

# “Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?”

Een tweeledig onderzoek naar het ontwerp van een keuzewijzer voor de plaats van bevallen en een gedragsdeterminantenonderzoek bij zwangere vrouwen voor het invullen van de keuzewijzer

**Mayke Musters**

UMCG, Verloskundige Stadspraktijk  
Rijksuniversiteit Groningen,  
Communicatie -en Informatiewetenschappen

Groningen, mei 2013





## “Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?”

Een tweeledig onderzoek, naar het ontwerp van een keuzewijzer voor de plaats van bevallen en een gedragsdeterminantenonderzoek bij zwangere vrouwen voor invullen van de keuzewijzer.

Groningen, mei 2013

Auteur  
Studentnummer

Mayke Musters  
1774409

Afstudeerscriptie in het kader van

Masterscriptie  
Communicatie- en Informatiewetenschappen  
Rijksuniversiteit Groningen

Oprachtgever

H. Stam, manager  
Verloskundige Stadspraktijk Groningen

Begeleider onderwijsinstelling

prof. dr. C.J.M. Jansen  
Communicatie- en Informatiewetenschappen  
Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

dr. J. Pols, arts-onderwijskundige  
Studentenbureau UMCG

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden

Trefw gezondheidsgedrag, voorlichting, plaats van bevallen, Verloskundige Stadspraktijk

## VOORWOORD

Voor u ligt mijn scriptie "*Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?*". Deze scriptie is het laatste onderdeel van mijn masteropleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Wanneer iemand mij een jaar geleden zou hebben verteld dat ik mijn masterscriptie in het kader zou stellen van een onderwerp uit de wereld van de gynaecologie en obstetrie, dan had ik die persoon waarschijnlijk niet geloofd. Deze wereld stond persoonlijk namelijk nog mijlenver van mij af, en ook ver van de opleiding Communicatie- en Informatiewetenschappen dacht ik. Toch is het zo gelopen dat ik via een zoektocht naar een stageplek met het Universitair Medisch Centrum Groningen (verder: UMCG) in aanraking ben gekomen. Het UMCG had een vraag liggen over de keuze voor de plaats van bevallen bij een van de grootste eerstelijns verloskundigenpraktijken van Nederland: de Verloskundige Stadspraktijk (verder: VSP) in Groningen. Die vraag sprak mij, hoewel de verloskundige wereld mij nog totaal onbekend was, meteen aan vanwege mijn interesse in de gezondheidscommunicatie. Tevens vond ik het ontzettend leuk dat ik met dit vraagstuk mijn behoefte kon vervullen om een scriptie met praktisch nut te schrijven. Ondertussen is er, mede door mijn leerzame stageperiode bij de Verloskunde Stadspraktijk, een wereld voor mij open gegaan omtrent de gynaecologie en obstetrie.

Het presenteren van mijn scriptie, het eindproduct van al die maanden werk, geeft mij een gevoel van voldoening en trots. Het is me gelukt! Ik kijk ernaar uit om alles wat ik van dit onderzoek en verder binnen mijn opleiding heb geleerd in de praktijk te mogen brengen. Graag zou ik nog enkele personen in het bijzonder willen bedanken. Allereerst gaat mijn dank uit naar Carel Jansen, zonder wiens goede en enthousiaste begeleiding ik niet ver zou zijn gekomen. Daarnaast zou ik ook graag Harry Stam en Carien Baas van de VSP willen bedanken voor het verschaffen van de nodige (medische) informatie en de hulp bij het verzamelen van respondenten.

Tot slot zou ik nog graag Jan Pols van het UMCG willen bedanken voor zijn hulp gedurende de opstartfase van deze scriptie en zijn kritische blik gedurende het schrijfproces.

Mayke Musters  
Groningen, mei 2013



## INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
1.1 DE KEUZE VOOR DE PLAATS VAN BEVALLEN.....	3
1.2 ONRUST DOOR DE MEDIA.....	3
1.3 DE ROL VAN VOORLICHTING BIJ HET MAKEN VAN EEN KEUZE .....	4
1.4 AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK .....	4
1.5 DOEL VAN HET ONDERZOEK.....	5
1.6 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK.....	5
1.7 OPBOUW VAN DE SCRIPTIE.....	5
<b>2 HET NEDERLANDS VERLOSKUNDIG SYSTEEM.....</b>	<b>7</b>
2.1 NEDERLAND EN GEBOORTE.....	7
2.2 HET NEDERLANDS VERLOSKUNDIG SYSTEEM .....	7
2.3 PLAATSEN VAN BEVALLING.....	8
<b>DEEL 1: DE TOTSTANDKOMING VAN DE KEUZEWIJZER.....</b>	<b>11</b>
<b>3 THEORETISCH KADER VOOR BESLISSINGEN OMTRENT DE KEUZEWIJZER .....</b>	<b>13</b>
3.1 HET MAKEN VAN KEUZES TIJDENS DE ZWANGERSCHAP .....	13
3.2 DE INZET VAN EEN KEUZEWIJZER.....	13
3.3 DE CONSTRUCTIE VAN HET GEWENSTE HANDELINGSVERLOOP .....	14
3.4 EEN STROOMSCHEMA ALS PRESENTATIEVORM VOOR HET HANDELINGSVERLOOP.....	15
3.5 AANDACHTSPUNTEN BIJ HET ONTWERP VAN DE KEUZEWIJZER.....	17
3.6 DE EERSTE ONDERZOEKSVRAAG .....	19
<b>4 HET ONTWERP VAN DE KEUZEWIJZER .....</b>	<b>21</b>
4.1 DE INHOUD VAN HET HANDELINGSVERLOOP.....	21
4.2 HET GEWENSTE HANDELINGSVERLOOP.....	21
4.3 DE TEKSTKwalITEIT .....	26
4.4 PRE-TEST VAN HET ONTWERP .....	27
<b>5 DEELCONCLUSIE.....</b>	<b>29</b>
<b>DEEL 2: HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK .....</b>	<b>31</b>
<b>6 THEORETISCH KADER VOOR HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK .....</b>	<b>33</b>
6.1 PERSUASIEVE GEZONDHEIDSVoorLICHTING .....	33

6.2	COMMUNICATIE EN GEDRAGSBEÏNVLOEDING.....	34
6.3	HET INTEGRATIVE MODEL OF BEHAVIORAL PREDICTION .....	35
6.4	DE PRESENTATIEVORM VAN DE VOORLICHTINGSBOODSCHAP.....	38
6.5	DE TWEEDE ONDERZOEKSVRAAG.....	38
<b>7</b>	<b>METHODE VOOR HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK.....</b>	<b>41</b>
7.1	ONDERZOEKSDOELGROEP .....	41
7.2	INSTRUMENTATIE .....	41
7.3	OPERATIONALISATIE VAN DE GEDRAGSDETERMINANTEN.....	42
7.4	PRE-TEST.....	46
7.5	PROCEDURE .....	46
<b>8</b>	<b>RESULTATEN.....</b>	<b>47</b>
8.1	DATAVERWERKING.....	47
8.2	ALGEMENE RESULTATEN.....	47
8.3	STATISTISCHE ANALYSES.....	48
8.4	OVERIGE RESULTATEN.....	52
<b>9</b>	<b>DEELCONCLUSIE II .....</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b>SLOTBESCHOUWING &amp; DISCUSSIE.....</b>	<b>57</b>
	<b>LITERATUUR .....</b>	<b>59</b>
	BIJLAGE I RICHTVRAGEN VOOR HET CCC-MODEL .....	63
	BIJLAGE II HET ONDERLIGGENDE HANDELINGSVERLOOP.....	65
	BIJLAGE III OVERZICHT ANTWOORDBETEKENISSEN PER STELLING .....	67
	BIJLAGE IV VOORBEELD PRESENTATIEVORM KEUZEWIJZER .....	69
	BIJLAGE V INHOUD VAN DE KEUZEWIJZER.....	71
	BIJLAGE VI VRAGENLIJST.....	97
	BIJLAGE VII VOORBEELDPOSTER.....	107



## SAMENVATTING

In deze scriptie worden de resultaten gepresenteerd van een tweeledig onderzoek waarbij de keuze voor de plaats van bevallen centraal heeft gestaan.

In Nederland kunnen vrouwen met een normaal verlopen zwangerschap zonder complicaties, zelf kiezen waar ze willen bevallen. Afhankelijk van het aanbod in de regio kunnen zij kiezen tussen een thuisbevalling en een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Verloskundige hulpverleners hebben de taak zwangere vrouwen voor te lichten over de plaats van bevallen. De besluitvorming over de plaats van bevallen is complex, omdat er in feite geen objectief beste keus aan te wijzen is.

De aanleiding voor deze scriptie ligt bij de Verloskundige Stadspraktijk (verder: VSP) in Groningen. Een aanzienlijk deel van de cliënten bleek achteraf niet tevreden met hun keuze voor de plaats van bevallen. Bij de VSP is zodoende de wens geformuleerd een keuzewijzer (voor op het internet) te ontwikkelen om zwangere vrouwen te ondersteunen bij het maken van een goed geïnformeerde keuze voor de plaats van bevallen. Het ontwikkelen van de keuzewijzer vormde echter niet de enige aanleiding voor het opzetten van dit onderzoek. Zo bestond bij de VSP tevens de vraag hoe de inhoud en de vorm van communicatie rondom de keuzewijzer zouden kunnen worden opgezet.

Het eerste deel van dit onderzoeksverslag stond in het teken van het ontwikkelen van de keuzewijzer die een advies geeft over de plaats van bevallen. Bij het ontwikkelen van de keuzewijzer stond de volgende onderzoeksvraag centraal: *“Welke kenmerken moet de keuzewijzer voor de plaats van bevallen hebben, gelet op de beschikbare literatuur?”*. Op basis van literatuur over onder andere de constructie van het gewenste handlingsverloop en een optimale tekstkwaliteit werd er een keuzewijzer opgesteld, bestaande uit twee vragen, dertien stellingen en bijbehorende toelichtingen. Op basis van de gegeven antwoorden in de keuzewijzer kan de gebruiker een persoonlijk advies

worden gegeven over de plaats van bevallen. Door de ontwikkeling van de keuzewijzer wordt bijgedragen aan objectieve voorlichting aan zwangere vrouwen (en hun partner) waardoor zij in staat zijn een geïnformeerde en weloverwogen keuze te maken over de plaats van bevallen. Verwacht werd dat vrouwen die goed op de bevalling zijn voorbereid en realistische verwachtingen hebben, met meer tevredenheid terugkijken op de (keuze voor de plaats van de) bevalling.

In het tweede deel van het onderzoeksverslag stond een kwantitatief gedragsdeterminantenonderzoek centraal. Bij de uitvoering van dit determinantenonderzoek werd uitgegaan van theorie van Fishbein en Yzer (2003). Fishbein en Yzer (2003) stellen met hun *Integrative Model of Behavioral Prediction* (IMBP) dat beredeneerd gedrag voornamelijk wordt bepaald door de intentie die iemand heeft om bepaald gedrag te vertonen. Deze intentie wordt op haar beurt weer gevormd door een drietal determinanten: de attitude, de waargenomen norm en de eigeneffectiviteitsperceptie. Deze drie determinanten worden op hun beurt weer bepaald door overtuigingen die vaak via communicatiemiddelen te beïnvloeden zijn. Hoe meer er bekend is over de determinanten van de intentie om de keuzewijzer in te vullen, hoe groter de mogelijkheid is om succesvol met communicatie in te spelen op deze determinanten. Om deze reden werd er een onderzoek uitgevoerd naar de onderliggende overtuigingen bij zwangere vrouwen. De onderzoeksvraag die hierbij centraal stond, luidde als volgt: *“Welke determinanten zijn bij zwangere vrouwen van invloed op hun intentie om de keuzewijzer in te vullen?”*. Aan de hand van een schriftelijke vragenlijst, verspreid onder  $n = 72$  laag-risico zwangere vrouwen, werd achterhaald wat de specifieke overtuigingen bij zwangere vrouwen zijn om de keuzewijzer in te vullen. Voor deze doelgroep werd gekozen, omdat laag-risico zwangere vrouwen daadwerkelijk de keuze hebben tussen een thuisbevalling of een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. De vragenlijst bevatte vragen over de intentie van zwangere vrouwen en over

2 | mogelijke predictoren van de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Na de uitvoering van de statistische analyses, bleken de attitude en de waargenomen norm significant van invloed te zijn op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Daarnaast bleek dat de gedragsintentie om de keuzewijzer in te vullen (direct en indirect, positief en negatief) werd beïnvloed door zeven verschillende onderliggende overtuigingen. Uiteindelijk bleken er van deze zeven overtuigingen slechts drie relevant te zijn voor de voorlichting van de keuzewijzer: *de normative belief omtrent de verloskundige, de begrijpelijkheid van de keuzewijzer en de moeite voor het invullen van de keuzewijzer*. Met het antwoord op de tweede onderzoeksvraag konden uiteindelijk aanbevelingen worden gedaan voor de inhoud van het voorlichtingsmateriaal van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen. Vastgesteld werd dat de voorlichtingsboodschap omtrent de keuzewijzer in ieder geval deze drie elementen dient te bevatten: een inleiding op de keuzewijzer, een aanduiding van de functie van de keuzewijzer en argumenten om de keuzewijzer in te vullen. De argumenten werden hierbij gebaseerd op de drie relevante determinanten die van invloed bleken op de gedragsintentie om de keuzewijzer in te vullen. Op de volgende wijze kan in de voorlichting vorm worden gegeven aan de drie besproken elementen:

### **1 De keuzewijzer inleiden**

*“Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?”*

### **2 De functie van keuzewijzer aanduiden**

*“Vul nu de keuzewijzer in op [www.verloskundigestadspraktijk.nl](http://www.verloskundigestadspraktijk.nl) en krijg een persoonlijk advies over de plaats die jou het beste bevalt!”*

### **3 Argumenten aandragen om de keuzewijzer in te vullen**

- *“Je verloskundige adviseert je de keuzewijzer in te vullen.”*
- *“Het kost weinig moeite om de keuzewijzer in te vullen.”*
- *“De keuzewijzer is voor iedereen begrijpelijk.”*

Om de bovenstaande boodschappen uit te dragen, worden verschillende communicatiemiddelen aanbevolen om informatie over de keuzewijzer te verstrekken: de spreekuren

van de verloskundige, voorlichtingsavonden, de website, e-mail en posters. Volgens het uitgevoerde gedragsdeterminantenonderzoek zouden de hier besproken aanbevelingen de kans moeten vergroten dat zwangere vrouwen de keuzewijzer voor de plaats van bevallen daadwerkelijk gaan invullen.

## 1 INLEIDING

### 1.1 DE KEUZE VOOR DE PLAATS VAN BEVALLEN

In Nederland kunnen vrouwen met een normaal verlopen zwangerschap zonder complicaties zelf kiezen waar ze willen bevallen. Afhankelijk van het aanbod in de regio kunnen zij kiezen tussen een thuisbevalling en een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Verloskundige hulpverleners (verloskundigen, gynaecologen en huisartsen) hebben de taak zwangere vrouwen voor te lichten over de plaats van bevallen. De besluitvorming daarover is complex, omdat er in feite geen objectief beste keus aan te wijzen is. Uit onderzoek van De Jonge et al. (2009: 1179) blijkt dat er bij een normaal verlopen zwangerschap geen verschil in veiligheid is voor de vrouw en de baby tussen een geplande thuisbevalling en een geplande ziekenhuisbevalling. Bonsel, Birnie, Denktam, Poeran en Steegers (2010: 99-100) stellen dat in het geval van complicaties bij een thuisbevalling, de reistijd naar het ziekenhuis geen factor is die de babysterfte verhoogt. Wanneer de reistijd naar het ziekenhuis echter meer dan twintig minuten bedraagt, lijkt het risico op sterfte tijdens de bevalling iets toe te nemen, aldus Bonsel et al. (2010: 99-100).

