

BETERE SCORES DAN IN NEDERLAND

Vlaamse vrouwen zijn tevreden met verloskundige zorg



Zowel in Vlaanderen als in Nederland zijn vrouwen die een geplande thuisbevalling hadden, het meest tevreden. Vlaamse vrouwen scoren evenwel nog beter dan Nederlandse. Dat is paradoxaal omdat de niet-gemedicaliseerde thuiscontext normaal een gunstige impact heeft op tevredenheid, terwijl dat niet het geval lijkt voor de Nederlandse non-interventionistische benadering.

Wendy Christiaens en Piet Bracke



Wendy Christiaens

is verbonden aan de onderzoeksgroep Health and Demographic Research van de Universiteit Gent

wendy.christiaens
@ugent.be

Crossnationale vergelijkingen over postpartum tevredenheid zijn schaars. Bovendien maken ze meestal deel uit van kwalitatieve studies of studies die gebruik maken van zeer kleine steekproeven. In deze studie werden de verschillen in postpartum tevredenheid onderzocht tussen Vlaamse en Nederlandse vrouwen. De vergelijking biedt inzicht in de impact van verloskundige zorgsystemen op maternaal welbevinden. Vlaanderen en Nederland vertonen overeenkomsten inzake taal, geografie, politiek regime en type welvaartaan. Maar de gezondheidszorg, en de verloskundige zorg in het bijzonder, zijn verschillend georganiseerd.

VLAANDEREN EN NEDERLAND VERGELEKEN

In Nederland wordt het poortwachtersysteem gehanteerd. Daarbij kunnen vrouwen die een normale baring verwachten, bevallen onder begeleiding van eerstelijns zorgverleners, namelijk verloskundigen en huisartsen. Vrouwen die risico's lopen, worden doorverwezen naar de tweedelijns. Slechts 14% van de Nederlandse vrouwen consulteert rechtstreeks een gynaecoloog. De overige 86% start prenatale zorg bij een verloskundige of huisarts. 30% van de bevallingen gebeurt thuis, wat betekent dat een groot percentage tijdens de zwangerschap of bevalling doorverwezen wordt naar gespecialiseerde zorg². In Vlaanderen kunnen vrouwen rechtstreeks bij een gynaecoloog aankloppen. Bijgevolg raadpleegt meer dan 98% van de Vlaamse vrouwen een gynaecoloog van bij het begin van de zwangerschap. Slechts 1,2% van de bevallingen gebeurt thuis³.

Een hoog percentage thuisbevallingen en een laag percentage medische interventies zijn twee kenmerken waarop het Nederlandse zorgmodel zich onderscheidt van andere westerse geïndustrialiseerde landen, zoals België^{4,5}. Thuis bevallen wordt in Nederland actief gepromoot door middel van wetgeving, het ziekteverzekeringssysteem, onderzoeksfinanciering voor verloskunde en beleidsmaatregelen die de positie van de verloskundige beschermen⁶.

MEDISCH VERSUS SOCIAAL ZORGMODEL

Het doel van deze studie was na te gaan hoe verloskundige zorgmodellen gekenmerkt door een verschillende mate van medicalisering, zich vertalen in de keuzes die vrouwen maken aangaande hun zwangerschap en bevalling en hoe ze nadien op hun ervaringen terugblikken. Ten eerste wilden we inzicht verwerven in de associatie tussen tevredenheid over de geboorte en de plaats van bevallen, thuis of in het ziekenhuis. Ten tweede, wilden we toetsen of de associatie tussen de plaats van bevallen en tevredenheid dezelfde is in Vlaanderen en Nederland.

Zowel de plaats van bevallen als het verloskundige zorgmodel zijn manifestaties van het medische versus sociale zorgmodel, maar op een verschillend analytisch niveau. De plaats van bevallen wordt gesitueerd op het praktische niveau, waarbij de biomedische ideologie vertaald wordt in obstetrische praktijk en de vrouwgeoriënteerde ideologie in verloskundige praktijk. Obstetrische praktijk verwijst naar de dagelijkse realiteit van het ziekenhuis, terwijl de

