990, toen er in de meeste landen een trend was om de bevalling meer medisch en routinematig te maken. We zien in meeste landen echter nog steeds een toenemend aantal medische ingrepen. Het inleiden van de bevalling wordt namelijk elk jaar vaker gedaan in zowel Tsjechië als Nederland.

Als we enkele statistieken tussen de landen vergelijken, zien we dat vrouwen in Tsjechië gemiddeld een paar jaar eerder kinderen krijgen dan in Nederland: 28,8 in vergelijking met 30,3 jaar. Dit kan door veel factoren veroorzaakt worden, bijvoorbeeld ook door culturele gewoonten of het aantal vrouwen dat een universitaire opleiding volgen. We zien echter een stijgende trend in Tsjechië en het is te verwachten dat de leeftijd zal blijven stijgen.

Wat betreft de medische interventies, hoewel de situatie in de ziekenhuizen in Tsjechië ook aan het verschuiven is naar meer natuurlijke bevallingen, is het nog steeds gebruikelijk om routinematig in te grijpen, om de bevalling te versnellen of risico's voor de baby te minimaliseren. In 2021 werd een episiotomie in Tsjechië in aanzienlijk meer gevallen gedaan (22,9%) dan in Nederland (16%). In beide landen nemen de getallen van deze ingreep af, maar ze blijven hoger dan de door de WHO aanbevolen grens. Volgens de WHO moet het gebruik van episiotomie voor vaginale borsten onder de 10% blijven (WHO 2018). Hetzelfde geldt voor c-secties, die ook vaker voorkomen in Tsjechië, 25,8% vergeleken met 18% in Nederland. De Nederlandse specialisten maken daarentegen vaker gebruik van de tang en vacuümextractie. De WHO adviseert een keizersnede te doen bij 10-15% van de bevallingen (WHO 2018), omdat een keizersnede het risico op complicaties en moedersterfte verhoogt.

Als we naar de belangrijkste verschillen in prenatale zorg in beide landen kijken, is het meest opvallende verschil dat in Nederland prenatale zorg en voorlichting wordt gegeven door de eerstelijns specialisten, verloskundigen, op een meer holistische manier. Er worden ook minder medische tests gedaan. In Tsjechië is de prenatale zorg vooral gericht op het identificeren van mogelijke zwangerschapsrisico's door middel van controles en tests onder leiding van een arts. Belangrijk verschil is ook dat Nederlandse vrouwen vaak één verloskundige hebben die hen helpt vanaf de eerste zwangerschapscontrole tot aan de kraamperiode. In Tsjechië gaat de vrouw voor de zwangerschapscontroles vaak naar dezelfde gynaecoloog, maar komt ze tijdens de zwangerschap ook in contact met een groot aantal verschillende medische specialisten. De grondige tests en gezondheidsmonitoring helpen ook om risico's en problemen op te sporen vóór de

geboorte, en dat is misschien wel de reden waarom Tsjechië zulke goede patiëntresultaten heeft. Voor extra zorg en ondersteuning tijdens de hele zwangerschap kunnen aanstaande moeders een privé verloskundige inhuren, maar die moet ze volledig zelf betalen. Hoewel de prenatale zorg in beide landen anders is georganiseerd, is deze zeer toegankelijk.

In Nederland zien we dat de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn goed verloopt. De gezondheid en conditie van de zwangere vrouwen wordt gedurende de hele zwangerschap geëvalueerd en indien nodig worden vrouwen in alle stadia van de zwangerschap naar de zorg van artsen gestuurd. Uit de statistieken blijkt dat ook in Nederland tegenwoordig de meeste bevallingen worden geleid door het tweedelijns personeel en niet door verloskundigen. Ondanks dat Nederland soms wordt beschouwd als een thuisbevallingsland, zien we dat vandaag de dag slechts iets meer dan 15% van alle geboortes thuis plaatsvindt. In Tsjechië vinden bijna alle bevallingen plaats in het ziekenhuis; bevallen in andere faciliteiten is illegaal. We zien echter een groeiende druk in de samenleving voor meer mogelijkheden om te bevallen. Dit is gebaseerd op ervaringen van vrouwen die ontevreden waren met de gemedicaliseerde ziekenhuisbevalling en het gevoel hadden dat ze geen zeggenschap hadden over hun eigen bevalling.

Op het gebied van kwaliteit en veiligheid is het Nederlandse verloskundige systeem al jaren onderwerp van discussie (Wiegerinck et al. 2019: 550), vanwege de voorheen relatief niet goede statistieken van patiëntresultaten. Als we de moedersterfte in Nederland vergelijken met moedersterfte in Tsjechië zien we een groot verschil. De moedersterfte in Tsjechië is de afgelopen 20 jaar stabiel rond de 3 per 100.000 levenden gebleven (The World Bank 2023 a), terwijl de gemiddelde moedersterfte in Nederland 6,1 per 100 000 was in de jaren 2006-2018 (Volksgezondheid en Zorg 2022). De meest voorkomende oorzaken van moedersterfte waren hartziekten en hypertensieve aandoening. Bij bijna de helft van de gevallen was verbetering mogelijk in de zorg die de vrouw kreeg (Volksgezondheid en Zorg 2022). Moedersterfte is echter tussen 2006 en 2018 met 50% gedaald ten opzichte van 1993 tot 2005 (Volksgezondheid en Zorg 2022). Er moet ook worden opgemerkt dat volgens de meest recente beschikbare gegevens, de gemiddelde moedersterfte in 2018-2020 is gedaald tot 4 per 100.000 (The World Bank 2023b). Dat is een resultaat vergelijkbaar met Tsjechië. We zien dat de resultaten voor patiënten in beide landen nog steeds verbeteren, ondanks het feit dat vrouwen op latere leeftijd kinderen krijgen, mede dankzij de voortdurend modernere technologieën en methoden.

Als we naar de postpartumzorg kijken, kunnen we stellen dat in beide landen dit een soort voortzetting is van de manier waarop de intrapartum zorg is georganiseerd. In Tsjechië is ziekenhuisopname na de geboorte verplicht, waarbij elke vrouw minstens 72 uur in het ziekenhuis verblijft, of totdat alle verplichte controles en onderzoeken zijn afgerond. In overeenstemming hiermee wordt ook de kraamzorg in het ziekenhuis

verzorgd door verpleegkundigen en verloskundigen. In de ideale situatie beschikt de vrouw bij het verlaten van het ziekenhuis al over alle essentiële postpartum informatie, inclusief lactatiehulp en informatie over hoe voor de baby te zorgen. De rest van de zorg wordt in de meeste gevallen verleend via verplichte controles bij de kinderarts. Het kindersterftecijfer in Tsjechië is de afgelopen 20 jaar gedaald van 5 sterfgevallen per 1.000 levendgeborenen in 2002 naar 2,8 sterfgevallen per 1.000 levendgeborenen in 2021 (UN Population Division 2023). Dit is statistisch gezien een van de laagste nummers ter wereld. In Nederland is de aanpak van postpartum zorg, net als bij de geboorte, iets minder medisch. De vrouw, en het hele gezin, krijgt de kraamzorg thuis, inclusief de babycontroles. En ondanks dat veel specialisten in Tsjechië vinden dat dit soort thuiszorg te ouderwets is, is kraamzorg in Nederland niet alleen populair bij de ouders, maar ook bij de medische specialisten. De kindersterfte in Nederland in 2021 was 3,2 per 1000, wat ook een goed resultaat is. De gemiddelde neonatale sterfte over de hele wereld in 2021 was 18 sterfgevallen per 1000 levendgeborenen (UNICEF 2023).