Hoewel er dan geen verschil in veiligheid bestaat, roepen maar weinig onderwerpen in de verloskunde zoveel emoties op als de keuze voor de plaats van bevallen. In ons land zijn de meningen diep verdeeld tussen de voor- en tegenstanders van de thuis- en ziekenhuisbevalling, wat als gevolg heeft dat om de zoveel tijd de discussie over de plaats van bevallen weer oplaait (De Jonge, 2009). Voorstanders van de thuisbevalling geven de indruk dat thuis bevallen vanzelfsprekend is, terwijl tegenstanders alleen maar bezwaren lijken te zien in de thuissituatie en niet in het ziekenhuis. Volgens Buitendijk (2010: 8) wordt de discussie over de plaats van bevallen veroorzaakt door het hoge sterftecijfer onder baby's, dat tot een van de hoogste cijfers van Europa behoort. Van de Reep (2010: 39) schrijft dat het nog onduidelijk is welke oorzaken er precies aan de babysterfte ten grondslag liggen en hoe betrouwbaar de metingen over de babysterfte zijn. Buitendijk (2010: 9) stelt echter dat het allergrootste deel van de babysterfte niet optreedt bij gezonde baby's. Zo schrijft ze dat 85% van de

babysterfte baby's betreft met een aangeboren afwijking, groeivertraging of vroeggeboorte. Deze bevallingen vinden volgens Buitendijk en Croon (2010) altijd plaats in het ziekenhuis. Volgens hen ligt de oorzaak van de hoge babysterfte dan ook niet aan het Nederlandse verloskundige systeem en lost het weinig op door de thuisbevalling af te schaffen. Wel zouden de hogere leeftijd waarop vrouwen zwanger worden, een groot percentage rokende vrouwen en een terughoudend beleid om vroeggeboren baby's in leven te houden onder andere verantwoordelijk zijn voor een deel van de babysterfte (Buitendijk & Croon, 2010; De Jonge et al., 2009: 1182). De Jonge (2009) stelt dat als gevolg van deze voortgaande discussie over de veiligheid, zwangere vrouwen en partners niet goed weten voor welke plaats ze moeten kiezen.

### 1.2 ONRUST DOOR DE MEDIA

Als zwangere vrouwen de media zouden moeten geloven, zou de keuze snel gemaakt zijn. De afgelopen jaren was de discussie rondom de veiligheid van de thuisbevalling regelmatig in het nieuws. Vaak was de berichtgeving negatief ten aanzien van de verloskundigen, wat voor flink wat onrust in het land zorgde. Zo werd op 3 november 2010 op de voorpagina van NRC. Next een artikel aangekondigd met een foto van een bevalling en de tekst: *“Don't try this at home – In Nederland gaan relatief veel baby's dood bij de geboorte. Nu blijkt waarom: dat ligt aan ons verloskundig systeem”. Dit werd gepubliceerd onder de kop “Als er een dokter bij is, gaan er minder kinderen dood”* en de ondertitel *“En dat terwijl verloskundigen al de ‘makkelijke’ gevallen krijgen”*. Ook het afgelopen jaar was het op 9 mei 2012 raak en deed het drie pagina's tellend artikel *“Woelig baren”* in de Volkskrant de gemoederen in het land weer flink op lopen. Het artikel beschrijft naar aanleiding van een nare bevallingservaring van journaliste Barbara van Erp in 2006 een trend in Nederland, namelijk de afname van het percentage thuisbevallingen. Voorts legt Van Erp in het artikel een (vooralsnog onbewezen) relatie tussen de thuisbeval-

ling en de babysterfte. De hierop aanhoudende mediaberichten zorgden voor de nodige onrust: thuis bevallen zou onaanvaardbare risico's voor zowel de vrouw als de baby met zich meebrengen (Website KNOV, 2012a). Als reactie op het artikel het afgelopen jaar in de Volkskrant, zijn de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en diverse beroepsgroepen en (vertegenwoordigers van) ouders in actie gekomen om de angst en de onrust over thuis bevallen bij zwangere vrouwen weg te nemen (Website KNOV, 2012a). Buitendijk (2010: 14) stelt dat als gevolg van de negatieve berichtgeving in de media, de angst voor de thuisbevalling toeneemt. Ze benadrukt dat de media vaak een eenzijdig beeld van het verhaal schetsen:

*Het resultaat is dat de thuisbevalling en verloskundigen worden afgeschilderd als achterlijk en gevaarlijk, en dat wetenschappelijke gegevens die het tegendeel laten zien door veel journalisten worden genegeerd.* (Buitendijk, 2010: 14)

4

Verweij stelt in de Volkskrant van 18 mei 2012 dat het jammer is dat het door de voortgaande discussie over de plaats van bevallen lijkt alsof de verloskundigen om een thuisbevalling vragen en niet de ouders zelf. Ter weerlegging van dit standpunt haalt Verweij een onderzoek uit 2008 van de Nederlandse organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) aan, waaruit blijkt dat 70% van de ouders graag thuis wil bevallen. Ook blijkt uit een enquête van het OuderSchap in 2012 onder 1000 jonge ouders dat zo'n 80% het belang van de keuzevrijheid van de plaats van bevallen centraal stelt, ongeacht of ze thuis of in het ziekenhuis willen bevallen (Website KNOV, 2012b).

### 1.3 DE ROL VAN VOORLICHTING BIJ HET MAKEN VAN EEN KEUZE

Zwangere vrouwen zouden door goede voorlichting in staat moeten zijn een weloverwogen keuze te maken over de plaats van bevallen. Uit onderzoek van Hendrix et al. (2009: 541) blijkt dat de meeste zwangere vrouwen de keuze voor de plaats van bevallen al vóór de twaalfde week van de zwangerschap hebben gemaakt, meestal al vóór het eerste bezoek aan hun verloskundige hulpverlener. Volgens

Manders, Wentink-Lander en Roumen (2009: 1675) is het maar zeer de vraag of zwangere vrouwen op dat moment voldoende betrouwbare informatie hebben over de voor- en nadelen van hun keuze.

Het is van belang dat vrouwen een reëel beeld hebben van de consequenties van hun keuze voor de plaats van bevallen. Uit onderzoek van Manders et al. (2009: 1675) komt naar voren dat zwangere vrouwen objectiever zouden moeten worden geïnformeerd om een realistisch beeld van de bevalling te creëren. Zo noemen Manders et al. (2009: 1675) onder andere het reële verwijrisico tijdens de thuisbevalling en de bijbehorende consequenties, zoals verplaatsing naar het ziekenhuis, de overdracht van zorg en de gang van zaken in de tweede lijn. Omdat er vooraf niet kan worden voorspeld wie daadwerkelijk zonder complicaties thuis kan bevallen, is deze informatie voor elke zwangere van belang die overweegt om thuis te bevallen.

De huidige situatie kan zonder goede voorlichting over kansen en risico's niet anders dan leiden tot een groep ontevreden vrouwen vanwege gefrustreerde verwachtingen. Negatieve ervaringen van de bevalling worden onder andere veroorzaakt door een onrealistisch verwachtingspatroon bij de zwangere, zo stellen Manders et al. (2009: 1675). Objectieve voorlichting zou dit onrealistische verwachtingspatroon kunnen voorkomen. Door voorlichters de voorlichting meer te laten baseren op feiten dan ideologie, kunnen cliënten beter kiezen wat bij hen past, aldus de Jonge (2009).

### 1.4 AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK

De aanleiding voor deze scriptie ligt in de uitkomsten van een enquête die in 2011 onder zwangere vrouwen bij de Verloskundige Stadspraktijk (verder: VSP) in Groningen zijn gehouden. Te zijner tijd bleek dat een aanzienlijk deel van de cliënten achteraf niet tevreden was met hun keuze voor de plaats van bevallen. De vrouwen hadden in retrospectief meer voorlichting willen ontvangen over de plaats van bevallen: thuis of in het ziekenhuis (Blokzijl-Huisman, Meeuwis & Schellekens, 2012: 14). Op basis van deze verkregen informatie is er bij de VSP de wens geformuleerd een keuzewijzer (op het internet) te ontwikkelen om daarmee het

aantal weloverwogen keuzes over de plaats van de bevaling te vergroten en uiteindelijk de tevredenheid over de gemaakte keuze te doen toenemen. Als zo'n keuzewijzer een gedetailleerde, specifieke en gepersonaliseerde focus heeft op de keuzemogelijkheden en de uitkomsten, kan deze de zwangere vrouw goed voorbereiden op het maken van een specifieke en persoonlijke keuze (O'Connor et al., 2009: 40).

Het ontwikkelen van de keuzewijzer vormde echter niet het enige doel voor dit onderzoek. Bij de VSP ontstond tevens vraag hoe de inhoud en de vorm van de communicatie rondom de keuzewijzer het best zouden kunnen worden ingezet.

### 1.5 DOEL VAN HET ONDERZOEK

Deze scriptie kent twee doelen. Het eerste doel betreft het ontwikkelen van een keuzewijzer die een advies geeft over de plaats van bevallen (thuis of in het ziekenhuis). Op deze manier zal er worden bijgedragen aan adequate voorlichting aan zwangere vrouwen (en hun partner) waardoor zij in staat zijn een weloverwogen keuze te maken voor de plaats van bevallen, en achteraf ook tevreden zijn over hun keuze.

Het tweede doel is ertoe bij te dragen dat de voorlichting rond de keuzewijzer zo wordt ingericht dat een groot percentage zwangere vrouwen de keuzewijzer daadwerkelijk gaat invullen. Daartoe zal een gedragsdeterminantenonderzoek worden uitgevoerd om informatie te verzamelen over de overtuigingen die zwangere vrouwen hebben met betrekking tot het invullen van de keuzewijzer. Door deze overtuigingen in kaart te brengen, kunnen er naar verwachting aanbevelingen worden gedaan over de vorm en vooral de inhoud van communicatie rondom de keuzewijzer.

### 1.6 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK

De toegevoegde waarde van dit onderzoek ligt in het praktische nut van het ontwikkelen van een keuzewijzer voor de plaats van bevallen. Hierdoor kunnen zwangere vrouwen in

de praktijk worden begeleid in het maken van een weloverwogen keuze. Tevens wordt er door de onderliggende overtuigingen voor het de keuzewijzer te onderzoeken, ook theorie over gedragsdeterminanten toegepast op dit onderzoek. Uit de literatuur blijkt dat het niet nieuw is om gedragsdeterminantenonderzoeken toe te passen op specifieke gebieden in de gezondheidscommunicatie. Zo hebben Broersma en Jansen (2012) onderzoek gedaan naar de onderliggende overtuigingen om een HIV-test te doen en heeft Reinards (2012) onderzoek gedaan naar de onderliggende overtuigingen over de diabetes risicotest.

### 1.7 OPBOUW VAN DE SCRIPTIE

Voor een helder beeld van het onderwerp van de scriptie, wordt in hoofdstuk 2 het Nederlands verloskundig systeem besproken. Hoofdstuk 3, 4 en 5 staan in het teken van het eerste deel van dit onderzoeksverslag: het ontwerp van de keuzewijzer. In hoofdstuk 3 wordt hiervoor relevante theorie besproken, en in hoofdstuk 4 wordt het ontwerp van de keuzewijzer verantwoord. Hoofdstuk 5 sluit het eerste deel van het onderzoeksverslag af met een conclusie. In het tweede deel van het onderzoeksverslag: het gedragsdeterminantenonderzoek, wordt ingegaan op de overtuigingen die ten grondslag liggen aan het invullen van de keuzewijzer. In hoofdstuk 6 wordt hiervoor relevante theorie besproken en in hoofdstuk 7 komt de methode van het onderzoek aan bod. Vervolgens worden in hoofdstuk 8 de resultaten gepresenteerd. Hoofdstuk 9 sluit het tweede deel van het onderzoeksverslag af met een conclusie waarin adviezen worden gegeven omtrent de vorm te geven communicatie voor de keuzewijzer. In het afsluitende hoofdstuk 10 volgt een algemene slotbeschouwing en worden discussiepunten en aanbevelingen besproken.



## 2 HET NEDERLANDS VERLOSKUNDIG SYSTEEM

Over de hele wereld is het doel van de verloskundige zorg hetzelfde, namelijk: de geboorte van een gezonde baby uit een gezonde vrouw (Prins, Van Roosmalen, Scherjon & Smit, 2009: 11). Desondanks zijn er in de wereld grote verschillen waar te nemen in de organisatie van de verloskundige zorg. In dit hoofdstuk wordt getracht een beeld te schetsen van het unieke verloskundige systeem in Nederland.

### 2.1 NEDERLAND EN GEBORTE

Per jaar bevallen er in Nederland ruim 180.000 vrouwen die allemaal verloskundige zorg ontvangen. Waelpot (2008) omschrijft verloskundige zorg als zorg die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en het kraambed. Een relatief nieuw onderdeel van de verloskundige zorg is zorg vóór de conceptie. In Nederland is het verloskundig systeem, met het relatief hoge percentage thuisbevallingen (24.5%) onder leiding van verloskundigen en in mindere mate huisartsen, heel anders dan in de meeste andere westerse landen (Kuunders, 2008). Binnen het Nederlandse systeem kan de vrouw bij een normaal verlopende zwangerschap en bevalling in principe goed en veilig thuis bevallen. Zwangerschap wordt als een natuurlijk, normaal proces beschouwd en niet als een ziekelijk proces. De zwangere vrouw heeft volgens de Nederlandse opvatting dan ook geen medische begeleiding nodig als daar geen reden voor is. Dit is volgens Van de Reep (2011: 16) bijzonder, omdat in andere westerse landen geboorte vaak als een gebeurtenis wordt gezien die medisch begeleid dient te worden. In de meeste andere westerse landen vindt de bevalling dan ook standaard plaats in het ziekenhuis (Mulock Houwer & Van Beek, 2009: 18). Verder voegt Van de Reep (2011: 17) toe dat de zelfstandige positie van de verloskundigen ook kenmerkend is voor Nederland. In andere westerse landen zijn het slechts artsen die het recht hebben om verloskundige zorg zelfstandig uit te voeren. Nederland vormt hier dus een uitzondering op, aldus Van de Reep (2011: 17).

### 2.2 HET NEDERLANDS VERLOSKUNDIG SYSTEEM

In Nederland wordt de verloskundige zorg verricht door een keten waarin de verloskundige, huisarts, gynaecoloog en kinderarts belangrijke betrokkenen zijn (Website ZonMw, 2012). Doordat de betrokken zorgverleners een systeem van risicoselectie hanteren, krijgt de zwangere vrouw de zorg die bij haar situatie past. Mulock Houwer en Van Beek (2009: 18) voegen hier aan toe dat er tevens op deze manier niet onnodig (dure) complexe zorg wordt ingezet, wat de doelmatigheid van de zorgverlening bevordert. De verloskundige zorg in Nederland is verdeeld in eerste-, tweede- en derdelijns zorg. Een zwangerschap en bevalling met een laag risico op complicaties kunnen veilig in de eerste lijn worden begeleid door een verloskundige of (verloskundig actieve) huisarts. Vrouwen en baby's met complicaties, of een verhoogd risico daarop worden doorverwezen naar de tweede lijn (gynaecologen of kinderartsen) of zelfs derde lijn (zeer specialistische zorg in academische ziekenhuizen). Kuunders (2008) schrijft dat de strikte scheiding tussen eerste-, tweede-, en derdelijnszorg in andere westerse landen niet bestaat. Zwangere vrouwen worden in deze landen standaard begeleid door gynaecologen.