“Thuisbevallingen brachten een hogere tevredenheid met zich mee dan ziekenhuisbevallingen”

verloskundige praktijk de manier van werken in geboortehuizen en de thuissituatie omschrijft⁷. In Vlaanderen en Nederland zijn zowel het sociale als het medische model vertegenwoordigd. Het medische heeft de overhand in Vlaanderen, terwijl in Nederland zwangerschap en bevalling gedefinieerd worden als normale fysiologische gebeurtenissen, is er ook steun voor de biomedische definitie van geboorte. Nederland kent als het ware twee obstetrische wetenschappen, de ene is voor- en de andere tegenstander van thuis bevallen¹. In Vlaanderen is dergelijke ambiguïteit afwezig, want iedereen, uitgezonderd een kleine minderheid, gaat akkoord met de visie dat geboorte pas achteraf normaal kan genoemd worden. Vrouwen kunnen vrij de plaats van bevallen kiezen, maar de meeste zijn zich niet bewust dat thuis bevallen een beschikbaar en veilig alternatief is. Met andere woorden, de vrije keuze is beperkt door een gebrek aan informatie over alternatieve modellen van zorg.

We verwachtten dat vrouwen met een thuisbevalling meer tevreden zijn over de geboorte dan vrouwen met een ziekenhuisbevalling, omdat het sociale model continuïteit van zorg, betrokkenheid in beslissingen en controle stimuleert⁸. Deze drie zorgkenmerken werden geïdentificeerd als de belangrijkste determinanten van tevredenheid⁹.

Bijkomend verwachtten we dat Nederlandse vrouwen meer tevreden zijn over de bevalling dan Vlaamse vrouwen omdat het sociale model in Nederland beter vertegenwoordigd is dan in Vlaanderen.

WERKWIJZE

De doelstelling van deze studie was de vergelijking van vier groepen vrouwen, namelijk Belgische en Nederlandse vrouwen met een thuis of ziekenhuisbevalling. Er werden daartoe twee gestandaardiseerde vragenlijsten ingevuld, één op 30 weken zwangerschap en één binnen de twee weken post partum. De data werden verzameld tussen september 2004 en september 2005. 833 respondenten vulden de eerste vragenlijst in, waarvan 611 ook de tweede vragenlijst invulden.

Post partum tevredenheid werd gemeten aan de hand van de Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Deze schaal bestaat uit zes subdimensies: algemene tevredenheid (drie items), tevredenheid over zelf- (negen items) en babyge-relateerde (drie items) aspecten, de steun van de vroed-vrouw (negen items), de arts (acht items) en de partner (twee items). De schaal werd ontwikkeld door M. Mackey en P. Goodman die de determinanten van tevredenheid onderzochten¹⁰. Respondenten duiden de mate van tevren-heid met betrekking tot elk item aan op een vijfpunten Likert schaal.

In de prenatale vragenlijst hebben we eveneens gevraagd naar de geplande plaats van bevallen. Deze variabele bestond uit twee brede categorieën, namelijk thuis (-) versus ziekenhuis (=). Vrouwen die een geboortehuis op het oog hadden, werden beschouwd als thuisbevallers, omdat een geboortehuis geen gesofisticeerde medische omgeving is. Een poliklinische bevalling daarentegen werd wel als een ziekenhuisbevalling gecodeerd. In navol-ging van DeVries en Lemmens¹¹ hebben we onze analyses gebaseerd op geplande, eerder dan feitelijke plaats van bevallen, omdat de meest gecompliceerde bevallingen in een ziekenhuis plaats vinden. Met deze strategie wordt een positieve vertekening tegenover thuisbevallingen en een negatieve vertekening tegenover ziekenhuisbevallingen vermeden.

GENT EN TILBURG

De studie betreft twee vergelijkbare steden in Vlaanderen en Nederland, namelijk respectievelijk Gent en Tilburg. We contacteerden alle ziekenhuizen in beide steden. Gezien de populatie van zwangere vrouwen onbekend is, moesten we beroep doen op een niet-geran-domiseerde steekproef. In Gent hebben drie van de vier ziekenhuizen deelgenomen, in Tilburg waren beide zie-kenhuizen bereid in de studie te participeren. Gezien er in beide landen meer in een ziekenhuis dan thuis bevallen wordt, werden de thuisbevallingen oververtegenwoordigd in de steekproef. In Tilburg werden zes verloskundige praktijken gecontacteerd, terwijl aan Vlaamse zijde thuis-bevallers over heel Vlaanderen uitgenodigd werden om deel te nemen. Immers, in Gent zijn er niet voldoende zelfstandige vroedvrouwen om een voldoende grote vertegenwoordiging van Vlaamse thuisbevallers in de steekproef te verkrijgen. Op deze manier werd het mogelijk om de vier zorgsettings gedetermineerd door land (Vlaanderen versus Nederland) en plaats van bevallen (thuis versus ziekenhuis), te vergelijken.