4.1 Discussie

Zoals ik in het eerste hoofdstuk beschreef, is de medicalisering van verloskunde, die meer dan een eeuw geleden begon, een kenmerk van de geschiedenis van heel Centraal-Europa. Bevallen is veranderd van een privéaangelegenheid in een publieke aangelegenheid, waar de dokter de autoriteit is en iets natuurlijk als een geboorte bijna gelijk is geworden aan een chirurgische ingreep in een ziekenhuis. Zwangerschap werd bijna gezien als een risicovolle en gevaarlijke zaak zonder medische hulp. De meeste ontwikkelde landen hebben deze fase in de verloskundige zorg doorlopen, maar in veel landen hebben ze tegen het begin van de jaren '90 veranderingen doorgevoerd die de verloskundige zorg meer geïndividualiseerd en vrouwgericht maken. Ze maakten een stap in de richting van het zien van de bevalling als een natuurlijk onderdeel van het reproductiesysteem en minder als een ziekte die behandeld moet worden. Dit is ook het geval in de Nederlandse verloskunde.

Ik noemde ook enkele van de meest recente discussies op het gebied van verloskunde die erop wijzen dat het inleiden van de bevalling op de lange termijn schadelijke gevolgen kan hebben voor de kinderen. De resultaten van het onderzoek van Amsterdam UMC zijn naar mijn mening zeer alarmerend, aangezien inductie van de bevalling jaarlijks toeneemt in zowel Tsjechië als Nederland. Omdat er tot nu toe weinig onderzoek is gedaan naar dit onderwerp, moet dit probleem verder worden onderzocht en moeten verloskundigen proberen het aantal inducties te verminderen.

Een van de sterke punten van de Nederlandse verloskundige zorg zijn zeker de bevallingsmogelijkheden. De zwangere vrouw heeft veel opties om uit te kiezen wat betreft de plaats van bevalling, de manier van bevallen, maar ook de keuze van de verloskundige. In Tsjechië kan de vrouw het personeel in het ziekenhuis niet kiezen. Naast de

ziekenhuisbevalling is de enige andere optie voor Tsjechische vrouwen de thuisbevalling, die nog steeds niet als volledig legaal wordt gezien. Omdat thuisbevalling in de Tsjechische samenleving en bij veel artsen gestigmatiseerd is, is het op dit moment ook geen veilige optie. Als er complicaties optreden, is er geen overdrachtssysteem en wordt alles afgehandeld via medische noodhulp. In de afgelopen 30 jaar is Nederland erin geslaagd om een transfersysteem op te zetten tussen verloskundigen en ziekenhuizen waardoor een thuisbevalling of een bevalling in een geboortecentrum bijna net zo veilig is als een ziekenhuisbevalling. In deze periode nam het totale aantal thuisbevallingen af, maar de bevallingen die wel thuis plaatsvonden waren veiliger. Uit deze ontwikkeling kunnen we opmaken dat het argument dat thuisbevalling of bevallen in een geboortecentrum onnodig gevaarlijk is, niet meer van toepassing is.

In Tsjechië wordt er neergekeken op alternatieven voor ziekenhuisbevallingen, maar thuisbevalling hoeft niet alleen gunstig te zijn voor sommige moeders, maar ook voor de staat. Thuis bevallen is veel goedkoper voor het systeem en ook de kraamzorg zorg in het comfort van thuis kan goedkoper zijn voor de staat dan een verblijf in een ziekenhuis. Kraamzorg in Nederland betekent dat nieuwe ouders zich geen zorgen hoeven te maken over doktersbezoeken en reizen, wat de stress enigszins kan verminderen. Met dit samenwerkingssysteem voldoet de Nederlandse verloskunde aan de modernste vrouwgerichte bevallingspraktijken, maar zorgen ze er ook voor dat ze de gezondheid bewaken en risico's vermijden.

Iets wat beter kan in de Nederlandse verloskunde is preventie en gezondheidstesten bij hoog risicogroepen vrouwen, aangezien onderzoek aantoont dat de belangrijkste redenen van moedersterfte bloeddruk- en hartproblemen zijn. Een andere grote zwakte van het systeem is de toegankelijkheid en mogelijke zorgkosten, omdat veel diensten niet (volledig) worden gedekt door de verzekering.

De belangrijkste onderzoeksvraag van deze scriptie was het bepalen van de grootste verschillen in de structuur en organisatie van de verloskundige zorg tussen Nederland en Tsjechië. Als we naar Nederland kijken, dan is het grootste verschil, naast de meer natuurlijke benadering van de bevalling, het gebruik van verloskundigen als volledig bekwame specialisten die niet alleen medische controles uitvoeren, maar ook in staat zijn om de bevalling alleen te leiden. Dit is iets wat inspirerend kan werken voor andere landen, waaronder Tsjechië, waar verloskunde voornamelijk in handen is van artsen. Zoals ik vermeldde in het hoofdstuk over de Tsjechische verloskunde, was er onlangs een conflict in de media tussen de artsen en verloskundigen in Tsjechië. De verloskundigen strijden voor meer autonomie, maar ook voor legalisatie van andere geboortefaciliteiten en de mogelijkheid om door verzekering gedekte postpartumzorg te bieden aan de vrouw thuis. Een van de grootste problemen van de huidige Tsjechische gezondheidszorg is het medische personeelstekort. Vooral het gebrek aan artsen. Door de vroedvrouwen meer

autonomie te geven, kunnen de personeelsproblemen worden verlicht en kan tegelijkertijd de tevredenheid van vrouwen die bevallen worden vergroot. De weerstand van de Tsjechische artsen kan worden uitgelegd als een natuurlijke reactie op veranderingen, of gewoon als angst om een stap terug te doen. Waarom iets veranderen als de patiëntresultaten op papier zo goed zijn?