#### 2.2.1 DOORVERWIJZINGEN

Uitgangspunt bij het systeem van de risicoselectie is de richtlijn "Verloskundige Indicatie Lijst" (VIL). De VIL geeft het gewenste niveau van zorg aan bij specifieke gezondheidsproblemen en wie er verantwoordelijk is voor de begeleiding van de zwangere vrouw. De VIL biedt dus houvast in de samenwerking tussen diverse zorgverleners (Website ZonMw, 2012; Website KNOV, 2009b). Aan de hand van de VIL bepaalt de verloskundige of een vrouw op eerste- of tweedelijnsverloskundige zorg is aangewezen. In feite fungeren de zorgverleners in de eerste lijn dus als "poortwachter" naar meer medische specialistische verloskundige zorg. Om het systeem van doorverwijzingen te laten slagen, is er een actieve samenwerking tussen verloskundigen en specialisten (Website KNOV, 2009b).

## 2.3 PLAATSEN VAN BEVALLING

Nederland is één van de weinige westerse landen waar zwangere vrouwen met een normaal verlopen zwangerschap, zonder complicaties, kunnen kiezen waar ze willen bevallen. Houben-Van Hertzen (2011) stelt dat van de 184.000 baby's die in 2010 geboren zijn, ongeveer 75% van de bevallingen heeft plaatsgevonden in een ziekenhuis, waarvan een derde poliklinisch was en tweederde klinisch (een bevalling op medische indicatie). 24.5% van de bevallingen vond thuis plaats en 0.5% elders, bijvoorbeeld in de auto op weg naar het ziekenhuis of in een geboortecentrum. Opgemerkt dient te worden dat bij de geboorte van een eerste kind het percentage thuisbevallingen slechts op 15% ligt (Van de Reep, 2010: 22).

### 2.3.1 THUISBEVALLING

In vergelijking met andere Westerse landen heeft Nederland een hoog percentage thuisbevallingen. Toch is het percentage thuisbevallingen sterk afgenomen. Zo werd in 1960 nog 70% van de baby's thuis geboren (Buitendijk, 2010: 8). Sinds de opkomst van de poliklinische bevalling rond 1965 is het percentage thuisbevallingen in Nederland flink gedaald. Volgens Buitendijk (2010: 8) is een belangrijke factor voor de daling van het percentage thuisbevallingen gelegen in het feit dat steeds meer vrouwen met een medische indicatie worden doorverwezen naar een gynaecoloog in het ziekenhuis. Daarnaast kiezen tegenwoordig meer vrouwen voor een poliklinische bevalling, ook wel een verplaatste thuisbevalling genoemd.

Als voordeel van een thuisbevalling wordt vaak het ongestoorde verloop van de bevalling genoemd. De zwangere vrouw hoeft immers in principe niet te worden verplaatst tijdens de bevalling. Toch heeft een vrouw die voor het eerst bevalt een grote kans (50%) om tijdens de bevalling opgenomen te worden in het ziekenhuis. In 3.8% van de gevallen gaat het dan om spoedeisende gevallen, aldus Prins et al. (2009: 122). Volgens Prins et al. (2009: 123) zijn veel vrouwen teleurgesteld wanneer zij worden verwezen naar het ziekenhuis, omdat ze hier vooraf geen rekening mee gehouden lijken te hebben. In het geval van complicaties dient er binnen 20 minuten een ziekenhuis te kunnen worden bereikt. Wanneer dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld

door sluitingen van ziekenhuizen, is thuis bevallen geen optie.

De keuze voor een thuisbevalling heeft vaak te maken met een kleinere kans op medische ingrijpen en infecties dan in het ziekenhuis, vorige negatieve ziekenhuiservaringen, veiligheid, meer controle over de bevalling en een vertrouwde omgeving met eigen spullen. Wanneer vrouwen vertrouwen hebben in de bevalling, kiezen ze vaak voor een thuisbevalling (Boucher, Bennet, McFarlin & Freeze, 2009: 121; Borquez & Wiegers, 2006: 344). Tevens kiezen sommige vrouwen voor een thuisbevalling omdat ze graag in bad willen bevallen. Dit is over het algemeen niet mogelijk bij een poliklinische bevalling.

### 2.3.2 POLIKLINISCHE BEVALLING

Bij een poliklinische bevalling begint de vrouw eerst thuis aan de bevalling en gaat vervolgens rond vier centimeter ontsluiting naar het ziekenhuis. De eigen verloskundige begeleidt de bevalling dan in het ziekenhuis verder. Bij een poliklinische bevalling mogen vrouwen, mits alles goed is verlopen, binnen een paar uur weer naar huis (Prins et al., 2009: 123).

De keuze voor een poliklinische bevalling heeft vaak te maken met een gevoel van veiligheid, de mogelijkheid tot het krijgen van medische pijnstilling en de beschikbaarheid van artsen en technologie in geval van nood (Borquez & Wiegers, 2006: 344; Van der Hulst, Bonsel, Bleker & Van Teijlingen, 2004: 29). Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die thuis bevallen, beduidend minder medische interventies ondergaan dan (vergelijkbare) vrouwen die poliklinisch bevallen. *“Als medische technologie voor handen is, wordt er meer gebruik van gemaakt”*, aldus Buitendijk (2010: 10).

### 2.3.3 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN VOOR DE KEUZE VOOR DE PLAATS VAN BEVALLEN

Zoals al eerder in de inleiding is genoemd, hebben zwangere vrouwen hun keuze voor de plaats van bevallen vaak al vóór de twaalfde week van de zwangerschap gemaakt (Hendrix et al., 2009: 541). Het is van belang te vermelden dat de definitieve keuze voor de plaats van bevallen echter pas *tijdens* de bevalling hoeft te worden gemaakt.



Er is veel onderzoek gedaan naar de motivatie waarom vrouwen kiezen voor een poliklinische bevalling of thuisbevalling. Zo beïnvloeden verwachtingen en percepties op het moment van de besluitvorming de keuze voor een bepaalde plaats (Van der Hulst et al., 2004: 32). Daarnaast zijn bij de keuze voor de plaats van bevallen sociaal economische kenmerken en de attitude bepalend voor zwangere vrouwen, zo blijkt uit onderzoek van Hendrix, Pavlova, Nieuwenhuijze, Severens en Nijhuis (2010: 244, 247-248). Hendrix et al. (2009: 537) stellen dat de keuze tevens wordt beïnvloed door biologische en emotionele factoren, zoals gevoelens van veiligheid en vertrouwen. Ook blijkt dat naast de mening van de verloskundige, de mening van de omgeving van de zwangere van belang is bij het maken van een keuze. Volgens Prins et al. (2009: 122) is vooral het vertrouwen van de partner in de plaats van bevallen van grote invloed op de uiteindelijke keuze.

Prins et al. (2009: 122) schrijven verder dat bij de keuze voor de plaats van bevallen verschillende variabelen van belang zijn. Zo noemen zij allereerst de urbanisatiegraad. In dunbevolkte gebieden bevallen meer vrouwen thuis. Ook speelt de leeftijd van de vrouw een rol. Vrouwen die jonger zijn dan 25 jaar, kiezen minder vaak voor een thuisbevalling. Daarnaast kiezen hoger opgeleide vrouwen vaker voor een thuisbevalling (32%) dan lager opgeleide vrouwen (27%) (Website KNOV, 2009). Verder speelt ook mee of een vrouw al vaker is bevallen. Vrouwen die voor de eerste keer bevallen, kiezen eerder voor een poliklinische bevalling. Bij vrouwen die vaker zijn bevallen speelt ook de plaats en het verloop van de eerdere bevalling een rol bij de keuze om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. Prins et al. (2009: 122) noemen tot slot nog de etniciteit: niet-Nederlandse vrouwen kiezen minder vaak voor een thuisbevalling, en de invloed van de verloskundigenpraktijk op het maken van een keuze. Echter, het percentage thuisbevallingen wordt niet beïnvloed door solo-, duo- of groepspraktijkvoering, aldus Prins et al. (2009: 122).

#### 2.3.4 TEVREDENHEID OVER DE BEVALLING

Verschillende factoren zijn van invloed op de tevredenheid van vrouwen over de bevalling. Uit onderzoek van Rijnders et al. (2008: 111) blijkt dat thuis bevallen het hoogst wordt gewaardeerd. Zo kijkt 96% van de vrouwen die thuis is bevallen, drie jaar later nog steeds positief terug op hun beval-

ling. Vrouwen die tijdens een thuisbevalling toch naar het ziekenhuis moesten, waren het minst tevreden over hun bevalling. Er zijn verschillende factoren die een rol spelen bij een slechte bevallingservaring. Volgens Rijnders et al. (2008: 111-113) zijn verplaatsing tijdens de bevalling naar het ziekenhuis, angst voor het eigen leven of dat van de baby, geen inspraak hebben over pijnbestrijding, niet kunnen omgaan met pijn, negatieve gevoelens over de zorgverlener en een vaginale kunstverlossing of keizersnede belangrijke factoren die een negatieve bevallingservaring in de hand werken. Buitendijk (2010: 11) stelt dat een goede bevallingservaring van belang is, omdat dit zorgt voor een betere binding met de baby en tevens een positievere beleving van het moederschap oplevert.

De volgende drie hoofdstukken hebben betrekking op het ontwerp van de keuzewijzer.



## DEEL 1: DE TOTSTANDKOMING VAN DE KEUZEWIJZER



### 3 THEORETISCH KADER VOOR BESLISSINGEN OMTRENT DE KEUZEWIJZER

In dit hoofdstuk worden theorieën en modellen besproken die relevant zijn voor het ontwerp van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt de eerste onderzoeksvraag geformuleerd.

#### 3.1 HET MAKEN VAN KEUZES TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Mensen nemen elke dag besluiten, van kleine besluiten zoals wat ze als ontbijt eten tot meer belangrijke besluiten zoals bij het kopen van een huis. De term “besluit” impliceert dat er een keuze wordt gemaakt op basis van een afweging tussen verschillende mogelijkheden. Keuzes maken doen we vaak onbewust, en dat is ook geen probleem. Maar het onbewust maken van keuzes gaat niet op voor verschillende (complexe) besluiten die in de zwangerschap moeten worden genomen, waarvan de keuze voor de plaats van bevallen er één is. Dit besluit dient weloverwogen te worden genomen, op basis van relevante informatie over de keuzemogelijkheden (Levy, 1999: 109). Het nemen van een weloverwogen besluit op basis van relevante informatie wordt in de literatuur ook wel aangeduid als het maken van een “geïnformeerde keuze”. In verschillende definities van het begrip geïnformeerde keuze komen de volgende twee aspecten naar voren. Een geïnformeerde keuze is enerzijds gebaseerd op (voldoende) relevante informatie over de keuzemogelijkheden (in dit geval thuis of in het ziekenhuis bevallen) en anderzijds is de keuze consistent met de normen en waarden van de beslisser (O’Connor, 1995; Bekker et al., 1999; Marteau, Dormandy & Michie, 2001; Briss et al., 2004). Van den Berg et al. (2005: 332, 336) schrijven verder dat geïnformeerde besluitvorming uitgaat van de autonomie van de beslisser en leidt tot positieve psychologische effecten, zoals minder onzekerheid over de keuze en meer tevredenheid met de gemaakte keuze.

3.1.1 EEN WELOVERWOGEN KEUZE VOOR DE PLAATS VAN BEVALLEN  
Voor een zwangere vrouw en haar partner is het van groot belang dat de keuze voor de plaats van bevallen welover

wogen wordt gemaakt (Levy, 1999: 109-110). Een weloverwogen keuze draagt er immers toe bij dat de vrouw zich veilig en prettig voelt op de plaats waar ze wil bevallen, wat weer ten goede komt aan het verloop van de bevalling. Daarnaast stelt Buitendijk (2010: 12) dat de zwangere vrouw door een bepaalde plaats te kiezen, invloed uitoefent op haar bevallingservaring. Levy (1999: 109) schrijft verder dat een weloverwogen keuze bij de zwangere vrouw tot betrokkenheid leidt bij het proces van zorgverlening. Betrokkenheid zorgt ervoor dat de zwangere vrouw zich actief bezig houdt met haar zorgproces. Hierdoor wordt de zorg vaak beter afgestemd op haar behoeften en wensen, wat volgens Groeneveld (2008: 4) weer positieve effecten heeft op de kwaliteit van de zorg en de uiteindelijke tevredenheid over de zorg. Voor het maken van een weloverwogen keuze is de zwangere vrouw mede afhankelijk van de informatie, de steun en de belangenbehartiging die ze ontvangt van haar verloskundige hulpverlener (Levy, 2009: 109-110).

#### 3.2 DE INZET VAN EEN KEUZEWIJZER

Geïnformeerde keuzes kunnen worden belemmerd door een gebrek aan tijd. Dikwijls worden bij een gebrek aan tijd vuistregels of heuristieken gebruikt om keuzes te maken. Een voorbeeld van een vuistregel is: “Als een deskundige zegt dat het goed is, dan is het ook goed.” (geloofwaardigheidsvuistregel) (Hoeken, Hornikx & Hustinx, 2012: 66). Volgens het *Elaboration Likelihood Model* (ELM) van Petty en Cacioppo (1986) wordt er door vuistregels te hanteren relatief snel en met weinig cognitieve inspanning tot een bepaald besluit gekomen. Het gebruik van vuistregels heeft echter als gevolg dat niet alle aspecten worden meegenomen in de besluitvorming. Ook kan een gebrek aan tijd bij de verloskundige hulpverleners van invloed zijn op de kwaliteit van de te geven voorlichting aan zwangere vrouwen. Doordat de spreekuren meestal strak zijn gepland, kan de tijd ontbreken om diep(er) in te gaan op de keuze voor de plaats van bevallen. Om zwangere vrouwen en hun partners toch in staat te stellen een weloverwogen besluit te nemen,

kan als aanvulling op de voorlichting door de verloskundige hulpverlener een “keuzehulp” worden ingezet. Zo’n keuzehulp wordt in de literatuur ook wel aangeduid als een “*decision aid*”, “beslischulp” of “keuzewijzer”. In deze scriptie zal de term *keuzewijzer* worden gehanteerd.

O’Connor et al. (2009: 3) beschrijven een keuzewijzer als een instrument dat als ondersteuning dient bij het maken van een geïnformeerde keuze in een situatie waarin geen objectief beste keuze aan te wijzen is. De keuzewijzer biedt in zo’n situatie informatie over de relevante keuzemogelijkheden en uitkomsten. Tevens zou een keuzewijzer helpen bij de persoonlijke evaluatie van de voor- en nadelen van de keuzemogelijkheden en bij het afwegen van deze voor- en nadelen. Volgens O’Connor et al. (2009: 3) verschillen keuzewijzers van regulier gezondheidsvoorlichtingsmateriaal vanwege hun gedetailleerde, specifieke en persoonlijke focus op de opties en uitkomsten ten aanzien van het doel van de besluitvorming. Regulier gezondheidsvoorlichtingsmateriaal helpt mensen hun diagnose of behandeling te begrijpen, maar het helpt hen niet met het nemen van een besluit, aldus O’Connor et al. (2009: 3).