Vrouwen werden door hun vroedvrouw (verloskundige) of hun arts uitgenodigd om deel te nemen aan het onder-zoeksproject. De inclusiecriteria waren vrij ruim: de vrouwen moesten Nederlands kunnen spreken en begrijpen, en 18 jaar zijn of ouder. Vragenlijsten werden onder gesloten omslag terug bezorgd aan de vroedvrouw of arts. Omwille van praktische redenen, hebben de Nederlandse vrouwen die thuis waren bevallen, hun vragenlijst recht-streeks naar de onderzoeker terug gestuurd. De meeste vrouwen die in een ziekenhuis bevielen, behalve degene die opteerden voor een daghospitalisatie, vulden de post-natale vragenlijst in tijdens hun ziekenhuisverblijf. De anonimiteit werd gegarandeerd en het Ethisch Comité van het universiteitsziekenhuis gaf positief advies aangaande de studie.

RESPONSE RATE

Gezien respondenten geïncludeerd werden door vroedvrouwen en artsen, hadden we weinig controle over het inclusieproces, en bijgevolg de response rate. Hoewel gevraagd werd om de weigeraars te registreren, samen met de reden van de weigering, werd dit niet systema-tisch gedaan. Derhalve kunnen we enkel een minimum en maximum schatting geven van de response rate. Tijdens de voorbereiding van de studie, gaven vroedvrouwen en gynaecologen een schatting van het aantal potentiële res-pondenten. Deze aantallen komen overeen met het aantal vragenlijsten dat ter beschikking werd gesteld. De response rate werd berekend door het aantal respondenten te delen door het aantal voorziene vragenlijsten. De schattingen varieerden tussen 19 en 68% voor de ziekenhuizen, en tussen 38 en 100% voor de vroedvrouwen. Echter niet alle vragenlijsten werden uitgedeeld. Zodoende zijn deze schat-tingen eerder conservatief.

KENMERKEN VAN DE RESPONDENTEN

Binnen de eerste twee weken na de geboorte vulden 611 vrouwen, van wie 265 Vlaamse en 346 Nederlandse, een vragenlijst in. Deze analyse is gebaseerd op deze follow-up data. Het uiteindelijke aantal respondenten in de analyse was 580, omdat 31 vrouwen geen informatie verschaften met betrekking tot de geplande plaats van bevallen of contro-le variabelen zoals pariteit, leeftijd of opleiding. Deelnemers waren 19 tot 44 jaar oud, met een gemiddelde van 31 jaar. Nederlandse vrouwen, waren gemiddeld een beetje ouder. Vrouwen die hun eerste kind verwachtten, maakten 45,8% uit van de steekproef, 98,7% was gehuwd of woonde samen. In de Vlaamse subgroep telden we 10% eerstbarenden. Meer Vlaamse (71,1%) dan Nederlandse (40,8%) hebben hoger onderwijs genoten en 85% van alle respondenten was tewerkgesteld, met 84,7% in Vlaanderen en 86,8% in Nederland (tabel 1). Thuisbevallingen vertegenwoordigen 24,1% van de Vlaamse subsample en 48,0% van de Nederlandse.



Piet Bracke

is verbonden aan de onderzoeksgroep Health and Demographic Research van de Universiteit Gent

piet.bracke@ugent.be

Tabel I

○ Descriptieve statistieken van socio-demografische variabelen, in totaal en voor Vlaamse en Nederlandse vrouwen apart.