De zorg van verloskundigen en artsen kan elkaar ook wat overlappen, maar verloskundige zorg in de thuissituatie, vooral tijdens de zes weken postpartum, is uniek en staat het werk van een arts niet in de weg. Het kan een waardevolle en preventieve vorm van zorg zijn en vooral gunstig voor vrouwen die het ziekenhuis eerder verlaten, omdat het uitgebreide ondersteuning biedt voor de vrouw en de pasgeborene, inclusief hulp bij borstvoeding en vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen.

Iets unieks aan Tsjechië is het lange verlof dat vrouwen kunnen opnemen om thuis te blijven bij hun kind na de bevalling, in sommige gevallen wel vier jaar. Aan de ene kant kan dit gunstig zijn voor de ontwikkeling van het kind, maar het is ook een grote financiële last voor de staat. Bovendien zien we dat het in veel gevallen erg moeilijk is voor vrouwen om na jaren thuis weer aan het werk te gaan. In Nederland zien we het tegenovergestelde: de moeder blijft maar een paar maanden thuis, voordat ze weer (parttime) aan het werk gaat. Dit is mede mogelijk dankzij een wijdverbreid systeem van kinderopvang. Hier zou waarschijnlijk een compromis tussen de twee ideaal zijn. Geef vrouwen de mogelijkheid om één tot twee jaar thuis te blijven, maar moedig werkgevers ook aan om vrouwen te ondersteunen bij de terugkeer naar het werk. Er moet ook voldoende kinderopvang zijn.

Samenvattend laat de vergelijking zien dat de communistische erfenis nog steeds goed zichtbaar is in de manier waarop de gezondheidszorg in Tsjechië is opgezet en in de manier waarop Tsjechische vrouwen bevallen. Het land is op de goede weg naar verandering, maar heeft nog een lange weg te gaan. Het doel van het Nederlandse verloskundig systeem is om een balans te vinden tussen het geven van keuzes aan moeders en het bieden van gespecialiseerde medische zorg wanneer dat nodig is. Dankzij verbeteringen in het systeem en meer gezondheidsmonitoring, lijkt het erop dat het land erin geslaagd is om zijn relatief hoge geboortesterftecijfer aan te pakken.

Conclusie

Het doel van deze afstudeerscriptie was het vergelijken van de verloskundige zorg in Tsjechië en Nederland, twee landen met verschillende gezondheidssystemen, gewoonten en historische ontwikkelingen. Het was mijn intentie om de modellen van verloskundige zorg te beschrijven en te vergelijken met een focus op postpartum zorgpraktijken en beschikbare ondersteuningssystemen. Verder wilde ik de invloed van culturele, historische en politieke factoren op de verloskundige zorg in beide landen beschrijven. Ik wilde achterhalen wat de grootste verschillen zijn in de structuur en organisatie van de verloskundige zorg, hun zwakke en sterke punten. In de discussie probeerde ik deze bevindingen te interpreteren en mogelijke aanbevelingen te geven voor het verbeteren van de verloskundige zorg in beide landen.

Als twee landen over een bepaald onderwerp met elkaar worden vergeleken, wordt de vergelijkende analyse altijd bemoeilijkt door een aantal dispariteiten. De economische situatie, historische, culturele en maatschappelijke verschillen, het politieke en regelgevende kader, om er maar een paar te noemen. Geen twee landen zijn hetzelfde, wat ook betekent dat het gevaarlijk kan zijn om directe vergelijkingen te maken van hun gezondheidssysteem of aanpak van verloskunde en dan te verwachten dat er duidelijke conclusies en gemakkelijke antwoorden komen. Het vergelijken van gezondheidszorg gebieden tussen landen is complex en hoewel een dergelijke vergelijking waardevolle inzichten en lessen kan opleveren, is het essentieel om voorzichtig te zijn en rekening te houden met deze contextuele factoren. In deze scriptie heb ik geprobeerd een samenhangend overzicht te geven van de huidige verloskunde in Tsjechië en Nederland, waarbij ik ook de historische context in gedachten heb gehouden en heb toegelicht, die bepalend is geweest voor de manier waarop de gezondheidszorg in deze landen vandaag de dag functioneert.

Qua bronnen heb ik een combinatie van academische artikelen en boeken over het onderwerp gebruikt, maar de meest relevante waren internetbronnen, namelijk van officiële organisaties en overheidsinstellingen. Aangezien dit gebied voortdurend veranderingen ondergaat, was de online informatie het meest actueel en correct.

Wat mij verbaasde tijdens het schrijven van de scriptie was hoeveel er over dit onderwerp geschreven kon worden, waaruit blijkt dat het gekozen onderwerp misschien te breed was. Omdat de problematiek van de verloskundige zorg zo complex is, zou deze scriptie nog veel verder uitgebreid kunnen worden. Een interessant vervolgonderzoek zou een sociologisch onderzoek onder de Nederlandse en Tsjechische vrouwen over hun bevallingservaringen kunnen zijn. Ook zou het nuttig kunnen zijn om een mogelijk model te bedenken voor verbeterde Tsjechische verloskundige zorg of te onderzoeken hoe de geboortesterftecijfers in Nederland nog verbeterd kunnen worden.

Bibliografie

Literatuur

Cutler 2002 - Cutler, David M. "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform." *Journal of Economic Literature* 40, no. 3 (2002), 881-906. doi:10.1257/jel.40.3.881.

Drife 2002 - Drife, J. "The start of life: a history of obstetrics." *Postgraduate Medical Journal* 78, no. 919 (2002), 311-315. doi:10.1136/pmj.78.919.311.

Espinoza, Artieta-Pinedo, Paz-Pascual 2022 - Espinosa, M., Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C. *et al.* "Attitudes toward medicalization in childbirth and their relationship with locus of control and coping in a Spanish population." *BMC Pregnancy Childbirth* 22 (2022), 529-542.

Fiscella 1995 - Fiscella, Kevin. "Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review." *Obstetrics and Gynecology* 85, n. 3 (1995), 468-479. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784494004086?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=810f7c031d62b34d.

Galková et al. 2022 - Galková, Gabriela, Pavel Böhm, Zdeněk Hon, Tomáš Heřman, Radan Doubrava, & Leoš Navrátil. "Comparison of Frequency of Home Births in the Member States of the EU Between 2015 and 2019." *Global Pediatric Health* 9 (2022), 2333794X2110709. doi:10.1177/2333794x211070916.

Hřešánová 2014 - Hřešánová, Ema. "'Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You': Socialist Legacies and Consumerism in Czech Women's Childbirth Narratives." *Czech Sociological Review* 50, no. 6 (2014), 961-986. doi:10.13060/00380288.2014.50.6.150.

Hřešánová en Hasmanová 2008 - Hřešánová, Ema, en Jaroslava Hasmanová Marhánková. "Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami." *Czech Sociological Review* 44, no. 1 (2008), 87-112. doi:10.13060/00380288.2008.44.1.05.