Het is niet nieuw om een keuzewijzer in te zetten voor een besluit tijdens de zwangerschap. Zo wordt dit middel ook voor keuzes rondom prenatale screening ingezet (Detmar et al., 2008). Onderzoek heeft aangetoond dat een keuzewijzer in het algemeen de kwaliteit van een besluit verbetert. De *International Patient Decision Aids Standards* (verder: IPDAS) definieert de kwaliteit van het besluit als “*the match between the chosen options and the features that matter most to the informed patient*” (IPDAS, 2005: 3). Ter ondersteuning van het gegeven dat een keuzewijzer de kwaliteit van het besluit verbetert, verwijzen Detmar et al. (2008: 47) naar een review van O’Connor et al. (1999). Daaruit blijkt dat door het gebruik van een keuzewijzer het aantal mensen dat onzeker is over de keuze afneemt, de kennis over het betreffende “probleem”, de opties en uitkomsten toeneemt en de betrokkenheid van mensen bij het keuzeproces groter wordt. Ten grondslag aan de keuzewijzer dient een goed basisontwerp van het besluitvormingsproces te liggen. De grondslag van dit basisontwerp moet worden gevormd door het gewenste handelingsverloop van de gebruiker. Over dat gewenste handelingsverloop gaat de volgende paragraaf.

### 3.3 DE CONSTRUCTIE VAN HET GEWENSTE HANDELINGSVERLOOP

De keuzewijzer voor de plaats van bevallen kan worden beschouwd als een instructieve voorlichtingstekst. In een instructieve voorlichtingstekst worden aanwijzingen gegeven voor reeksen acties die de gebruiker stap voor stap moet volgen om tot een bepaald resultaat te komen (Steehouder & Karreman, 2000: 220). O’Connor et al. (2009: 3) schrijven dat ook een keuzewijzer de functie heeft om een persoon gestructureerd en stap voor stap naar een besluit te leiden. Voor de keuzewijzer voor de plaats van bevallen betekent dit dat een zwangere vrouw met behulp van de keuzewijzer stap voor stap nagaat welke plaats het meest in overeenstemming is met haar voorkeur.

Volgens Jansen en Steehouder (1989: 85) moeten instructieve voorlichtingsteksten worden opgezet vanuit de handelingen die de gebruiker moet verrichten. Op deze manier komt de tekst direct tegemoet aan zijn functie, namelijk het bieden van hulp bij het oplossen van een specifiek probleem. Daarnaast stellen Jansen en Steehouder (1989: 85) dat het handelingsperspectief de gebruiker de mogelijkheid biedt om uit de betekenis van de tekst gemakkelijk af te leiden welke handelingen moeten worden uitgevoerd: “*wat er gedaan moet worden staat bij een consequente toepassing van het handelingsperspectief steeds expliciet en in de juiste volgorde in de tekst*”. De inhoud van een adequate handelingsgerichte tekst wordt gevormd door het *gewenste handelingsverloop* van de gebruikers, aldus Jansen en Steehouder (1989: 85).

#### 3.3.1 HET GEWENSTE HANDELINGSVERLOOP

Onder een handelingsverloop verstaan Jansen en Steehouder (1989: 89) een “*verzameling onderling gerelateerde handelingenreeksen voor het uitvoeren van dezelfde taak in verschillende situaties*”. Jansen en Steehouder spreken in deze definitie van een “verzameling” omdat er in een handelingsverloop altijd meerdere handelingsreeksen voor meerdere gebruikers worden gecombineerd. Tevens betreft de definitie “onderling gerelateerde handelingsreeksen” omdat de paden van verschillende gebruikers in een handelingsverloop gedeeltelijk samenvallen, maar ook ge-

deeltelijk uiteenlopen, aldus Jansen en Steehouder (1989:89).

Volgens Jansen en Steehouder (1989: 88) is het voor het ontwerp van een handelingsverloop van belang dat die inhoudelijke basis wordt gevonden waarbij een maximale effectiviteit, efficiëntie, inzichtelijkheid en autonomie wordt bereikt. Onder effectiviteit verstaan Jansen en Steehouder (1989: 13) de mate waarin bij de gebruikers het door hen gestelde doel wordt bereikt. Met de efficiëntie wordt bedoeld op de tijd die de gebruikers nodig hebben voor het (correct) voltooien van de taken of handelingen. Hoe minder tijd dit is, hoe efficiënter, aldus Jansen en Steehouder (1989: 13). Met autonomie wordt bedoeld op de situatie waarin een zo groot mogelijk deel van de gebruikers hun taken of handelingen (zonder hulp) correct kan uitvoeren (Jansen & Steehouder, 1989: 95). Tot slot dient er voor te worden gezorgd dat de gebruikers ook inzien waar ze eigenlijk mee bezig zijn, dit betreft het concept inzichtelijkheid (Jansen & Steehouder, 1989: 95). Voor de kwaliteit van een instructieve voorlichtingstekst zijn de effectiviteit en de efficiëntie de belangrijkste vereisten. Daarom wordt het handelingsverloop waarmee voor de “gemiddelde gebruiker” een maximale effectiviteit en efficiëntie wordt bereikt, aangeduid als het *gewenste handelingsverloop*. Dit handelingsverloop leidt met andere woorden voor de gemiddelde gebruiker zo snel en gemakkelijk mogelijk tot een juiste uitkomst. Jansen en Steehouder (1989: 89) stellen dat het begrip gewenst handelingsverloop nauw verwant is aan de begrippen algoritme en heuristiek die in de literatuur over probleemoplossingen een belangrijke rol spelen. Jansen en Steehouder omschrijven het verschil tussen een algoritme en een heuristiek als volgt:

*Een algoritme geeft altijd een optimale oplossing (als die bestaat), waarbij impliciet of expliciet alle mogelijke oplossingen zijn afgewogen. Een heuristiek kan tot een optimale oplossing leiden, maar dat is niet gegarandeerd: slechts een deel van de mogelijke oplossingen wordt impliciet of expliciet afgewogen.* (Jansen & Steehouder, 1989: 89)

Uit de bovenstaande beschrijving van een algoritme en een heuristiek kan worden opgemaakt dat een handelingsverloop overwegend het karakter heeft van een algoritme. Volgens Jansen en Steehouder (1989: 92) schrijft een handelingsverloop in het algemeen *precies* voor welke hande-

lingen in welke situaties moeten worden verricht om het doel te bereiken en daarnaast leidt het handelingsverloop voor elke gebruiker tot *de* (of *een*) juiste oplossing.

### 3.3.1.1 DE VOLGORDE VAN DE HANDELINGEN

Jansen en Steehouder (1996: 454) stellen dat de instructies in een handelingsverloop in de eerste plaats moeten worden gepresenteerd in de volgorde waarin ze moeten worden uitgevoerd. In sommige gevallen is het niet direct duidelijk wat de optimale volgorde van de instructies is. Dan moet de ontwerper zelf op zoek gaan naar een logische volgorde, rekening houdend met de eisen voor de effectiviteit en de efficiëntie van het handelingsverloop. Bij een maximale effectiviteit hangt de volgorde van de handelingen samen met de verificaties die nodig zijn om te kunnen bepalen welke uitkomst voor een bepaalde gebruiker van toepassing is (Jansen & Steehouder, 1989: 92-94). Volgens Jansen en Steehouder (1996: 454) kan het erg ingewikkeld kan zijn om bij het bepalen van de volgorde van de instructies naast een maximale effectiviteit ook een maximale efficiëntie te realiseren. Om een maximale efficiëntie te realiseren, kan de regel worden aangehouden dat de gebruiker het minimale aantal instructies of vragen bij langs hoeft te lopen om tot een juiste uitkomst te komen, aldus Jansen en Steehouder (1996: 458). Om een maximale efficiëntie te bereiken mag de ontwerper geen ingewikkelde samengestelde vragen opstellen, zoals “Bent u zwanger, boven de dertig en rookt u?”. Alle vragen dienen enkelvoudig te worden opgesteld.

## 3.4 EEN STROOMSCHEMA ALS PRESENTATIEVORM VOOR HET HANDELINGSVERLOOP

Steehouder en Jansen (1997: 135-136) stellen dat er verschillende mogelijkheden zijn om het onderliggende handelingsverloop van een instructieve voorlichtingstekst te presenteren. Het handelingsverloop kan bijvoorbeeld in een lopende tekst worden verwerkt, maar ook in een beslissingstabel of in de vorm van een stroomschema (*flowchart*). Daarnaast kan het handelingsverloop stap voor stap worden gepresenteerd op een beeldscherm van een computer. In deze scriptie zal een stroomschema worden gebruikt om het besluitvormingsproces dat ten grondslag ligt aan de keuzewijzer te presenteren. Deze presentatievorm

werd het meest geschikt geacht vanwege de mogelijkheid om het besluitvormingsproces overzichtelijk en begrijpelijk te presenteren. In deze paragraaf zal nader op deze kenmerken van stroomschema's worden ingegaan. Steehouder en Jansen geven de volgende omschrijving van een stroomschema:

*Een stroomschema is een grafische weergave van samenhangende beslissingen die moeten worden genomen en van stappen die afhankelijk van die beslissingen moeten worden uitgevoerd. De stappen en beslissingen worden in blokken gezet die door middel van pijlen met elkaar verbonden zijn.* (Steehouder & Jansen, 1997: 135)

Nederhoed (2011: 198) schrijft dat een stroomschema laat zien hoe stappen of fasen in processen, procedures of gebeurtenissen op elkaar volgen. Hij schrijft dat een stroomschema vooral functioneel is als in de loop van die procesprocessen, procedures of gebeurtenissen op basis van een aantal voorwaarden keuzes moeten worden gemaakt. Na

de laatste handeling komt de gebruiker via een lijn bij een mededeling over het resultaat van het gehele proces (Jansen & Steehouder, 1989: 151). Voor de keuzewijzer voor de plaats van bevallen zal dit resultaat een persoonlijk advies inhouden over de plaats van bevallen.

#### 3.4.1 TOEPASSING VAN STROOMSCHEMA'S

Stroomschema's kunnen voor verschillende doelen worden gebruikt. Volgens Jansen en Steehouder (1989: 151) werden stroomschema's in voorlichtingsteksten voor het eerst toegepast in de jaren zestig. Voor die tijd werden stroomschema's ingezet bij het weergeven van bedrijfsprocessen, technische systemen en het ontwerpen van computerprogramma's. Later werden stroomschema's bijvoorbeeld ook gebruikt voor het stellen van medische diagnoses, het oplossen van wiskundige problemen en de weergave van wetten en regelingen (Jansen & Steehouder, 1989: 151). Nederhoed (2011: 199) presenteert ter illustratie van het concept stroomschema, een stroomschema over de toepassing van spellingsregels omtrent de tussenletters -e- en -en-. Zie Figuur 1.

#### **-e- of -en?**

Is het linkerdeel een zelfstandig naamwoord?

nee

**schrijf -e-**  
rodekool

ja

Heeft het linkerdeel een meervoud dat eindigt op -en?

nee

**schrijf -e-**  
aspergesoep

ja

Heeft het linkerdeel een meervoud op -es?

ja

**schrijf -e-**  
weidevogel

nee

**schrijf -en-**  
lerarenopleiding

**Figuur 1** Voorbeeld stroomschema voor de keuze van de tussenletters -e- en -en- (Nederhoed, 2011: 199).



Nederhoed (2011: 198) stelt dat stroomschema's duidelijke voordelen kennen. Als groot voordeel benoemt Nederhoed het feit dat een stroomschema de gebruiker tijd bespaart. De gebruiker hoeft immers slechts de onderdelen te bekijken die voor hem of haar relevant zijn. De visuele presentatie dwingt de gebruiker tevens tot een stap-voor-stapverwerking. Hierdoor kan worden voorkomen dat de gebruiker informatie overslaat die wél voor hem of haar relevant is. Daarnaast hoeven er volgens Nederhoed (2011:198) in stroomschema's geen (complexe) als-dan-zinnen te worden gebruikt, aangezien deze vervangen kunnen worden door instructies of vragen en pijlen met "ja" en "nee". Als gevolg hiervan wordt de syntactische complexiteit van de tekst verminderd. Samengestelde conditionele zinnen kunnen immers worden vermeden, aldus Jansen en Steehouder (1989: 154). Maar het gebruik van stroomschema's heeft ook enkele nadelen. Zo blijkt onder andere uit onderzoek van Wright en Reid (1973: 164) dat de informatie in een stroomschema minder goed wordt doorzien en onthouden dan in een lopende tekst. Een stroomschema is dus minder functioneel voor (complexe) taken die vaak moeten worden uitgevoerd, aldus Jansen en Steehouder (1989: 157) en Nederhoed (2011: 198).

### 3.5 AANDACHTSPUNTEN BIJ HET ONTWERP VAN DE KEUZEWIJZER

Fossen, Anderson en Tiemeijer (2012) geven in hun onderzoek naar stemhulpen en kieswijzers in de Tweede Kamerverkiezingen een aantal belangrijke aandachtspunten weer die ook van toepassing zijn op het ontwerpen van een keuzewijzer voor de plaats van bevallen. Deze aandachtspunten worden hieronder besproken.

#### 3.5.1 STURENDE EFFECTEN

Volgens Fossen et al. (2012: 164) worden stemhulpen en kieswijzers soms met enige argwaan bekeken. Dit zou onder andere komen door het vermoeden van bewuste manipulatie. Zo kunnen gebruikers er zich bewust van zijn dat het voor het uiteindelijke resultaat van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen verschil kan maken welke aspecten er zijn geselecteerd voor de keuzewijzer, de wijze waarop de vragen en/of stellingen zijn geformuleerd en welke re-

kenmethode er is gehanteerd om tot het uiteindelijke advies te komen. Afhankelijk van deze keuzes van de ontwerper kan er een bepaalde uitkomst worden bevoordeeld. Fossen et al. (2012: 181) benadrukken dat mogelijke sturende effecten van de ontwerper moeten worden geneutraliseerd bij het ontwerpproces. De ontwerper moet immers trachten zo onpartijdig mogelijk zijn.

Bij het vaststellen van de inhoud van de keuzewijzer blijft het voor de ontwerpers onvermijdelijk om keuzes te maken, aldus Fossen et al. (2012: 181). Bij het ontwerp van een keuzewijzer zijn er immers geen objectieve maatstaven voor welke keuze er mag gelden als "de juiste". Daarom bieden de StemWijzer en Kieskompas bijvoorbeeld de mogelijkheid om door weging van stellingen de mogelijke uitkomsten enigszins aan de eigen voorkeuren aan te passen (Fossen et al., 2012: 169). Zo kan een gebruiker bij de StemWijzer een stelling dubbel laten tellen of niet meewegen. Bij het Kieskompas zijn de verschillende stellingen ondergebracht in verschillende thema's. Een gebruiker kan kiezen welke thema's uiteindelijk in het resultaat worden meegenomen. Fossen et al. (2012: 169) benadrukken echter dat ook deze mogelijkheden van "weging" altijd zijn voorgeprogrammeerd. De selecties die de ontwerpers hebben gemaakt omtrent de inhoud, zullen altijd het uitgangspunt blijven voor de totstandkoming van het advies. Ook merken Fossen et al. (2012: 169) op dat de dubbele weging bij de StemWijzer iets willekeurig heeft. Waarom telt een belangrijke stelling dubbel en bijvoorbeeld niet voor anderhalf, of voor vier? In de politiek is het goed voorstelbaar dat een onderwerp voor een gebruiker zo belangrijk is dat elke partij die hierover met hem of haar van mening verschilt, zonder meer afvalt. Ook bij de keuze voor de plaats van bevallen is het denkbaar dat een bepaald aspect voor een zwangere vrouw zo belangrijk is, dat dit leidend is in haar keuze voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling.