	Totaal		Vlaanderen		Nederland	
	n	%	n	%	n	%
Hoger opgeleid	329	56,1	194	76,1	135	40,8
Gehuwd/ samenwonend	596	98,7	257	98,4	339	98,8
Primiparae	276	45,8	133	51,0	143	41,9
Tewerkgesteld	517	85,9	221	84,7	296	86,8
	n	Gemid- delde (St. afw.)	n	Gemid- delde (St. afw.)	n	Gemid- delde (St. afw.)
Leeftijd	816	31,21 (4,17)	372	30,41 (4,09)	444	31,87 (4,14)

VLAANDEREN DOET HET GOED

De totale gemiddelde tevredenheid was 4,21 (st. afw. = 0,53), wat vergelijkbaar is met het gemiddelde gerapporteerd door Goodman et al.¹⁰, namelijk 4,18. In beide landen waren vrouwen het minst tevreden met zelfgerelateerde aspecten van geboorte, met 48,1% in Vlaanderen en 30,4% in Nederland. In Vlaanderen stond de steun van de vroedvrouw in voor het grootste percentage tevreden vrouwen (85,5%). Zowel in Vlaanderen als in Nederland, waren er meer vrouwen die (zeer) tevreden waren met de steun en vaardigheden van de vroedvrouw (respectievelijk 85,5 en 66,1%), dan met de steun van de arts (respectievelijk 71,7 en 47,9%) (tabel 2).

Over het algemeen was het percentage tevreden of heel tevreden vrouwen groter in Vlaanderen dan in Nederland. Deze bevinding gaat op voor elke subdimensie van tevredenheid (tabel 2). Een variantieanalyse controlerend voor geplande plaats van bevallen, pariteit, leeftijd en opleidingsniveau, bevestigde deze conclusie. In het volledige variantiemodel werden de hoofdeffecten geschat van land en geplande plaats van bevallen, gecontroleerd voor pariteit, leeftijd en opleidingsniveau. Er werd een interactieterm toegevoegd om te testen of de verschillen in tevredenheid tussen geplande thuis en ziekenhuisbevallingen verschilden volgens land. De precieze gemiddelden en F-waarden worden gepresenteerd in tabel 3.

Voor algemene tevredenheid en tevredenheid met zelfgerelateerde aspecten van de geboorte was de interactieterm land*geplande plaats van bevallen significant ($F=7,775$, $p<0,01$; $F=12,606$, $p<0,001$). We voerden vervolgens een Scheffé-test uit voor een variabele die land en geplande plaats van bevallen combineerde. Deze test toonde aan dat Vlaamse vrouwen die een thuisbevalling planden meer tevreden waren dan de anderen (nl. Vlaamse vrouwen die een ziekenhuisbevalling planden, Nederlandse vrouwen die een thuisbevalling planden en Nederlandse vrouwen die een ziekenhuisbevalling planden). Met andere woorden, de Nederlandse vrouwen die de intentie hadden om thuis te bevallen, waren minder tevreden dan de Vlaamse.

Ook voor de andere subdimensies van tevredenheid over de bevalling (de baby, de vroedvrouw en de partner) waren Vlaamse vrouwen meer tevreden dan de Nederlandse

Tabel 2

Percentages van de categorieën tevreden en zeer tevreden op de the Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale (N = 611).

	% Totaal	% Vlaanderen	% Nederland
Algemeen	47,3	56,1	40,8
Zichzelf	38,0	48,1	30,4
Baby	69,7	75,1	65,6
Vroedvrouw	74,6	85,5	66,1
Arts	61,9	71,7	47,9
Partner	74,6	81,5	69,0



Tevredenheid over de bevalling was geassocieerd met de plaats van bevallen, maar ook met het model van verloskundige zorg.

Tabel 3

Gemiddelde scores and F-waarden voor het volledige model (aangepast voor pariteit, leeftijd en opleidingsniveau).

Variabelen	Land			Plaats van bevallen			Land*plaats van bevallen
	Vlaanderen	Nederland	F	Thuis	Ziekenhuis	F	F
Tevredenheid over:							
Algemeen	4.139	3.929	18.178***	4.082	3.973	8.652**	7.775**
Zichzelf	3.992	3.663	47.829***	3.942	3.698	37.176***	12.606***
Baby	4.487	4.337	13.542***	4.516	4.313	13.946***	-
Vroedvrouw	4.624	4.325	36.428***	4.558	4.377	20.396***	-
Arts	4.365	4.046	19.382***	-	-	-	-
Partner	4.737	4.590	10.664**	4.692	4.625	5.426*	-

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

(baby: $F=13,542, p<0,001$; vroedvrouw: $F=36,428, p<0,001$; partner: $F=10,664, p<0,01$).