Johanson 2002 - Johanson, Richard. "Has the medicalisation of childbirth gone too far?" *British Medical Journal* 324, no. 7342 (2002), 892-895. doi:10.1136/bmj.324.7342.892.

Klerman 1990 - Klerman V. Lorraine. "The need for a new perspective on prenatal care". *New perspectives on prenatal care*. New York: Elsevier, 1990: 6.

Křížová 2006 - Křížová, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: SLON, 2006.

Lee, van der, en Scheele 2016 - van der Lee, Nadine, en Fedde Scheele. "Integrale verloskunde gehinderd door het verleden? Verloskundigen en gynaecologen door de eeuwen heen." *Ned Tijdschr Geneesk* 160(0), D621(2016). URL:

<https://www.ntvg.nl/artikelen/integrale-verloskunde-gehinderd-door-het-verleden>

Lee, van der, et al. 2013 - van der Lee, Nadine, Erik W. Driessen, Eddy S. Houwaart, Nicolette C. Caccia, en Fedde Scheele. "An examination of the historical context of interprofessional collaboration in Dutch obstetrical care." *Journal of Interprofessional Care* 28, no. 2 (2013), 123-127.

Leferink 2023 - Leferink, Jip. *De thuisbevalling: een traditie waard om te behouden?* Master scriptie, Universiteit Utrecht, 2023. URL:

<https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/45131>

Lenderová 2006 - Lenderová, Milena. "Od porodní báby k porodní asistenci." *Theatrum historiae* 1 (January 2006), 129-154. URL:

https://www.researchgate.net/publication/44984483_Od_porodni_baby_k_porodni_asistenci.

Lopez-Gonzalez, en Kopparapu 2022 - Lopez-Gonzalez, Diorella M., & Anil K. Kopparapu. "Postpartum Care of the New Mother." *National Library of Medicine*, December 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565875/>.

Loudon 2008 - Loudon, Irvine. "General practitioners and obstetrics: a brief history." *Journal of the Royal Society of Medicine* 101, no. 11 (2008), 531-535. doi:10.1258/jrsm.2008.080264.

Lowdermilk, Deitra, Cashion, Perry et. al. 2019 - Lowdermilk, Deitra L., Kitty Cashion, Shannon E. Perry, Kathryn R. Alden, & Ellen Olshansky. *Maternity and Women's Health Care E-Book*. St. Louis: Elsevier Health Sciences, 2019.

Nelson, Romanis 2021 - Anna Nelson & Elizabeth C. Romanis. "The Medicalisation of Childbirth and Access to Homebirth". UK: Covid-19 and Beyond, *Medical Law Review*, vol. 29, n. 4, Autumn 2021, p. 661–687.

Pikardová 2005 - Pikardová, Pavla. *Základní koncepce porodnictví a jejich vliv na postoje v společnosti v České republice a ve Velké Británii*. Master scriptie, Praha: Univerzita Karlova, 2005. URL:

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/7786/RPTX_2013_2_11410_OSZ_D002_430640_0_149243.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Read 2007 - Read, Rosie. "Labour and Love: Competing Constructions of 'Care' in a Czech Nursing Home." *Critique of Anthropology* 27, no. 2 (2007), 203-222. doi:10.1177/0308275x07076798.

Revista Panamericana de Salud Pública 2007 - "Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF." *Revista Panamericana de Salud Pública* 1, no. 6 (1997), 481-485. doi:10.1590/s1020-49891997000600018.

Rivkin-Fish 2005 - Rivkin-Fish, Michele. *Women's Health in Post-Soviet Russia. The Politics of Intervention*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 2005.

Schultz 2013 - Schultz, E.C. (Loes), *Nederlandse verloskundigen, hun historie en verloskundig erfgoed: een veronachtzaamd gebied*. Master scriptie, Universiteit Utrecht, 2013. URL:

<https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/14584/Gs%202013%20Master%20scriptie%20Erfgoed%20veronachtzaamd%20versie%20Igitur.pdf?sequence=1>.

Snowden et al. 2015 - Snowden, Jonathan M., Ellen L. Tilden, Janice Snyder, Brian Quigley, Aaron B. Caughey, and Yvonne W. Cheng. "Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes." *The New England Journal of Medicine* 373 (2015), 2642-2653. doi: 10.1056/NEJMsa1501738

Sucha 2020 - Suchá, Eliška. *Porodnictví jako historický fenomén*. Master scriptie, Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2020. URL:

<https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/41443/4/Sucha%20Eliška%20BP.pdf>

Štembera 2004 - Štembera, Zdenek. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004.

Tayebi, Zahrani en Mohammadpour 2013 - Tayebi Tahereh, Zahrani Shahnaz Turk, & Mohammadpour Rezaali. "Relationship between adequacy of prenatal care utilization index and pregnancy outcomes". *Iran J Nurs Midwifery Res*. 18 (2013) no. 5:360-6.

Tijsseling 2015 - Tijsseling, Anna. "De tweede feministische golf in Nederland. Een historiografische inleiding." *Leidschref* 30 (2015), no. 2, 7 – 30.

Vránová 2007 - Vránová, Věra. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Wiegerinck et al. 2019 - Wiegerinck, Melanie M., Martine Eskes, Joris A. Van der Post, Ben W. Mol, and Anita C. Ravelli. "Intrapartum and neonatal mortality in low-risk term women in midwife-led care and obstetrician-led care at the onset of labor: A national matched cohort study." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 99, no. 4 (2019), 546-554. doi:10.1111/aogs.13767.

Internetbronnen

Amsterdam UMC 2022 - Amsterdam UMC. "Inleiden Bevalling Moet Beter Afgewogen." *Amsterdam UMC Vandaag*. Gewijzigd 1 maart 2022. [cit. 12 november 2023] URL: <https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/inleiden-bevalling-moet-beter-afgewogen.htm>.

Amsterdam UMC 2023 - Amsterdam UMC. "Children Born After Induced Labour Score Lower in School Tests 12 Years Later." *Amsterdam UMC Vandaag*. Gewijzigd 22 februari 2023. [cit. 12 november 2023] URL: <https://www.amsterdamumc.org/en/spotlight/children-born-after-induced-labour-score-lower-in-school-tests-12-years-later-.htm>.

Aperio 2022 - Aperio. "Jak se rodí v českých porodnicích." *Aperio*. Gewijzigd 3 juli 2022. [cit. 22 oktober 2023] URL: <https://www.aperio.cz/clanky/jak-se-rodí-v-ceskych-porodnicich>.

Aperio 2023 - Aperio. "Mateřská a rodičovská dovolená a neplacené volno." *Aperio*. Gewijzigd 10 januari 2023. [cit. 21 november 2023] URL: <https://www.aperio.cz/clanky/materska-a-rodicovska-dovolena-a-neplacene-volno>.

Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023a - Beroepsorganisatie van Verloskundigen (KNOV). "Verloskundige Zorg." *De Verloskundige*. Gewijzigd 15 juni 2023. [cit. 20 oktober 2023] URL: <https://deverloskundige.nl/over-de-verloskundige/tekstpagina/59/verloskundige-zorg/>.

Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023b - Beroepsorganisatie van Verloskundigen (KNOV). "Thuis." *De Verloskundige*. Gewijzigd 20 oktober, 2023. [cit. 20 oktober 2023] URL: <https://deverloskundige.nl/bevalling/subtekstpagina/72/thuis/>.

Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023c - Beroepsorganisatie van Verloskundigen (KNOV). "Ziekenhuis." *De Verloskundige*. Gewijzigd 30 september 2023. [cit. 29 oktober 2023] URL: <https://deverloskundige.nl/bevalling/subtekstpagina/74/ziekenhuis/>.

Beroepsorganisatie van Verloskundigen 2023d - Beroepsorganisatie van Verloskundigen (KNOV). "De eerste uren." *De Verloskundige*. Gewijzigd 30 september 2023. [cit. 29 oktober 2023] URL: <https://deverloskundige.nl/net-bevallen/tekstpagina/37/de-eerste-uren/>.

Bevalwijzer 2022 - Bevalwijzer. "Hoe zien de eerste uren na je bevalling eruit?" *Bevalwijzer.nl*. Gewijzigd 30 september 2022. [cit. 29 oktober 2023] URL: <https://www.bevalwijzer.nl/hoe-zien-de-eerste-uren-na-de-bevalling-eruit/>.

Bill & Melinda Gates Foundation - "Maternal Mortality." Bill & Melinda Gates Foundation. [cit. 10 november 2023]. URL:

<https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/maternal-mortality/>.

Britannica 2023 - Britannica. "Obstetrics and Gynecology | Medicine." *Encyclopedia Britannica*. Gewijzigd 19 september 2023. [cit. 24 september 2023] URL: <https://www.britannica.com/science/obstetrics>.

CBS 2023 - "Bevolkingsteller." Centraal Bureau Voor De Statistiek. [cit. 11 november 2023] URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsteller>.

Cerqueirová 2023 - Cerqueirová, Andrea. "Čerstvé matky mají nárok na péči porodní asistentky, pravidla jsou ale složitá." *Deník.cz*. Gewijzigd 23 april 2023. [cit. 13 november 2023] URL: <https://www.denik.cz/zdravi/porodni-asistentky-pece-poporodni-matky-ministerstvo-zdravotnictvi-at-muzou.html>.

ČSSZ 2023 - "Peněžitá Pomoc V Mateřství." Česká Správa Sociálního Zabezpečení. [cit. 22 november 2023] URL: <https://www.cssz.cz/penezita-pomoc-v-materstvi>.

ČSÚ 2022 - "Population change 2022 | ČSÚ." *Český statistický úřad* [cit. 20 november 2023] URL: <https://www.czso.cz/csu/czso/ari/population-change-year-2022>

ČSÚ 2023 - "Obyvatelstvo | ČSÚ." *Český statistický úřad* [cit. 10 november 2023] URL: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide.

ČT24 2021 - Česká Televize. "Domáci porod ženy volí hlavně kvůli stavu péče v nemocnicích, ukázal výzkum Univerzity Karlovy." ČT24 - Česká Televize. Gewijzigd 20 februari 2021. [cit. 19 november 2023] URL: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3272582-domaci-porod-zeny-voli-hlavne-kvuli-stavu-pece-v-nemocnicich-ukazal-vyzkum-univerzity>.

De Rijksoverheid 2022a - De Rijksoverheid "Wanneer betaal ik een eigen risico voor mijn zorg?" Informatie Van De Rijksoverheid | Rijksoverheid.nl. Gewijzigd 12 november 2022. [cit. 20 oktober 2023] URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>.

De Rijksoverheid 2022b - De Rijksoverheid. "Zwangerschapsverlof en bevallingsverlof." Informatie Van De Rijksoverheid | Rijksoverheid.nl. Gewijzigd 28 november 2022. [cit. 4 november 2023] URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zwangerschapsverlof-en-bevallingsverlof>.

De Rijksoverheid 2022c - Rijksoverheid. "Waar moet ik aan denken als ik wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar?" Informatie Van De Rijksoverheid | Rijksoverheid.nl. Gewijzigd 25 november 2022. [cit. 6 november 2023] URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/overstappen-zorgverzekeraar>.

Dr. Max 2021 - Dr. Max. "Jaká vyšetření vás čekají během těhotenství?" *Dr. Max Lékárna*. Gewijzigd 20 januari 2021. [cit. 16 november 2023] URL: <https://www.drmax.cz/clanky/jaka-vysetreni-vas-cekaji-behem-tehotenstvi>.

Etymonline 2023 - "Midwife | Etymology, Origin and Meaning of Midwife." *Etymonline - Online Etymology Dictionary*. Gewijzigd 29 august, 2023. [cit. 3 oktober 2023] URL: <https://www.etymonline.com/word/midwife>.

Expatica Netherlands 2023 - Expatica Netherlands. "Having a Baby in the Netherlands." *Expatica Netherlands*. Gewijzigd 18 augustus 2023. [cit. 28 oktober 2023] URL: <https://www.expatica.com/nl/healthcare/womens-health/having-a-baby-in-the-netherlands-107665/#insurance>.

FN Bulovka 2023 - "O Centru Porodní Asistence." *Fakultní Nemocnice Bulovka*. [cit. 19 november 2023] URL: <https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence>.

FREOPP 2023 - The Foundation for Research on Equal Opportunity. "Key Findings from the 2022 World Index of Healthcare Innovation." *The Foundation for Research on Equal Opportunity*. Gewijzigd 17 maart 2023. [cit. 20 oktober 2023] URL: <https://medium.com/freopp/key-findings-from-the-2022-world-index-of-healthcare-innovation-e2a772f55b92>.

Girvan 2023 - Girvan, Gregg. "Czech Republic: #20 in the 2022 World Index of Healthcare Innovation." *Medium*. Gewijzigd 6 maart 2020. [cit. 22 oktober 2023] URL: <https://freopp.org/czech-republic-20-in-the-2022-world-index-of-healthcare-innovation-2ff56ac2d924>.

Hejzlarová 2021 - Hejzlarová, Eva. "Domácí porody v České republice: Více informací, prosím!" *Deník Referendum*. Gewijzigd 2 februari 2021. [cit. 19 november 2023] URL: <https://denikreferendum.cz/clanek/32264-domaci-porody-vceske-republice-vice-informaci-prosim>.