#### 3.5.2 OVERIGE AANDACHTSPUNTEN

Aan de in paragraaf 3.5.1 besproken aandachtspunten voegen Van der Weijden en Sanders-Van Lennep (2012: 517) toe dat de informatie in een keuzewijzer in ieder geval zo gebalanceerd en volledig mogelijk moet zijn. Ook schrijven Van der Weijden en Sanders-Van Lennep (2012: 517) dat ervoor moet worden gezorgd dat de lay-out van de keuze-

wijzer zo neutraal en eenvoudig mogelijk is. Hierbij dient in het achterhoofd te worden gehouden dat de keuzewijzer voor de plaats van bevallen (zoals reeds is genoemd in de inleiding) in de eerste plaats wordt ontworpen voor het internet en dat dit mogelijk consequenties heeft voor het visuele ontwerp van de keuzewijzer. Daarnaast dient er bij het ontwerp van de keuzewijzer rekening te worden gehouden met de eisen die het gebruik van een beeldscherm aan de tekstkwaliteit stelt. Renkema (2012: 528) stelt bijvoorbeeld dat het lezen van een schermpagina lastiger is dan het lezen van een papieren pagina: de lezer raakt snel het overzicht kwijt en heeft moeite met grote tekstblokken. Om de keuzewijzer voor de plaats van bevallen in z'n doel te kunnen laten slagen, is een optimale tekstkwaliteit van buitengewoon belang. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op verschillende aspecten die verband houden met de tekstkwaliteit.

### 3.5.2.1 Het CCC-model

Om objectief de tekstkwaliteit van de keuzewijzer te kunnen beoordelen, kan het *CCC-model* van Renkema (2012: 30) worden gehanteerd (zie Tabel 1). Het CCC-model is een analysemodel waarmee systematisch kan worden nagegaan wat er goed of fout is aan de tekst, aldus Renkema (2012: 27). Het CCC-model gaat uit van de gedachte dat

een tekst voldoende kwaliteit heeft wanneer deze voldoet aan drie criteria. Het eerste criterium is "*Correspondentie*". Dit houdt in dat er overeenstemming moet zijn tussen de doelen van de schrijver en de verwachtingen van de lezers (Renkema, 2012: 27). Het tweede criterium is "*Consistentie*". Dit betekent dat de schrijver gemaakte keuzes in de tekst consequent doorvoert (Renkema, 2012: 27). Hierbij kan worden gedacht aan het gebruik van "u" of "jij" in de tekst. Het laatste criterium is de "*Correctheid*". Dit houdt in dat de tekst qua inhoud en vorm correct moet zijn (Renkema, 2012: 28). Hierbij kan worden gedacht aan het correct toepassen van spellingsregels, maar ook aan de correcte opmaak van tabellen. Samen vormen *Correspondentie*, *Consistentie* en *Correctheid* de drie C's van het CCC-model. Volgens Renkema (2012: 28) hebben de drie criteria alle te maken met afstemming. Die afstemming heeft betrekking op verschillende aspecten van het schrijven. Renkema (2012: 28) schrijft dat met deze drie criteria drie soorten tekortkomingen of fouten kunnen worden onderscheiden: correspondentiefouten, consistentiefouten en correctheidsfouten. Zoals te zien valt in Tabel 1 kunnen de drie criteria worden toegepast op vijf niveaus: teksttype, inhoud, opbouw, formulering en presentatie. De koppeling van de drie criteria en de vijf niveaus levert de vijftien punten op die van invloed kunnen zijn op de tekstkwaliteit.

	Correspondentie	Consistentie	Correctheid
A Teksttype	1 Passende tekstsoort	2 Genrezuiverheid	3 Genreregels
B Inhoud	4 Voldoende informatie	5 Overeenstemming tussen informatieonderdelen	6 Juistheid van informatie
C Opbouw	7 Inzichtelijke samenhang	8 Consequente structurering	9 Correcte verbindingen
D Formulering	10 Gepaste formulering	11 Eenheid van stijl	12 Correcte zinsbouw en woordkeus
E Presentatie	13 Gepaste presentatie	14 Afstemming tekst en vormgeving	15 Correcte spelling en interpunctie

**Tabel 1** Het CCC-model voor de analyse van tekstkwaliteit (Renkema, 2012: 30).

Het CCC-model bevat geen ijkpunten waarin concrete tekstkenmerken zijn opgenomen. Renkema (2012: 37) geeft hiervoor als reden dat tekstkenmerken vanuit verschillende gezichtspunten kunnen worden geëvalueerd. Voor een tekstanalyse met behulp van het CCC-model heeft Renkema (2012: 43) per ijkpunt verschillende richtvragen opgesteld. In totaal zijn er voor de vijftien ijkpunten zeventig richtvragen. Renkema benadrukt (2012: 43) dat niet elke vraag even belangrijk is voor elke tekst. De zeventig richtvragen uit het CCC-model gelden zowel voor papieren teksten als voor beeldschermpagina's. Maar omdat beeldschermcommunicatie werkt via kleinere eenheden, is het volgens Renkema (2012: 528) extra belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan drie ijkpunten onder het criterium van correspondentie: ijkpunten 7, 10 en 13. Daarom heeft Renkema nog tien extra richtvragen opgesteld voor beeldschermcommunicatie. Alle tachtig richtvragen zijn opgenomen in *bijlage 1*. In het volgende hoofdstuk worden de (relevante) richtvragen gebruikt voor een analyse van de tekstkwaliteit voor het ontwerp van de keuzewijzer.

### 3.6 DE EERSTE ONDERZOEKSVRAAG

Op basis van de besproken literatuur in dit hoofdstuk kan de eerste onderzoeksvraag worden geformuleerd. Die vraag staat centraal bij het ontwerpen van de keuzewijzer, en luidt als volgt:

*“Welke kenmerken moet de keuzewijzer voor de plaats van bevallen hebben, gelet op de beschikbare literatuur?”*

In dit hoofdstuk zijn verschillende criteria beschreven voor het onderliggende handelingsverloop van de keuzewijzer en het uiteindelijke ontwerp van de keuzewijzer. Hierbij zijn de meest belangrijke kenmerken het creëren van een gewenst handelingsverloop en een maximale tekstkwaliteit. In het volgende hoofdstuk wordt het ontwerp van de keuzewijzer besproken.



## 4 HET ONTWERP VAN DE KEUZEWIJZER

In dit hoofdstuk wordt de totstandkoming van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen besproken aan de hand van verschillende criteria over het onderliggende handelingsverloop en de tekstkwaliteit. Bij het ontwerp is getracht het keuzeproces, gericht op een besluit over de plaats van bevallen, vast te leggen in een neutraal algoritme dat de persoonlijke voorkeuren van de zwangere vrouw logisch samenvat in een advies voor de plaats van bevallen. Allereerst wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de inhoud van het handelingsverloop dat aan de keuzewijzer ten grondslag ligt.

### 4.1 DE INHOUD VAN HET HANDELINGSVERLOOP

Zwangere vrouwen dienen voor hun keuze voor de plaats van bevallen een realistisch beeld te hebben van de consequenties die de keuze voor een bepaalde plaats met zich meebrengt. De Jonge (2009) benadrukt dat de keuze voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling dient te worden gebaseerd op feiten en niet op ideologie. Getracht is daarom de inhoud van het handelingsverloop (in de vorm van vragen, stellingen en bijbehorende toelichtingen) zo objectief mogelijk te laten zijn. Aangezien de nadruk van deze scriptie niet ligt op de medische kant van het keuzeproces voor de plaats van bevallen, zal daar niet uitgebreid op worden ingegaan. Van belang is hier wel dat de informatie in het handelingsverloop enerzijds is gebaseerd op (medische) indicatoren die in de literatuur zijn gevonden voor de keuze tussen een thuisbevalling of een poliklinische bevalling en anderzijds op gesprekken met verloskundigen en zwangere vrouwen. Verder is op advies van Manders et al. (2009) in het ontwerp van het handelingsverloop aandacht besteed aan de kansen en risico's die beide plaatsen met zich meebrengen.

### 4.2 HET GEWENSTE HANDELINGSVERLOOP

Voor het ontwerp van de keuzewijzer is het van belang dat het onderliggende handelingsverloop maximaal effectief én

efficiënt is. In de onderstaande twee paragrafen wordt besproken op welke wijze is getracht een zo optimaal mogelijke effectiviteit en efficiëntie te realiseren. Hoewel de effectiviteit de belangrijkste eis is voor het handelingsverloop, zal hier voor een duidelijk beeld van het ontworpen handelingsverloop toch eerst worden begonnen met de efficiëntie.

#### 4.2.1 DE EFFICIËNTIE VAN HET HANDELINGSVERLOOP

Volgens de besproken literatuur in hoofdstuk 3 is een handelingsverloop het meest efficiënt wanneer de gemiddelde gebruiker het minimale aantal vragen en/of stellingen hoeft te beantwoorden om tot een passende uitkomst te komen. Voor het handelingsverloop van de keuzewijzer is echter besloten het efficiëntieprincipe niet in alle opzichten strikt te hanteren. Een volledig strikte hantering heeft namelijk als gevolg dat niet kan worden voldaan aan een expliciete wens van de VSP omtrent het ontwerp van de keuzewijzer: de gebruiker door het invullen van de keuzewijzer kennis te laten nemen van alle belangrijke aspecten die volgens de VSP een rol (moeten) spelen in het maken van een weloverwogen keuze voor de plaats van bevallen. Indien het efficiëntieprincipe voor het handelingsverloop van de keuzewijzer namelijk volledig strikt wordt gehanteerd, dan zou op het moment dat (op basis van de al gegeven antwoorden in de keuzewijzer) duidelijk is welk advies passend is voor de gebruiker, dit advies ook direct aan de gebruiker moeten worden meegedeeld. Op deze manier wordt voor de gebruiker immers de kortste handelingsroute gerealiseerd. In de praktijk betekent dit streven naar de kortste handelingsroute echter dat de gebruiker niet in staat wordt gesteld kennis te nemen van alle belangrijke aspecten die volgens de VSP een rol (moeten) spelen in het maken van een weloverwogen keuze. De gebruiker krijgt immers het advies op basis van een deel van de vragen en/of stellingen uit de keuzewijzer. Gesteld kan dus worden dat de keuzewijzer naar wens van de VSP ook als een soort leerinstrument moet fungeren. De gebruiker neemt tenslotte kennis van verschillende aspecten die volgens de VSP van belang zijn voor het maken van een weloverwogen keuze. Duidelijk is dat deze didactische functie van de keuzewijzer gevolgen heeft voor de efficiëntie van het handelingsverloop.

De kans bestaat immers dat de gebruiker nog vragen en/of stellingen beantwoordt, terwijl op basis van de gegeven antwoorden in het handelingsverloop al lang duidelijk is welk advies zal worden gegeven. Uiteindelijk is getracht een handelingsverloop voor de keuzewijzer te ontwerpen waarin zowel rekening is gehouden met de eisen omtrent de efficiëntie als met de gevraagde didactische functie van de keuzewijzer. In *bijlage II* is het gehele onderliggende handelingsverloop in de vorm van een stroomschema weergegeven. Voor de duidelijkheid wordt het ontworpen handelingsverloop hieronder toegelicht aan de hand van drie fases die de gebruiker moet doorlopen.

### **Fase 1: Twee selectievragen beantwoorden**

In navolging van het selectieprincipe met betrekking tot de kortste handelingsroute, worden in het begin van het handelingsverloop twee (selectie)vragen gesteld met als antwoordopties “ja”, “nee” of “weet ik niet”. Door middel van deze vragen wordt duidelijkheid gecreëerd over de passendheid van het vervolg van de keuzewijzer bij de gebruiker. Zo wordt getracht te voorkomen dat een gebruiker onnodig de hele keuzewijzer invult wanneer er feitelijk geen keuzevrijheid voor de plaats van bevallen is en/of wanneer al vaststaat op welke plaats de vrouw gaat bevallen. Zo bevat een vrouw in het geval van een medische indicatie in principe altijd onder leiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis. In het geval van een medische indicatie geeft de keuzewijzer de gebruiker dan ook direct het advies om klinisch te bevallen. Ook wordt er een selectievraag gesteld omtrent de veiligheidseisen van de thuisomgeving van de vrouw. Indien niet wordt voldaan aan deze eisen, is een thuisbevalling niet mogelijk en adviseert de keuzewijzer direct een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Wanneer de gebruiker geen medische indicatie heeft en een thuisomgeving heeft die voldoet aan de veiligheidseisen voor een thuisbevalling, is het vervolg van de keuzewijzer (Fase 2 en Fase 3) passend bij de gebruiker.

### **Fase 2: Op dertien stellingen reageren**

Voor Fase 2 zijn er dertien stellingen geformuleerd over onderwerpen die volgens de VSP een belangrijke rol (moeten) spelen bij het maken van een weloverwogen keuze voor de plaats van bevallen. Op basis van literatuur (o.a. Van der Hulst et al., 2004; Borquez & Wiegers, 2006; Rijnders et al., 2008; Boucher et al., 2009; Hendrix et al., 2009;

Prins et al., 2009; Buitendijk, 2010) en gesprekken met verloskundigen en zwangere vrouwen, zijn relevante onderwerpen voor de stellingen geselecteerd: de kans op infecties, het betalen van een eigen bijdrage voor de bevalling, verplaatsing in het begin van de bevalling naar het ziekenhuis, troep van de bevalling, toegang tot medische pijnbestrijding, gevoel van controle (over de omgeving en mensen in de omgeving) tijdens de bevalling, een (veilig) gevoel van de aanwezigheid van specialisten en medische apparatuur tijdens de bevalling, de wens om in bad te bevallen, de kans op medische ingrepen, privacy tijdens de bevalling, de verplaatsing bij (dreigende) complicaties in het laatste deel van de bevalling en de mate waarin de vrouw zich prettig voelt in haar thuisomgeving en in een ziekenhuisomgeving. Met het oog op de didactische functie van de keuzewijzer dient de gebruiker op alle dertien stellingen te reageren om uiteindelijk een advies te kunnen krijgen. Echter, zoals in paragraaf 4.2.2 verder wordt besproken, hoeft het advies niet per se tot stand te komen op basis van de antwoorden op alle dertien stellingen. In paragraaf 4.2.2 wordt ook ingegaan op de antwoordopties van de stellingen.

### **Fase 3: Het advies ontvangen**

In Fase 3 krijgt de gebruiker uiteindelijk een persoonlijk advies voor de plaats van bevallen. Op basis van de gegeven antwoorden op de stellingen in Fase 2 wordt het advies bepaald: een advies om poliklinisch te bevallen in het ziekenhuis, een advies om thuis te bevallen of een advies om later te beslissen vanwege het nog ontbreken van een duidelijke uitslag. Op welke manier het handelingsverloop van de keuzewijzer precies tot een persoonlijk advies voor de gebruiker leidt, wordt besproken in de volgende paragraaf.