Verder is het duidelijk dat thuisbevallingen een hogere tevredenheid met zich meebrachten dan ziekenhuisbevallingen (baby: $F=13,946, p<0,001$; vroedvrouw: $F=20,396, p<0,001$; partner: $F=5,426, p<0,05$).

Samengevat, in Vlaanderen waren vrouwen meer tevreden over hun bevalling dan Nederlandse vrouwen wat betreft de babygerelateerde aspecten, de steun van de vroedvrouw, de arts en de partner. Met betrekking tot tevredenheid in het algemeen en met de zelfgerelateerde aspecten, verklaarden de Vlaamse thuisbevallingen een groot deel van het verschil tussen de twee landen. Vrouwen die een thuisbevalling planden waren in beide landen meer tevreden dan vrouwen die een ziekenhuisbevalling planden.

TER CONCLUSIE

Door Vlaamse en Nederlandse vrouwen die een thuis- of ziekenhuisbevalling planden te vergelijken, konden de verschillen in tevredenheid over de bevalling tussen twee landen met verschillende verloskundige systemen gekwantificeerd worden. Tevredenheid over de bevalling was geassocieerd met plaats van bevallen, maar ook met het model van verloskundige zorg, zelfs na controle voor plaats van bevallen. De verdiensten van dit onderzoek zijn dat zorgcontexten met elkaar vergeleken werden in een multivariate analyse van post partum tevredenheid, multidimensionaal gemeten.

Uit deze analyse kunnen we drie belangrijke besluiten trekken. Ten eerste, vrouwen die planden om thuis te bevallen, waren meer tevreden dan vrouwen die de intentie hadden om in een ziekenhuis te bevallen. Dit gaat op voor elke subdimensie van tevredenheid. Ten tweede, Belgische vrouwen waren meer tevreden over de bevalling dan Nederlandse, eveneens betreffende iedere subdimensie. Ten derde, de hogere tevredenheidsscores van Vlaamse vrouwen golden voor zowel thuis- als ziekenhuisbevallingen.

Dit betekent dat de niet-gemedicaliseerde thuiscontext een gunstig effect heeft op de tevredenheid van moeders. Bovendien waren Vlaamse zowel als Nederlandse vrouwen meer tevreden met de steun van vroedvrouwen dan van artsen. Dit is een verrassend resultaat voor Vlaanderen, aangezien artsen een hechte arts-patiënt relatie kunnen opbouwen gedurende de hele zwangerschap, terwijl vrouwen de vroedvrouw niet voor de bevalling ontmoeten. De verklaring kan gezocht worden in de determinanten van tevredenheid die in de Engelstalige literatuur beklemtoond worden, namelijk continuïteit van zorg, betrokkenheid in

Les Flamandes satisfaites des soins d'accouchement qui leur sont prodigués

L'objectif de l'étude était de mesurer la satisfaction liée à l'association accouchement et lieu d'accouchement dans le cadre de deux systèmes d'accouchement différents, celui en vigueur en Flandre et celui des Pays-Bas. Les sociétés flamande et néerlandaise diffèrent en effet en matière d'organisation des soins d'accouchement. Les Pays-Bas présentent un pourcentage élevé d'accouchements à la maison et un faible pourcentage d'interventions obstétriques. En Flandre, par contre, peu d'enfants naissent à la maison et le modèle médical est celui qui s'impose tout naturellement.

L'étude montre que les femmes qui avaient planifié leur accouchement chez elles ont été davantage satisfaites que celles qui avaient prévu d'accoucher à l'hôpital. C'était aussi le cas pour toutes les composantes de la satisfaction, tant aux Pays-Bas qu'en Flandre. Les femmes flamandes ont été davantage satisfaites de leurs expériences d'accouchement que nos voisines du nord, dans chaque composante et pour les accouchements tant à la maison qu'à l'hôpital.

Les chercheurs ont tiré de cette étude les conclusions principales suivantes: les femmes qui avaient planifié leur accouchement à la maison se sont montrées les plus satisfaites, et ce dans les deux pays, mais le score des Flamandes est meilleur que celui des Néerlandaises. Un paradoxe, étant donné que le contexte non médicalisé à la maison a eu un impact positif sur la satisfaction, alors que l'approche non interventionniste néerlandaise n'a pas eu le même effet.

zorgkeuzes en controle worden meer geassocieerd met het sociale dan het medische model^{12,13}.