HiPP 2020 - HiPP Česká Republika. "Testy v těhotenství: Trimestr po trimestru." *HiPP Česká Republika*. Gewijzigd 6 februari 2020. [cit. 16 november 2023] URL: <https://www.hipp.cz/tehotenstvi/pruvodce/tehotenstvi/testy-v-tehotenstvi-trimestr-po-trimestru/>.

IamExpat 2023a - IamExpat Media B.V. "Pregnancy in the Netherlands: Prenatal Care." *IamExpat*. [cit. 28 oktober 2023] URL: <https://www.iamexpat.nl/expat-info/family-kids/pregnancy/prenatal-care-netherlands>.

IamExpat 2023b - IamExpat Media B.V.. "Pregnancy in the Netherlands: Giving Birth." *IamExpat*. [cit. 29 oktober 2023] URL: <https://www.iamexpat.nl/expat-info/family-kids/pregnancy/giving-birth-in-the-netherlands>.

IGJ 2023 - Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. "Kraamzorg thuis goed en veilig, wel last van tekort aan personeel." *Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*. Gewijzigd 12 januari 2023. [cit. 31 oktober 2023] URL:

<https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/12/kraamzorg-thuis-goed-en-veilig-wel-last-van-tekort-aan-personeel>.

iRozhlas 2021 - "Jen dvě procenta českých otců využívá rodičovskou dovolenou." *IROZHLAS*. Gewijzigd 7 augustus 2021. [cit. 5 november 2023] URL: https://www.irozhlaz.cz/zpravy-domov/cesti-muzi-otcove-rodicovska-dovolena_2108072055_piv.

Jak Na Mateřství 2018 - "Co dělá porodní asistentka?" *Jak Na Mateřství*. Gewijzigd 17 oktober 2018. [cit. 13 november 2023] URL: <https://jaknamaterstvi.cz/zjistujeme-co-dela-porodni-asistentka/>.

KNOV 2023a - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. "Over KNOV." *KNOV*. [cit. 26 oktober 2023] URL: <https://www.knov.nl/over-knov>.

KNOV 2023b - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. "Folders KNOV." *KNOV*. [cit. 26 oktober 2023] URL: <https://www.knov.nl/kennis-en-scholing/vakkennis-en-wetenschap/vakkennis/folders-knov>.

Kubíčková 2023 - Kubíčková, Klara. "Česká republika se v oblasti porodního práva konečně mírně přiblížila západu, rodit doma není zločin." *A2larm*. Gewijzigd 15 maart 2023. [cit. 19 november 2023] URL: https://a2larm.cz/2023/03/ceska-republika-se-v-oblasti-porodniho-prava-konecne-mirne-priblizila-zapadu-rodit-doma-neni-zlocin/?fbclid=IwAR1GjcY2augOfIm4g-h6-qDUQ_Z92sY5qr6T8yIR_JDxZmSWD9FwpuY3FS0.

Ministerstvo vnitra 2023 - Ministerstvo vnitra ČR. "Umělé přerušení těhotenství (interrupce)." Gov.cz - Portál Veřejné Správy. [cit. 19 november 2023] URL: <https://portal.gov.cz/rozcestniky/umele-preruseni-tehotenstvi-interrupce-RZC-94>.

MZ ČR 2018 - Ministerstvo Zdravotnictví. "Veřejné zdravotní pojištění." *Ministerstvo Zdravotnictví*. Gewijzigd 5 augustus 2020. [cit. 22 oktober 2023] URL: <https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/>.

Negenmaandenbeurs 2022 - "Wat is het verschil tussen een vroedvrouw en een verloskundige?" *Negenmaandenbeurs - Van Zwangerschap Tot Eerste Stapjes*. Gewijzigd op 5 mei, 2023. [cit. 3 oktober 2023] URL: <https://www.negenmaandenbeurs.nl/nieuws/zwanger/wat-is-het-verschil-tussen-vroedvrouw-verloskundige>.

NEMCL 2023 - Nemocnice S Poliklinikou Česká Lípa. "Po Porodu." *Nemocnice S Poliklinikou Česká Lípa*. [cit. 19 november 2023] URL: <https://www.nemcl.cz/porodnice/po-porodu>.

Nemocnice Jihlava 2023 - Nemocnice Jihlava. "Informační leták pro maminky při propuštění novorozence." *Nemocnice Jihlava*. [cit. 22 november 2023] URL: <https://www.nemji.cz/informacni-letak-pro-maminky-pri-propusteni-novorozence/ms-5690/p1=5690>.

- NJI 2023** - Nationaal Kenniscentrum over Opgroeien. "Cijfers over Geboorte." *Nederlands Jeugdinstituut*. [cit. 11 november 2023] URL: <https://www.nji.nl/cijfers/geboorte>.
- NOS 2022** - Nederlandse Omroep Stichting. "Toezichthouder waarschuwt: Toegang tot zorg is niet meer vanzelfsprekend." *Nederlandse Omroep Stichting*. Gewijzigd 13 oktober 2022. [cit. 2 november 2023] URL: <https://nos.nl/artikel/2448219-toezichthouder-waarschuwt-toegang-tot-zorg-is-niet-meer-vanzelfsprekend>.
- OECD 2021a** - European Observatory on Health Systems and Policies. *Netherlands: Country Health Profile 2021*. OECD, 2021. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/netherlands-country-health-profile-2021>.
- OECD 2021b** - OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2021.
- OECD 2021c** - OECD, and European Observatory on Health Systems and Policies. *State of Health in the EU: Czechia - Country Health Profile 2021*. Paris: OECD Publishing, 2021.
- Ondernemersplein KVK 2022** - Ondernemersplein KVK. "Verlofregelingen voor werknemers." *ondernemersplein.kvk.nl*. Gewijzigd 4 september 2022. [cit. 2 november 2023] URL: <https://ondernemersplein.kvk.nl/verlofregelingen-voor-werknemers/>.
- Ouders van Nu 2023** - Ouders van Nu. "Zwangerschapscursussen - een overzicht." *Ouders van Nu*. Gewijzigd 30 juli 2022. [cit. 5 november 2023] URL: <https://www.oudersvanu.nl/zwanger/zwangerschapscursussen-een-overzicht~2102871?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.
- Parentally 2023** - Parentally. "What is Kraamzorg? Everything You Need To Know." *Parentally*. Gewijzigd 3 oktober 2023. [cit. 29 oktober 2023] URL: <https://blog.parentally.nl/for-future-parents/what-is-kraamzorg/>.
- Pařízek 2012** - Pařízek, CSc, Doc. MUDr. Antonín. "Stanovisko k porodům doma." *Česká Lékařská Společnost Jana Evangelisty Purkyně*. Gewijzigd 29 august 2012. [cit. 19 november 2023] URL: <https://www.cls.cz/stanovisko-k-porodum-doma>.
- PEP 2011** - The Perinatal Education Programme. *Intrapartum Care: An Advanced-Midwife's Guide to Labour and Delivery*. EBW Healthcare, 2011.
- Perined 2018** - Perined. "Kerncijfers 2018." *Perined*. Gewijzigd 2018. [cit. 25 november 2023] URL: <https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/jaarboek-zorg#:~:text=in%20Nederland%202018-,Kerncijfers%202018,-Jaarboek%20Zorg%20in>.
- Perined 2023** - Perined. "Perinatale cijfers in Nederland." *Peristat.nl*. [cit. 25 november 2023] URL: <https://www.peristat.nl/>.