#### **4.2.2 DE EFFECTIVITEIT VAN HET HANDELINGSVERLOOP**

Voor de keuzewijzer is het van belang dat het handelingsverloop dat ten grondslag ligt aan de keuzewijzer zo effectief mogelijk is: de zwangere vrouw dient in ieder geval bij een persoonlijk resultaat uit te komen, oftewel: een passend advies voor de plaats van bevallen. Gedurende het ontwerpproces zijn verschillende besluiten genomen in het kader van een effectief handelingsverloop. Zo zijn er enkele stellingen geselecteerd die leidend zijn in de totstandkoming van het advies. Ook is bepaald op welke wijze de persoonlijke voorkeur van de gebruiker wordt meegewogen in

het advies. Hieronder wordt besproken op welke wijze is getracht een zo effectief mogelijk handelingsverloop te realiseren.

### De weging van de stellingen

Met het oog op de totstandkoming van een passend advies zijn de dertien stellingen uit Fase 2 inhoudelijk geanalyseerd op hun onderlinge invloed op de keuze voor een bepaalde plaats van bevallen. Uit de analyse is gebleken dat de stellingen inhoudelijk konden worden opgedeeld in twee categorieën: (A) een categorie stellingen met betrekking tot de mate waarin de gebruiker bepaalde risico's wil afdekken en (B) een categorie stellingen met betrekking tot de mate waarin de gebruiker zich prettig voelt onder de omstandigheden die een thuisbevalling of een poliklinische bevalling met zich meebrengen. Verondersteld is dat een advies voor de plaats van bevallen tot stand dient te komen op basis van een weging van de reacties van de invuller op deze twee categorieën stellingen. Voor een duidelijk beeld van de onderverdeling van de stellingen in twee categorieën, zijn de stellingen behorende bij de twee categorieën apart in twee tabellen weergegeven. Tabel 2 geeft de vier stellingen weer die betrekking hebben op Categorie A: het afdekken van bepaalde risico's. Tabel 3 (op p. 24) bevat de negen stellingen die betrekking hebben op Categorie B: de mate waarin de vrouw zich prettig voelt onder omstandigheden die thuisbevalling en een poliklinische bevalling met zich meebrengen.

Uiteindelijk is op basis van een verdere analyse van de stellingen en op basis literatuur over adequate voorlichting

voor de plaats van bevallen (o.a. Manders et al., 2004) besloten de twee categorieën stellingen een verschillende wegingsfactor toe te kennen bij de totstandkoming van het advies. Vertrekpunt daarbij was dat sommige onderwerpen (objectief gezien) van grotere invloed (dienen te) zijn op het maken van een keuze voor de plaats van bevallen dan andere onderwerpen. Zo kunnen (en moeten) de "hardere" stellingen over het afdekken van bepaalde risico's (Categorie A) als leidend worden beschouwd in het keuzeprocess voor de plaats van bevallen. Het volgende (simplistische) voorbeeld laat zien dat een antwoord op een stelling uit Categorie A, een leidende rol vervult in de keuze voor een bepaalde plaats. Wanneer een vrouw tijdens de bevalling directe toegang wil tot medische pijnbestrijding (een onderwerp uit Categorie A), dan zal het feitelijk gezien niet veel meer uitmaken of de vrouw zich misschien meer op haar gemak voelt in het ziekenhuis (een onderwerp uit Categorie B). De enige mogelijkheid om directe toegang tot medische pijnbestrijding te hebben, is immers door in het ziekenhuis te bevallen. Maar wanneer een vrouw pijnbestrijding niet van belang vindt, is geen van de twee plaatsen nog een "betere" keuze en kan de mate waarin een vrouw zich op haar gemak voelt thuis en in het ziekenhuis een belangrijke factor zijn in de uiteindelijke keuze voor een plaats.

Voor de keuzewijzer is besloten dat de antwoorden op de stellingen uit Categorie A samen al het advies kunnen bepalen bij het blijken van een duidelijke voorkeur voor een plaats.

---

#### Stellingen voor Categorie A

---

- 1 Ik vind het belangrijk dat ik de kans op infecties zo klein mogelijk houd.
- 2 Ik vind het belangrijk dat ik tijdens de bevalling directe toegang heb tot medische pijnbestrijding.
- 3 Ik vind het belangrijk dat ik de kans op medische ingrepen zo klein mogelijk houd.
- 4 Ik vind het belangrijk dat ik niet tijdens het laatste deel van de bevalling naar het ziekenhuis hoef te gaan bij (dreigende) complicaties.

---

**Tabel 2** Stellingen met betrekking tot het afdekken van bepaalde risico's.

---

## Stellingen voor Categorie B

---

- 1 Ik vind het van belang dat ik geen eigen bijdrage hoef te betalen voor de bevalling.
- 2 Ik zou het vervelend vinden om in het begin van de bevalling met weeën in de auto naar het ziekenhuis te gaan.
- 3 Ik vind het belangrijk dat ik zoveel mogelijk het gevoel van controle (over mijn omgeving en mensen in mijn omgeving) ervaar tijdens de bevalling.
- 4 Ik zou een veilig gevoel krijgen van de aanwezigheid van specialisten en medische apparatuur tijdens de bevalling.
- 5 Ik vind het belangrijk dat ik in bad zou kunnen bevallen.
- 6 Ik vind privacy tijdens de bevalling belangrijk.
- 7 Ik zou het vervelend vinden om troep van de bevalling in huis te hebben.
- 8 Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in mijn thuisomgeving.
- 9 Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in een ziekenhuisomgeving.

---

**Tabel 3** Stellingen met betrekking tot bijkomende omstandigheden omtrent een plaats van bevallen.

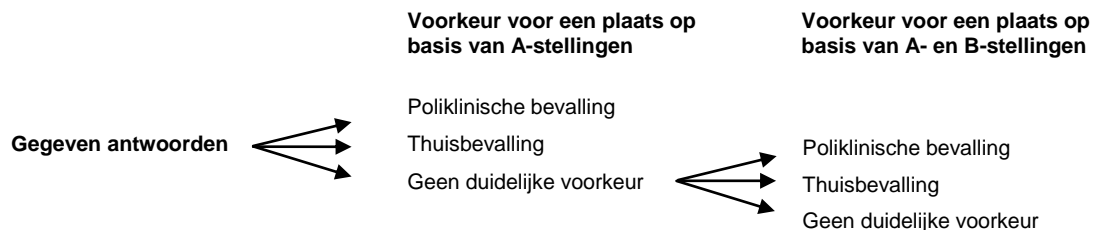
Pas als op basis van de stellingen uit Categorie A geen duidelijke voorkeur blijkt, dan kunnen de stellingen uit Categorie B de doorslag geven in het advies. In feite komt het advies voor de plaats van bevallen dus tot stand via een soort sluizenprincipe (zie Figuur 2).

In de keuzewijzer zal de gebruiker niets merken van de opdeling van de stellingen in twee categorieën. Dit komt enerzijds omdat de stellingen uit beide categorieën in het handelingsverloop door elkaar zijn geplaatst en anderzijds omdat de gebruiker met het oog op de didactische functie van de keuzewijzer, toch alle stellingen bij langs moeten lopen om een advies te kunnen krijgen.

### De eigen voorkeur van de gebruiker meewegen

Om ervoor te zorgen dat de keuzewijzer een advies uitbrengt in navolging van de persoonlijke voorkeur van de gebruiker, is er een wegingsfactor toegekend aan de antwoordopties van de stellingen. Op deze manier kan worden verdisconteerd dat zwangere vrouwen sommige aspecten voor hun besluitvorming van meer belang vinden dan andere. In de keuzewijzer kunnen de gebruikers op een 6-punts Likertschaal aangeven hoe sterk ze het met de betreffende stellingen eens zijn. De antwoordopties lopen van (1) “sterk mee oneens” tot (6) “sterk mee eens”. Afhankelijk van de wijze waarop de gebruiker een stelling waardeert, is de stelling een meer of minder sterke indicator voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling.

24



---

**Figuur 2** De totstandkoming van het advies volgens het sluizenprincipe.



In Tabel 4 in *bijlage III* is per stelling aangegeven bij welke score de stelling geldt als een indicator voor een poliklinische bevalling of voor een thuisbevalling. Om te zorgen dat alle stellingen de juiste lading meekrijgen in de totstandkoming van het advies, dienen enkele antwoorden van stellingen softwarematig te worden gehercodeerd. In Tabel 4 in *bijlage III* staat aangegeven bij welke stellingen dit het geval is.

### De uiteindelijke de totstandkoming van een advies

Na het doorlopen van het gehele handelingsverloop worden de gescoorde punten van de gebruiker in kaart gebracht. Volgens het sluisenprincipe kan het advies tot stand komen via twee routes: (1) op basis van slechts de antwoorden op de stellingen uit Categorie A en (2) op basis van de antwoorden op de stellingen uit Categorie A en B samen. Voor een eenduidig advies is er een scoringsysteem opgesteld. Dit scoringsysteem zal voor beide routes worden besproken.

#### ROUTE 1: ADVIES OP BASIS VAN DE STELLINGEN UIT CATEGORIE A

Met het op de vier stellingen gescoorde puntenaantal uit Categorie A wordt bepaald of de gebruiker een duidelijke voorkeur heeft voor een bepaalde plaats van bevallen omtrent het afdekken van risico's (zie Tabel 5). Zoals in Tabel 5 is te zien, is voor Categorie A het minimale aantal punten 4 en het maximale aantal punten 24. Wanneer een gebruiker in Categorie A 4 t/m 10 punten scoort, krijgt deze het advies voor een poliklinische bevalling. Het advies voor een thuisbevalling wordt gegeven wanneer een gebruiker in

Categorie A 18 t/m 24 punten heeft gescoord. Het kan voorkomen dat de gebruiker geen duidelijke voorkeur heeft op basis van slechts de stellingen uit Categorie A.

De gebruiker scoort in dat geval op de vier stellingen 11 t/m 17 punten. Zoals al eerder genoemd, zal wanneer een gebruiker geen duidelijke voorkeur heeft op basis van de stellingen uit Categorie A, het advies worden bepaald door de antwoorden van Categorie A én B samen. Hoe dit advies precies tot stand komt op basis van beide categorieën stellingen, wordt hieronder besproken.

#### ROUTE 2: ADVIES OP BASIS VAN DE STELLINGEN UIT CATEGORIE A EN B.

Indien op basis van de stellingen uit Categorie A blijkt dat de gebruiker geen duidelijke voorkeur heeft voor een bepaalde plaats, dan wordt voor de totstandkoming van een uiteindelijk advies een totaalscore opgemaakt van de stellingen uit Categorie A én Categorie B. De stellingen uit Categorie A en Categorie B hebben echter niet dezelfde invloed op de totstandkoming van het advies, omdat de stellingen uit Categorie A als leidend worden beschouwd in de keuze voor een bepaalde plaats. Besloten is daarom de stellingen uit Categorie A tweemaal mee te laten tellen in de totstandkoming van het advies en de stellingen uit Categorie B slechts éénmaal. In Tabel 6 (op p. 26) is het scoringsysteem uiteengezet voor de totstandkoming van een advies op basis van alle stellingen in het handelingsverloop.

Stellingen	Minimaal aantal punten	Maximaal aantal punten	Uitkomst
	4	10	Poliklinische bevalling
	11	17	Geen duidelijke voorkeur
	18	24	Thuisbevalling

**Tabel 5** Advies op basis van de stellingen uit Categorie A (n = 4).

Zoals in Tabel 6 is te zien, bedraagt het minimale aantal punten voor Categorie A en B samen 31 en bedraagt het maximale aantal punten 88. Het minimale puntenaantal is opgebouwd uit 22 punten uit Categorie A (11 punten vermenigvuldigd met de factor 2) en 9 punten uit Categorie B. In Tabel 5 valt te zien dat 11 punten de ondergrens betreft van de categorie “geen duidelijke voorkeur voor een bepaalde plaats”. Het maximale aantal punten is opgebouwd uit 34 punten uit Categorie A (17 punten vermenigvuldigd met de factor 2) en 54 punten uit Categorie B. Zoals in Tabel 5 te zien valt, vormt het puntenaantal van 17 de bovengrens voor de categorie “geen duidelijke voorkeur voor een bepaalde plaats”. Uitgaande van het minimale en maximale aantal punten, is de scorering zo gelijkmatig mogelijk verdeeld over de drie categorieën uitkomsten. Bij een score van 31 t/m 50 punten wordt een advies voor een poliklinische bevalling gegeven. Het advies voor een thuisbevalling wordt gegeven wanneer de gebruiker 69 t/m 88 punten scoort. Een score van 51 t/m 68 punten indiceert dat de betreffende gebruiker op het moment van invullen geen duidelijke voorkeur heeft voor een thuisbevalling of poliklinische bevalling in het ziekenhuis. In dat geval geeft de keuzewijzer het advies om op een later moment te beslissen over de plaats van bevallen.

In paragraaf 4.2.2 zijn de verschillende besluiten besproken die binnen het ontwerpproces in het kader van een effectief handelingsverloop zijn genomen. In de praktijk kan het ontworpen handelingsverloop worden geconstrueerd door middel van computersoftware. Deze software dient op basis van de gegeven antwoorden van de gebruiker in de keuzewijzer een passend handelingsverloop te creëren.

### 4.3 DE TEKSTKWALITEIT

Om de keuzewijzer te laten slagen in zijn doel, dient de keuzewijzer behalve een degelijke inhoudelijke basis, ook een optimale tekstuele kwaliteit te hebben. Mochten bijvoorbeeld zinnen onduidelijk zijn geformuleerd, dan bestaat de kans dat een gebruiker zinnen niet geheel snapt en mogelijk een stelling verkeerd beantwoordt. Op deze manier kan de deugdelijkheid van het gegeven advies in het geding komen. Daarom is als uitgangspunt voor het ontwerpen van de tekst, het CCC-model van Renkema (2012: 30) gehanteerd. De vijftien ijkpunten waarmee de tekstkwaliteit in dit model kan worden bepaald zijn alle in overweging genomen (zie *bijlage I* voor de richtvragen). Zo is getracht correspondentiefouten, consistentiefouten en correctheidsfouten te voorkomen. Bij het tekstontwerp is extra rekening gehouden met de ijkpunten “gepaste formulering”, “inzichtelijke samenhang” en “gepaste presentatie”. Deze punten zijn volgens Renkema (2012) namelijk van extra waarde voor beeldschermcommunicatie. Hieronder zal in grote lijnen worden besproken op welke manier er voor de keuzewijzer is getracht voldoende tekstkwaliteit te realiseren.

#### Doelgroepgerichtheid

Van belang is dat de keuzewijzer voor een brede doelgroep (qua leeftijd en opleidingsniveau) toegankelijk is. Voor de keuzewijzer betekent dit allereerst dat de informatie in de keuzewijzer voor iedereen begrijpelijk dient te zijn. Om een brede toegankelijkheid te realiseren is het ten eerste van belang een passende zinsbouw en woordkeus te hanteren. Daarom zijn waar mogelijk moeilijke (medische) termen vermeden.