In lijn met de logica van de medicaliseringskritiek, hadden we een hogere tevredenheid verwacht in Nederland waar de verloskundige zorg gekenmerkt wordt door een non-interventionistische aanpak, vergeleken met de meer gemedicaliseerde benadering in Vlaanderen. Onze bevindingen spreken deze hypothese echter tegen. Deze paradoxale bevindingen doen ons vermoeden dat de medicaliseringkritiek juist kan zijn wat betreft de iatrogenese-effecten van het biomedische model op het individuele niveau, maar dat ze niet kunnen doorvertaald worden naar het niveau van de organisatie van zorg. Andere determinanten moeten werkzaam zijn op het niveau van verloskundige zorgsystemen, aangezien de Vlaamse gemedicaliseerde benadering niet resulteert in een lagere tevredenheid dan de Nederlandse. ●•

<p>1 DeVries R.: A Pleasing birth. Midwives and maternity care in the Netherlands. Philadelphia, Temple University Press: 2004.</p> <p>2 Wiegiers T.A., van der Zee J., Kerstens J.J., and Keirse M.J.N.C.: Home Birth or Short-Stay Hospital Birth in a Low Risk Population in the Netherlands. <i>Social Science & Medicine</i>, 1998; 46(11): 1505-11.</p> <p>3 Gilleir C. Thuis Bevallen in Vlaanderen: Een Kwestie Van Reflexiviteit (Home Birth in Flanders: a Matter of Reflexivity). <i>Tijdschrift voor Sociologie</i>, 2007; 28(1): 25-51.</p> <p>4 Wiegiers T.A., van der Zee J., and Keirse M.J.N.C.: Maternity Care in the Netherlands: the Changing Home</p>	<p>Birth Rate. <i>Birth-Issues in Perinatal Care</i>, 1998; 25(3): 190-7.</p> <p>5 Kerstens J.J.: Patient Satisfaction With Home-Birth Care in the Netherlands. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 1994; 20(2): 344-50.</p> <p>6 Benoit C., Wrede S., Bourgeault I., Sandall J., De Vries R., and van Teijlingen E.R.: Understanding the Social Organisation of Maternity Care Systems: Midwifery As a Touchstone. <i>Sociology of Health & Illness</i>, 2005; 27(6): 722-37.</p> <p>7 van Teijlingen E.A.: Critical Analysis of the Medical Model As Used in the Study of Pregnancy and Childbirth. <i>Sociological Research Online</i>, 2005;</p>	<p>10(2): http://www.socresonline.org.uk/10-2/teijlingen.html.</p> <p>8 Hyde A. and Roche-Reid B.: Midwifery Practice and the Crisis of Modernity: Implications for the Role of the Midwife. <i>Social Science & Medicine</i>, 2004; 58(12): 2613-23.</p> <p>9 Hundley V.A., Milne J.M., Glazener C.M.A., and Mollison J.: Satisfaction and the Three C's: Continuity, Choice and Control. Women's Views From a Randomised Controlled Trial of Midwife-Led Care. <i>British Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>, 1997; 104(11): 1273-80.</p> <p>10 Goodman P., Mackey M.C., and Tavakoli A.S.: Factors Related to Childbirth Satisfaction. <i>Journal of</i></p>	<p><i>Advanced Nursing</i>, 2004; 46(2): 212-9.</p> <p>11 DeVries R. and Lemmens T.: The Social and Cultural Shaping of Medical Evidence: Case Studies From Pharmaceutical Research and Obstetric Science. <i>Social Science & Medicine</i>, 2006; 62(11): 2694-706.</p> <p>12 Van der Hulst L.A.M.: Dutch Midwives: Relational Care and Birth Location. <i>Health & Social Care in the Community</i>, 1999; 7(4): 242-7.</p> <p>13 Longworth L., Ratcliffe J., and Boulton M.: Investigating Women's Preferences for Intrapartum Care: Home Versus Hospital Births. <i>Health and Social Care in the Community</i>, 2001; 9(6): 404-13.</p>
--	--	--	--