- Pixová 2021** - Pixová, Michaela. "Domácí porod není pro každého, ale měl by být legální volbou." *Heroine*. Gewijzigd 29 april 2021. [cit. 19 november 2023]
URL: <https://www.heroine.cz/rodina-a-vychova/4675-domaci-porod-neni-pro-kazdeho-ale-mel-by-byt-legalni-volbou>.
- Porodní Dům U čápa 2023** - "Rozbor porodnické péče v ČR." *Porodní Dům U čápa*. [cit. 13 november 2023] URL: <https://www.pdcap.cz/Texty/Zprava.html>.
- Portál občana a 2023** - Portál občana. "Porodne." *Pruvodce.gov.cz*. [cit. 21 november 2023] URL: <https://pruvodce.gov.cz/narozeni/porodne> .
- Portál občana b 2023** - Portál občana. "Žádost o otcovskou dovolenou." *Pruvodce.gov.cz*. [cit. 21 november 2023] URL: <https://pruvodce.gov.cz/narozeni/davka-otcovske-porodni-pece>.
- Pultarová 2017** - Pultarová, Jana. "Strípky z Historie Babictví." *FLORENCE - Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* 7-8 (2017). Gewijzigd op 10 juli, 2017 [cit. 3 october 2023] URL: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/stripky-z-historie-babictvi/>.
- Rijksoverheid 2023a** - Rijksoverheid. "Wat moet ik doen als ik abortus overweeg?" *Informatie van de Rijksoverheid*. Gewijzigd 19 januari 2023. [cit. 28 oktober 2023] URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/vraag-en-antwoord/abortus-regelen>.
- Rijksoverheid 2023b** - Rijksoverheid. "Hoe vraag ik aanvullend geboorteverlof aan bij mijn werk?" *Informatie van de Rijksoverheid*. Gewijzigd 25 juli 2023. [cit. 2 november 2023] URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geboorteverlof-en-partnerverlof/vraag-en-antwoord/aanvullend-geboorteverlof-aanvragen>.
- Schneider et. al 2021** - Schneider, Eric, Arnav Shah, Michelle Doty, Roosa Tikkanen, Katharine Fields, & Reginald Williams II. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly*. The Commonwealth Fund, 2021. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>.
- Šopfová 2023** - Šopfová, Kristýna. "Porodní asistentky chtějí autonomii. Gynekologové jsou proti." *Novinky.cz*. Gewijzigd 4 september, 2023. [cit. 13 november 2023] URL: <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-porodni-asistentky-chteji-autonomii-gynekologove-jsou-proti-40441729>.
- Šťastná 2022** - ŠŤASTNÁ, Barbora. "Porod za socialismu? Nějak to vydržet a hlavně nebýt za „hysterku“." *Paměť Národa*. Gewijzigd op 11 August, 2022. [cit. 3 october 2023]. URL: <https://www.pametnaroda.cz/cs/magazin/pribehy/porod-za-socialismu-nejak-vydrzet-hlavne-nebyt-za-hysterku>.
- The Guardian 2021** - The Guardian. "'No Discussion': Significant Increase in Women Being Induced for Low-risk Births, Study Finds." *The Guardian*. Gewijzigd 4 juni 2023

[cit. 31 oktober 2023] URL: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2021/jun/05/no-discussion-significant-increase-in-women-being-induced-for-low-risk-births-study-finds>.

The World Bank 2023 - The World Bank. "Czechia." *World Bank Gender Data Portal*. [cit. 20 oktober 2023] URL: <https://genderdata.worldbank.org/countries/czechia/>.

UN Population Division 2023 - United Nations Population Division. *Population Division Data Portal*. [cit. 19 oktober 2023]
URL: <https://population.un.org/dataportal/home>.

UNICEF 2023 - "Neonatal Mortality." *UNICEF DATA*. Gewijzigd 31 mai 2023. [cit. 10 november 2023] URL: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>.

UNIPA 2023 - UNIPA. "Péče porodní asistentky u domácího porodu je legální! Krajský Soud v Plzni vydal průlomový rozsudek, kterým zastavil systémové porodnické násilí." *UNIPA - Unie Porodních Asistentek*. Gewijzigd 10 april 2023. [cit. 19 november 2023] URL: <https://www.unipa.cz/pece-porodni-asistentky-u-domaciho-porodu-je-legalni-krajsky-soud-v-plzni-vydal-prulomovy-rozsudek-kterym-zastavil-systemove-porodnicke-nasilii/>.

UWV 2023 - UWV. "Zwangere Werknemer." *UWV*. [cit. 4 november 2023] URL: <https://www.uwv.nl/werkgevers/werknemer-krijgt-kind/zwanger/werknemer-is-zwanger-wazo/detail/zwangerschapsverlof-regelen-voor-mijn-werknemer>.

ÚZIS 2023 c - ÚZIS. "Vybrané Ukazatele Zdravotní Péče V Porodnicích ČR." ÚZIS ČR. [cit. 25 november 2023] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8429>.

ÚZIS a 2023 - ÚZIS ČR. "Zdravotnictví České Republiky ve srovnání se státy ...". *Národní zdravotnický informační portál*. [cit. 22 oktober 2023] URL: <https://www.nzip.cz/clanek/477-zdravotnictvi-ceske-republiky-ve-srovnani-se-staty-oecd>.

ÚZIS b 2023 - ÚZIS. "Sociální dávky během těhotenství, mateřství a ..." *Národní zdravotnický informační portál*. [cit. 21 november 2023] URL: <https://www.nzip.cz/clanek/1707-socialni-davky-behem-tehotenstvi-materstvi-a-rodicovstvi>.

Vermeer 2023 - Vermeer, Oscar. "Adviesorgaan waarschuwt kabinet: Grens aan het zorgstelsel is bereikt." *NRC Handelsblad*. Gewijzigd 19 juni 2023. [cit. 25 oktober 2023] URL: <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/06/19/adviesorgaan-kabinet-grens-aan-het-zorgstelsel-is-bereikt-a4167610>.