Stellingen	Minimaal aantal punten	Maximaal aantal punten	Uitkomst
	31 (22 uit A + 9 uit B)	50	Poliklinische bevalling
	51	68	Geen duidelijke voorkeur
	69	88 (34 uit A + 54 uit B)	Thuisbevalling

**Tabel 6** Advies op basis van de stellingen uit Categorie A (n = 4) en Categorie B (n = 9).

Ook zijn de zinnen kernachtig en direct geformuleerd. Daarnaast is geprobeerd voor de gebruiker van de keuzewijzer alle mogelijke onduidelijkheden weg te nemen. Zo wordt bij een meerderheid van de stellingen extra informatie verschaft in de vorm van toelichtingen. De gebruiker wordt op deze manier in staat gesteld om de handelingen in de keuzewijzer (zonder hulp) correct uit te voeren. Ook is getracht voldoende informatie te verschaffen voor de gebruiker. Zo wordt voorafgaand aan de start van de keuzewijzer een inleiding gegeven. Hierin wordt verteld wat het doel is van de keuzewijzer en wat de gebruiker van de keuzewijzer kan verwachten. Verder wordt er na het doorlopen van de keuzewijzer ook een toelichting gegeven op het advies. Daarnaast worden in de keuzewijzer informatieve verwijzingen opgenomen naar (wetenschappelijke) onderzoeken die betrekking hebben op de betreffende stelling en andere sites die extra informatie verschaffen over het betreffende onderwerp. Op deze manier wordt de gebruiker in staat gesteld zelf te bepalen in hoeverre zij kennis wil nemen van aspecten die van belang zijn voor het kiezen van een plaats voor de bevalling. De gebruiker kan dus meerdere informatielagen raadplegen wanneer daar behoefte aan is. Door middel van alle bovengenoemde aspecten wordt getracht de keuzewijzer zo goed mogelijk af te stemmen op een brede doelgroep.

### **Afstemming tekst en vormgeving**

Voor een goede afstemming tussen de tekst en de vormgeving van de keuzewijzer, wordt getracht de beeldschermpagina's voldoende "lucht" te laten bevatten. Grote stukken tekst stoten de gebruiker immers af. Om veel tekst op een beeldschermpagina te voorkomen, worden de vragen en stellingen uit het handelingsverloop niet onder elkaar op één beeldschermpagina gepresenteerd, maar elk apart op een beeldschermpagina. Door deze presentatiewijze wordt ook getracht het keuzeproces inzichtelijk te houden voor de gebruiker. De gebruiker kan zich immers op deze manier letterlijk stap voor stap op een vraag of stelling richten. Tevens constateren Toepoel, Das en Van Soest (2009) dat het plaatsen van meerdere vragen of stellingen op een scherm een negatief effect heeft op de evaluatie van de gebruiker op de lay-out. Verder wordt met het oog op de inzichtelijkheid, op elke beeldschermpagina getoond hoe ver de gebruiker is gevorderd in de keuzewijzer met het oog op de totstandkoming van het advies.

### **Gepaste presentatie**

De presentatie van de keuzewijzer kan een belangrijke rol spelen bij de intentie om de keuzewijzer in te vullen. In de literatuur werd voor de keuzewijzer een neutrale, eenvoudige lay-out geadviseerd. Beeldschermlezers zijn immers snel afgeleid. Aangezien de keuzewijzer op het internet wordt gelinkt aan de website van de VSP, dient de keuzewijzer qua stijl overeen te komen met deze website. Het is dus belangrijk dat de keuzewijzer en de website van de VSP eenheid van stijl vertonen. Omdat de website van de VSP neutraal en eenvoudig is, kan het ontwerp van de keuzewijzer gemakkelijk worden afgestemd op de website van de VSP. Verder is het van belang dat de presentatie van de keuzewijzer gebruiksvriendelijk is. Om deze gebruiksvriendelijkheid te realiseren, wordt een consequente structurering van de beeldschermpagina's doorgevoerd. Tevens worden er duidelijke instructies in de vorm van "knoppen" in de keuzewijzer geplaatst, zoals "vorige" of "volgende". Met het oog op de gebruiksvriendelijkheid van de keuzewijzer wordt de gebruiker ook de mogelijkheid geboden om het advies en de gegeven antwoorden te printen. Om een beeld te krijgen van een mogelijke presentatievorm van de keuzewijzer, is met behulp van Adobe Photoshop voor de keuzewijzer een (simplistische) neutrale voorbeeldlay-out ontworpen. Deze voorbeeldlay-out stemt overeen met de website van de VSP. In *bijlage IV* zijn twee voorbeeldschermen van de lay-out van de keuzewijzer weergegeven.

## **4.4 PRE-TEST VAN HET ONTWERP**

Voordat het uiteindelijke (inhoudelijke) ontwerp van de keuzewijzer tot stand is gekomen, is er kleine een pre-test gehouden onder zeven willekeurig gekozen zwangere vrouwen. Deze vrouwen zijn persoonlijk benaderd in de wachtkamer van de Verloskundige Stadspraktijk. Besloten is in de pre-test de tekstkwaliteit van het ontwerp centraal te stellen en niet de effectiviteit en de efficiëntie van het handelingsverloop dat ten grondslag ligt aan het ontwerp van de keuzewijzer. De respondenten missen hoogstwaarschijnlijk kennis om relevante uitspraken te kunnen doen over de constructie van het handelingsverloop. Bij de pre-test werd de respondenten onder andere gevraagd de vragen, stellingen en toelichtingen uit de keuzewijzer te lezen en gedurende het lezen te letten op mogelijke onduidelijk-

heden qua formulering en zinsbouw. Daarnaast werd de respondenten gevraagd of ze bepaalde informatie misten en/of overbodig vonden in de keuzewijzer. Ook werd de respondenten gevraagd naar hun mening over de lay-out op het gebied van overzichtelijkheid en gebruiksvriendelijkheid. Uiteindelijk zijn op basis van de pre-test geen grote onduidelijkheden naar voren gekomen op het gebied van formuleringen en zinsbouw. Verder bleken de respondenten de verschillende toelichtingen in het ontwerp te waarderen. Er was geen informatie die als overbodig werd beschouwd, en ook werd op het eerste gezicht geen relevante informatie gemist. De respondenten beoordeelden de voorbeeldlay-out van de keuzewijzer als overzichtelijk en gebruiksvriendelijk. Op basis van de pre-test is er een enkele formulering in het inhoudelijke ontwerp van de keuzewijzer aangepast. Omdat de aanpassingen kleine wijzigingen betroffen, is het ontwerp van de keuzewijzer niet nogmaals opnieuw getest onder de doelgroep. In *bijlage V* is het volledige inhoudelijke ontwerp van de keuzewijzer bijgevoegd.

## 5 DEELCONCLUSIE

Het eerste deel van dit onderzoeksverslag stond in het teken van het ontwerpen van een keuzewijzer voor de plaats van bevallen. Op basis van deze keuzewijzer kunnen zwangere vrouwen (en hun partners) worden begeleid in het maken van een weloverwogen keuze voor de plaats van bevallen. Op basis van de besproken literatuur in hoofdstuk 3 werd een onderzoeksvraag geformuleerd die centraal stond bij het ontwerpen van de keuzewijzer. Deze vraag luidde als volgt: *“Welke kenmerken moet de keuzewijzer voor de plaats van bevallen hebben, gelet op de beschikbare literatuur?”*

Uit de beschikbare literatuur werd duidelijk dat de keuzewijzer voor de plaats van bevallen verschillende kenmerken moest hebben om adequaat te kunnen functioneren. Op basis van theorie van Jansen en Steehouder (1989) werd geconstateerd dat de gebruiker in de keuzewijzer stap voor stap moet kunnen nagaan welke plaats van bevallen het meest in overeenstemming is met haar voorkeur. Dit werd in het ontwerp van de keuzewijzer gerealiseerd door de gebruiker twee vragen en dertien stellingen één voor één te laten beantwoorden. Zoals in paragraaf 4.2.2.1 is besproken, werden de onderwerpen van deze vragen en stellingen relevant geacht voor het maken van een weloverwogen keuze.

Verder werd op basis van Jansen en Steehouder (1989) duidelijk dat er ten grondslag aan de keuzewijzer een zogenaamd “gewenst handelingsverloop” van de gebruiker moest liggen: voor de “gemiddelde gebruiker” van de keuzewijzer moest het onderliggende handelingsverloop maximaal effectief en efficiënt zijn. Vanwege de expliciete wens van de VSP om de keuzewijzer ook als leerinstrument te laten fungeren, kon echter in het ontwerp van de keuzewijzer niet strikt worden voldaan aan de eisen omtrent de efficiëntie. Met het oog op de didactische functie van de keuzewijzer dient de gebruiker namelijk op *alle* dertien stellingen te reageren om uiteindelijk een advies te kunnen krijgen. Toch werden, in navolging van het selectieprincipe met betrekking tot de kortste handelingsroute, in het begin van het handelingsverloop twee selectievragen gesteld. Verder werd in het kader van een maximale effectiviteit van

het handelingsverloop onderscheid gemaakt in de onderlinge invloed van de dertien stellingen op de totstandkoming van het advies. Uiteindelijk heeft dit besluit ertoe geleid dat het advies in de keuzewijzer tot stand kan komen op basis van vier stellingen óf op basis van dertien stellingen. De totstandkoming van het advies via deze twee routes is afhankelijk van het oordeel van de gebruiker over de stellingen. Verder werd besloten de persoonlijke voorkeur van de gebruiker in de keuzewijzer te laten meewegen in de totstandkoming van het advies. Op deze manier wordt de gebruiker de mogelijkheid geboden de uitkomst van de keuzewijzer (een advies voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling) enigszins aan de eigen voorkeuren aanpassen.

Behalve een degelijke inhoudelijke basis voor de keuzewijzer, diende de keuzewijzer ook een optimale tekstkwaliteit te hebben om de keuzewijzer in z'n doel te kunnen laten slagen. Met behulp van de richtvragen van Renkema (2012) werd voor de keuzewijzer getracht een optimale tekstuele kwaliteit te verkrijgen: een doelgroepgerichte tekst, een goede afstemming tussen tekst en vormgeving en een gepaste presentatie. Daarnaast bleek uit de literatuur dat de informatie in de keuzewijzer zo gebalanceerd en volledig mogelijk moest zijn. Dit werd in het ontwerp van de keuzewijzer gerealiseerd door slechts feitelijke informatie te geven en extra toelichtingen op de stellingen te geven met links naar andere relevante informatiebronnen. Op basis van theorie van Weijden en Sanders-Van Lennep (2012) werd duidelijk dat de lay-out van de keuzewijzer zo neutraal mogelijk en eenvoudig mogelijk moest zijn. Voor het ontwerp van de keuzewijzer betekende dit dat de lay-out van de keuzewijzer geheel kon worden afgestemd op de website van de VSP.

Gesteld kan worden dat door in het ontwerpproces van de keuzewijzer rekening te houden met de verschillende kenmerken die in de literatuur voor de keuzewijzer van belang werden geacht, getracht is een zo goed mogelijk functionerende keuzewijzer te ontwikkelen die in de praktijk de zwangere vrouw niet stuurt in een advies voor een bepaalde plaats.



## DEEL 2: HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK





## 6 THEORETISCH KADER VOOR HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden enkele publicaties besproken die relevant zijn voor het tweede doel van het onderzoek: er toe bijdragen dat de voorlichting rondom de keuzewijzer zo wordt ingericht dat een groot percentage zwangere vrouwen de keuzewijzer daadwerkelijk gaat invullen. Uitgangspunt voor dit hoofdstuk is dat kennis over de onderliggende overtuigingen bij zwangere vrouwen over het invullen van de keuzewijzer van belang is voor de voorlichting omtrent de keuzewijzer. Waarom dit zo is, zal hieronder nader worden toegelicht. Aan het eind van dit hoofdstuk zal de tweede onderzoeksvraag worden geformuleerd.

### 6.1 PERSUASIEVE GEZONDHEIDSVORLICHTING

Gezondheidsvoorlichting omvat veel meer dan alleen informatiebrochures en bijsluiters. Zo zijn videomateriaal over prenatale screening en lesmateriaal over seksueel geweld ook voorbeelden van gezondheidsvoorlichting, aldus Brug, Van Assema en Lechner (2005: 15). Brug et al. (2007: 15) beschrijven gezondheidsvoorlichting als een term voor alle activiteiten die kunnen worden ondernomen om te stimuleren dat mensen zich op vrijwillige basis “gezonder” willen en kunnen gedragen. Gezondheidsvoorlichting omvat dus een breed scala aan activiteiten. Brug et al. (2007: 15-16) stellen dan ook dat verschillende wetenschappelijke disciplines zich bezighouden met gezondheidsvoorlichting. Zo richt biomedische wetenschappen zich op het begrijpen van gezondheidsproblemen en heeft de sociale en gezondheidspsychologie zich toegelegd op het verklaren van gezond en ongezond gedrag. De discipline communicatiewetenschap richt zich samen met disciplines als psychologie en marketing op het beïnvloeden van gedrag door middel van voorlichting (Brug et al., 2007: 15-16). Naast informeren is het doel van gezondheidsvoorlichting vaak overtuigen en aanzetten tot bepaald gedrag of tot een

verandering van bestaand gedrag. Zo stimuleert de rijksoverheid zwangere vrouwen om een gezonde leefstijl te

kiezen om zo de kans op een gezonde zwangerschap en geboorte te vergroten. De voorlichting kent dan een persuasief karakter, het doel is de zwangere te overtuigen. Een veel aangehaalde definitie van overtuigen is van O’Keefe (2002: 5):

*A successful intentional effort at influencing another’s mental state through communication in a circumstance in which the persuadee has some measure of freedom.*

Volgens O’Keefe is er alleen sprake van overtuigen als de “mentale toestand” van de ander daadwerkelijk is veranderd. Er is bijvoorbeeld geen sprake van overtuigen, wanneer de ander weigert om de actie uit te voeren. Verder voegt O’Keefe toe dat er alleen van overtuigen kan worden gesproken als degene die is overtuigd, ook een alternatief had. Anders gezegd, de ontvanger moet niet verplicht zijn om het door de zender gewenste gedrag uit te voeren. Wanneer een overvaller een persoon dwingt om geld af te staan, is er dus geen sprake van overtuigen (O’Keefe, 2002: 3-4). Meestal wordt de mentale toestand waar O’Keefe het in zijn definitie over heeft, gelijkgesteld aan het concept “attitude”. O’Keefe (2002: 6) merkt op dat er, hoewel attitudes veelvuldig zijn onderzocht, geen algemeen geaccepteerde definitie is van het concept attitude. Eagly en Chaiken (1993: 1) definiëren het begrip attitude als “...a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor”. Uitgaande van deze definitie, is een attitude een psychologische neiging die naar voren komt uit de evaluatie van een bepaald object met een bepaalde mate van voor- of afkeer. Volgens O’Keefe (2002: 6) dient de term “object” ruim te worden geïnterpreteerd. Zo kan het object een persoon of instantie zijn, maar ook een product of een bepaald gedrag. Hoewel veel overtuigingspogingen zijn gericht op het beïnvloeden van gedrag, ontbreekt het woord “gedrag” in de definitie van O’Keefe. Hij heeft het immers over een mentale toestand. Hoeken et al. (2012: 14) stellen dat het ontbre-

ken van het woord gedrag in de gegeven definitie voortkomt uit het gegeven dat overtuigen plaatsvindt door communicatie. Informatieoverdracht heeft immers eerst een effect in het hoofd van de ontvanger vóórdat het zijn of haar gedrag beïnvloedt.

Communicatie kan bijvoorbeeld leiden tot de vorming of verandering van een attitude die op zijn beurt weer het gedrag kan beïnvloeden. Een attitude kan dus worden gezien als een onderliggende determinant van gedrag. Volgens Hoeken et al. (2012: 35) zijn de onderliggende determinanten van gedrag verantwoordelijk voor (menselijk) gedrag. Uit dit gegeven kan worden opgemaakt dat persuasieve voorlichting zich voor een verandering van bepaald gedrag, dus moet richten op de onderliggende determinanten van dat gedrag. Deze onderliggende determinanten zullen op hun beurt het gedrag kunnen beïnvloeden.