VFN 2022 - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN). "Tisková zpráva: Revoluce v porodnictví?" *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*. Gewijzigd 8 juni 2022. [cit. 13 november 2023] URL: (https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2022/06/TZ_Revoluce_v_porodnictvi.pdf).

Vitovská 2022 - Vitovská, Ivana. "Husákovy děti. Plánovaný baby-boom přerostl státu přes hlavu." *denik.cz*, November 23, 2022. <https://www.denik.cz/spolecnost/husakovy-deti-planovany-baby-boom-prerostl-statu-pres-hlavu-20551103.html>.

Volksgezondheid en Zorg 2022 - Volksgezondheid en Zorg "Aandoeningen verband houdend met zwangerschap, bevalling en kraambed: Moedersterfte." *Volksgezondheid en Zorg*. Gewijzigd 19 april 2022. [cit. 29 november 2023] URL: <https://www.vzinfo.nl/aandoeningen-verband-houdend-met-zwangerschap-bevalling-en-kraambed/Moedersterfte>.

VWS 2016 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Het Nederlandse zorgstelsel*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/pdf>.

VZP ČR 2023 - Všeobecná Zdravotní Pojišťovna ČR. "O nás." *VZP ČR*. [cit. 22 oktober 2023] URL: <https://www.vzp.cz/o-nas>.

WHO 2016 - World Health Organization. *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. World Health Organization, 2016.

WHO 2018 - World Health Organization. *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. 2018.

WHO 2022 - World Health Organization. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization, 2022.

World Bank 2023b - World Bank. "GDP Czechia, Nederland." *World Bank Open Data*. [cit. 25 november 2023] URL: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CZ-NL>.

Zorginstituut Nederland 2023 - Zorginstituut Nederland. "Kraamzorg (Zvw)." *Zorginstituut Nederland*. Gewijzigd 4 januari 2023. [cit. 31 oktober 2023] URL: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/kraamzorg-zvw>.

Zorginstituut Nederland 2023a - Zorginstituut Nederland. "The Dutch Health Care System." *National Health Care Institute*. Gewijzigd 17 oktober, 2023. [cit. 19 oktober 2023] URL: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>.

Zorginstituut Nederland 2023b - Zorginstituut Nederland. "Verloskundige zorg (Zvw)." *Zorginstituut Nederland*. Gewijzigd 5 juni 2023. [cit. 27 oktober 2023] URL: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verloskundige-zorg-zvw>.

Zorgwijzer 2023 - Zorgwijzer. "Welke zorgverzekeraars zijn er?" *Zorgwijzer*. Gewijzigd 30 augustus 2023. [cit. 5 november 2023] URL: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

Summary

This thesis provides a comparison of obstetric care in the Netherlands and the Czech Republic based upon official government data and statistics, but also academic articles and internet sources. The aim of the thesis is to describe and compare the models of obstetric care with a focus on postpartum care practices and support systems available. The thesis also highlights the influence of cultural, historical, and political factors on obstetric care in both countries.

The thesis is divided into four main chapters. The first chapter briefly introduces obstetrics care and its importance and includes a historical perspective on gynecological care and midwifery. The chapter then outlines the cultural and social factors that influence obstetric care in the Netherlands and Czech Republic. The main aim of this chapter is to provide context for the reader.

The second chapter focuses specifically on the Netherlands. It starts with a brief introduction of the Dutch health care system - how it functions and how it is structured. After that I summarize how obstetrics and maternity care are organized in the Netherlands. Then specific parts of obstetrics are discussed: prenatal care and maternal education, intrapartum care (childbirth) and postpartum care. Attention is also paid to the various delivery options and current social attitudes.

The third chapter deals with the same topics as chapter 2, but in the context of the Czech Republic.

Chapter 4 briefly compares obstetrics in the two countries and lists the main similarities and differences. It seeks to indicate what factors contribute to differences in care and compares maternal and newborn outcomes. I am also interpreting the findings and providing possible recommendations for improving obstetric care in both countries.

Resumé

Tato diplomová práce se věnuje srovnání porodnické péče v Nizozemsku a v České republice. Srovnání vychází z oficiálních vládních dat a statistik, ale i z odborných článků a volně dostupných internetových zdrojů. Cílem práce bylo popsat a porovnat modely porodnické péče se zaměřením na postupy poporodní péče a systém péče pro matky v obou zemích. Do své práce jsem zahrnula i nástin vlivu kulturních, historických a politických faktorů na porodní péči v daných zemích.

Práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. V první kapitole je stručně představena porodní péče a její význam. Obsahuje také historický pohled na gynekologickou péči a porodnictví. Dále v kapitole nastiňuji kulturní a sociální faktory, které ovlivňují porodnickou péči v obou zemích. Cílem této kapitoly je především poskytnout čtenáři kontext.

Druhá kapitola se zaměřuje konkrétně na Nizozemsko. Nejprve je popsán nizozemský systém zdravotní péče v obecné rovině, jeho fungování a struktura. Dále shrnuji, jak je organizováno porodnictví a porodní péče. Následně se věnuji konkrétním oblastem v porodnictví: prenatální péče a vzdělávání matek, intrapartální péče (porod) a poporodní péče. Pozornost je věnována také alternativním možnostem porodu a současným společenským postojům.

Třetí kapitola se zabývá stejnými tématy jako kapitola 2, ale v kontextu České republiky.

Čtvrtá kapitola stručně srovnává porodnictví v obou zemích a uvádí hlavní podobnosti a rozdíly. Kapitola se dále naznačuje, jaké faktory přispívají k rozdílům v péči, a také srovnává výsledky péče o matku a novorozence. Na závěr interpretuji zjištěné skutečnosti a uvádím možná doporučení pro zlepšení porodnické péče v obou zemích.

Anotace

Jméno autora: Bc. Zuzana Koláčná

Název fakulty a katedry: Filozofická fakulta Palackého v Olomouci

Katedra nederlandistiky

Název diplomové práce: Vergelijking van de verloskundige zorg in Nederland en in Tsjechië

Název diplomové práce v angličtině: A Comparison of Obstetric Care in the Netherlands and in the Czech Republic

Název diplomové práce v češtině: Srovnání porodnické péče v Nizozemsku a v České republice

Vedoucí diplomové práce: prof. Dr. Wilken Engelbrecht

Počet znaků: 127 101

Počet stránek: 56

Počet příloh: 0

Počet použitých titulů:

- a) literární zdroje: 30
- b) internetové zdroje: 86

Klíčová slova: porodnictví, Česká republika, Nizozemsko, srovnání, porod, prenatální péče, poporodní péče, zdravotnictví

Krátká charakteristika: Tato magisterská diplomová práce se zabývá srovnáním porodnictví v Nizozemsku a České republice