Voor voorlichters is het van groot belang te weten op welke wijze zij gedrag kunnen beïnvloeden. Deze kennis kan worden toegepast in de voorlichting. Voor het succesvol beïnvloeden van gedrag is het allereerst van belang te weten van wat voor soort gedrag er sprake is.

## 6.2 COMMUNICATIE EN GEDRAGSBEÏNVOEDING

Volgens Hoeken et al. (2012: 54) is het bij het beïnvloeden van het gedrag van belang om automatisch gedrag te onderscheiden van beredeneerd gedrag. De determinanten van automatisch gedrag verschillen namelijk van de determinanten van beredeneerd gedrag (Hoeken et al., 2012: 35). Automatisch gedrag, zoals autorijden of een sigaret opsteken, wordt onbewust uitgevoerd en wordt opgeroepen door aspecten in de context. Hoeken et al. (2012: 54) omschrijven automatisch gedrag als een resultaat van een ingesleten gedragspatroon dat elke keer dat het wordt herhaald, sterker wordt. Beredeneerd gedrag is het resultaat van een afwegingsproces (Hoeken et al., 2012: 35). Bij beredeneerd gedrag kan worden gedacht aan het kopen van een huis, maar ook aan het invullen van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen. Een zwangere vrouw zal de keuzewijzer namelijk alleen invullen op grond van bewust genomen beslissingen. Bargh en Chartrand (1999: 464) concluderen in hun review op basis van een aantal experi-

menten naar bewuste zelfregulerende capaciteiten, dat ongeveer 95% van ons gedrag onbewust wordt uitgevoerd.

Volgens Pol, Swankhuisen en Vendeloo (2007: 36, 52) kan zowel automatisch gedrag als beredeneerd gedrag middels communicatie worden beïnvloed, al vergt dit wel een andere aanpak. Beredeneerd gedrag is gemakkelijker te veranderen door middel van communicatie dan automatisch gedrag. Dit komt voort uit een verschil in de mate van betrokkenheid tussen beredeneerd gedrag en automatisch gedrag. Bij beredeneerd gedrag is de betrokkenheid hoog, terwijl bij automatisch gedrag de betrokkenheid geen rol speelt (Pol et al., 2007: 50). De betrokkenheid is van belang voor de mate van informatieverwerking van de doelgroep. Hoe hoger de betrokkenheid bij een onderwerp is, hoe grondiger de persoon de informatie rondom dit onderwerp verwerkt.

Bij beredeneerd gedrag is de betrokkenheid hoog, terwijl bij automatisch gedrag de betrokkenheid geen rol speelt (Pol et al., 2007: 50). De betrokkenheid is van belang voor de mate van informatieverwerking van de doelgroep. Hoe hoger de betrokkenheid bij een onderwerp is, hoe grondiger de persoon de informatie rondom dit onderwerp verwerkt. Hoeken et al. (2012: 195) stellen dat een grondig informatieverwerkingsproces van groot belang is voor een overtuigingsproces. Bij een grondige verwerking is iemand namelijk eerder geneigd bepaald gedrag uit te voeren. De doelgroep is dan gemotiveerd en daarom in staat om zich grondig in het betreffende onderwerp te verdiepen. Volgens Pol et al. (2007: 61) is het geven van sterke argumenten een manier om een grondige informatieverwerking te bereiken. Bij automatisch gedrag zijn sterke argumenten minder effectief en zijn personen vatbaarder voor sociale beïnvloeding, heuristieken en *priming* (Pol et al., 2007: 36). Maar zoals al eerder gezegd, valt het invullen van de keuzewijzer onder beredeneerd gedrag en zal er dus in de communicatie voor de keuzewijzer gebruik gemaakt moeten worden van sterke argumenten om zwangere vrouwen aan te sporen om de keuzewijzer in te vullen.

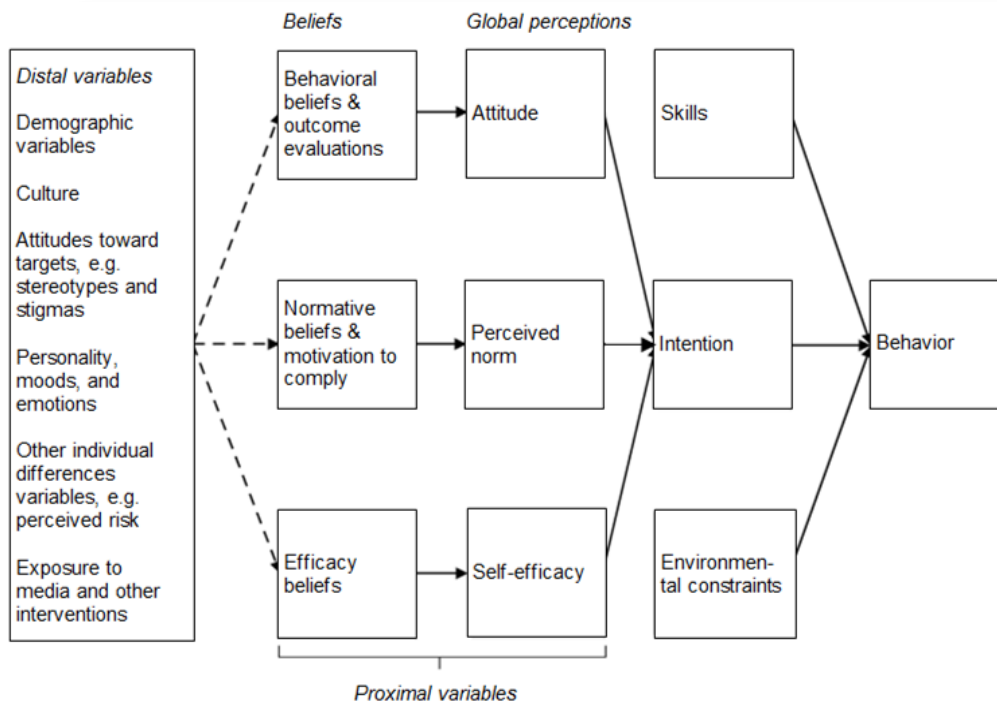
Op basis van de besproken literatuur kan worden geconstateerd dat het van belang is dat zwangere vrouwen betrokken zijn bij de keuze voor de plaats van bevallen. Hierdoor zullen zwangere vrouwen de informatie rondom de keuze

voor de plaats van bevallen grondiger verwerken, wat als gevolg heeft dat ze eerder geneigd zijn om de keuzewijzer in te vullen. In 6.3 wordt besproken waarom het voor verlichting omtrent de keuzewijzer van belang is inzicht te hebben in de gedragsdeterminanten bij zwangere vrouwen.

### 6.3 HET INTEGRATIVE MODEL OF BEHAVIORAL PREDICTION

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld voor het verklaren en voorspellen van beredeneerd gedrag. In het *Integrative Model of Behavioral Prediction* (verder: IMBP) van

Fishbein en Yzer (2003) worden drie toonaangevende modellen, het *Health Belief Model* (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974), de *Social Cognitive Theory* (Bandura, 1986) en de *Theory of Reasoned Action* (Ajzen & Fishbein, 1980), bij elkaar gebracht om beredeneerd gedrag te voorspellen. Het IMBP is oorspronkelijk ontwikkeld voor de beschrijving van gedrag dat te maken heeft met gezondheid (bijvoorbeeld veilig vrijen of het invullen van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen), maar volgens Fishbein en Yzer (2003: 180) kan het model ook worden toegepast op andere gedragsvormen (zoals consumentengedrag bij de aanschaf van een auto). Het IMBP is weergegeven in Figuur 5.



**Figuur 5** Het Integrative Model of Behavioral Prediction (Fishbein & Yzer, 2003: 167).

#### 6.3.1 DIRECTE VERSUS INDIRECTE DETERMINANTEN

Uitgangspunt van het IMBP is dat de determinanten van bepaald beredeneerd gedrag (in het IMBP zijn deze deter-

minanten afgebeeld in de vier linker kolommen), verschillen in de mate waarin en de wijze waarop ze invloed uitoefenen op dat gedrag. Zo maakt het IMBP onderscheid

tussen determinanten die direct (zoals de attitude) en indirect (zoals demografische variabelen) invloed uitoefenen op het gedrag. Volgens het IMBP oefenen de indirecte determinanten invloed uit op het gedrag via het effect dat ze hebben op de directe determinanten.

In het IMBP zijn de “*proximal variables*” (in het IMBP de tweede en derde kolom van links) duidelijk te onderscheiden van de zogenaamde “*distal variables*” (in het IMBP de meest linker kolom). *Distal variables* hebben niet noodzakelijk een relatie met de intentie of gedrag, maar ze zijn mogelijk indirect gerelateerd aan de intentie via de *proximal variables*. Fishbein en Yzer (2003: 168) stellen dat de *proximal variables* de meest belangrijke predictoren zijn van de intentie en het gedrag. Het IMBP veronderstelt echter dat gedrag allereerst wordt bepaald door de volgende drie determinanten: de benodigde vaardigheden (*skills*) om het gedrag uit te voeren, de barrières in de omgeving (*environmental constraint*) voor het uitvoeren van het gedrag en de intentie om het gedrag uit te voeren. Als aan één van deze drie voorwaarden niet wordt voldaan, dan zal de betreffende persoon het gedrag niet uitvoeren, aldus Fishbein en Yzer (2003: 181).

### 6.3.2 DETERMINANTEN VAN DE GEDRAGSINTENTIE

Zoals Figuur 5 weergeeft, wordt de intentie in het IMBP ook door drie determinanten beïnvloed, de zogenaamde “*global perceptions*” (de derde kolom in het IMBP). Dit zijn de *attitude*, de *perceived norm* en de *self-efficacy*. De eerste determinant *attitude* heeft betrekking op de eigen evaluatie van het gedrag. De tweede determinant, de *perceived norm* (de waargenomen norm), betreft de opinies van belangrijke anderen in de omgeving van de betreffende persoon. Deze opinies zouden mogelijk de intentie ten aanzien van het gedrag kunnen beïnvloeden. Fishbein en Yzer (2003: 166) maken in het IMBP onderscheid in twee normen. Zo kan de waargenomen norm betrekking hebben op wat men *denkt* dat belangrijke anderen vinden, maar ook op wat vergelijkbare anderen daadwerkelijk *doen*. Hoeken et al. (2012: 40) spreken in het eerste geval van een normatieve norm en in het tweede geval van een descriptieve norm. De derde determinant die van invloed is op de intentie, is de *self-efficacy* (eigeneffectiviteitsperceptie). De desbetreffende persoon moet geloven daadwerkelijk in

staat te zijn om het betreffende gedrag uit te voeren, aldus Fishbein en Yzer (2003: 166).

Belangrijk om te vermelden is dat het relatieve belang van de *attitude*, de *perceived norm* en de *self-efficacy* verschilt bij een intentie tot elke vorm van gedrag en tussen verschillende populaties (Fishbein & Yzer, 2003: 167). Yzer (2008: 51) geeft als voorbeeld het gebruik van condooms als een type gedrag dat “*may be particularly guided by attitudinal influence in individual cultures, and by normative influence in collectivistic cultures*”. In de ene situatie kan dus de attitude de doorslaggevend zijn om het betreffende gedrag uit te voeren en in een andere situatie zal dit de waargenomen norm zijn. Volgens Fishbein en Yzer is kennis van het relatieve belang van de *global perceptions* van belang voor de inzet van communicatie om gedragsverandering teweeg te brengen:

*Thus, before developing communications to change intentions, it is important to first determine the degree to which that intention is under attitudinal, normative, or self-efficacy control in the population in question.* (Fishbein & Yzer, 2003: 167)

Fishbein en Yzer (2003: 167) geven hiermee aan dat als men bijvoorbeeld een campagne bedenkt die gericht is op attitudebeïnvloeding, terwijl de werkelijke reden voor het ongewenste gedrag te maken heeft met sociale druk, de campagne dan niet effectief zal zijn. Door een gedragsdeterminantenonderzoek uit te voeren kan worden achterhaald wat de precieze redenen zijn voor een bepaald gedrag.

### 6.3.3 ONDERLIGGENDE OVERTUIGINGEN

Elk van de hierboven besproken *global perceptions*, wordt op zijn beurt gevormd door een aantal overtuigingen en evaluaties, in het IMBP de zogenaamde “*beliefs*” (in het IMBP de tweede linker kolom). Zo zou de attitude worden gevormd door de veronderstelde gevolgen van het betreffende gedrag. Hierbij spelen twee determinanten van de veronderstelde gevolgen van het betreffende gedrag een rol: de waarschijnlijkheid van een bepaald gevolg van het betreffende gedrag (*behavioral belief*) én de (on)wenselijkheid van het gevolg van het betreffende gedrag (*outcome evaluation*). Bij de waargenomen norm zijn

deze determinanten een samenstelling van twee andere aspecten: de normatieve overtuigingen (*normative beliefs*) én de motivatie tot conformeren (*motivation to comply*). Normatieve overtuigingen hebben betrekking op wat iemand denkt dat andere personen in het algemeen vinden dat hij of zij zou moeten doen. Voor de normatieve waargenomen norm is dus zowel de overtuiging over wat (belangrijke) andere personen vinden van belang (normatieve overtuigingen) als de mate waarin iemand bereid is om aan de wensen van die belangrijke personen gehoor te geven (motivatie tot conformeren). De eigeneffectiviteitsperceptie komt ook op een soortgelijke manier tot stand. De eigeneffectiviteitsperceptie wordt namelijk ook gevormd door verschillende overtuigingen (*efficacy beliefs*). Ter toelichting, de eigeneffectiviteitsperceptie is de mate waarin iemand zelf controle denkt te hebben over het uit te voeren gedrag. Een overtuiging zou dus bijvoorbeeld een krachtige (positieve of negatieve) stimuli kunnen zijn voor het uitvoeren van het gedrag.

Samen vormen de *global perceptions* en de onderliggende *beliefs* de *proximal variables*. Zoals al eerder gezegd, beschouwen Fishbein en Yzer (2003: 168) deze variabelen als de meest belangrijke predictoren van de intentie en het gedrag. Yzer schrijft dat inzicht in de *beliefs* van groot belang is wanneer voorlichters het gedrag van een bepaalde doelgroep willen beïnvloeden:

*Ultimately, behavior change is the result of changes in beliefs about performing the behavior. HIV prevention messages cannot directly change attitude or other global perceptions, but they can change the precursors of those perceptions. [...] Thus, if one seeks to employ HIV prevention messages to change a particular HIV-risk behavior, those messages should be designed at the level of changing specific beliefs about the behavior. Because beliefs will differ between behaviors and populations, it is essential to understand a behavior from the perspective of the target population before one attempts to change the behavior (Yzer, 2008: 52).*

Anders gezegd: voorlichters dienen zich voor een versterking of verandering van bepaald gedrag vooral te richten op de onderliggende overtuigingen over dat gedrag.

#### 6.3.4 DISTAL VARIABLES

Zoals in 6.3.2 al even kort is genoemd, hebben *distal variables* niet noodzakelijk een relatie met de intentie of gedrag. *Distal variables* zijn mogelijk indirect gerelateerd aan de intentie via de *beliefs* en de *global perceptions*. Deze determinanten oefenen dus invloed uit op de gedragsintentie via het effect dat ze hebben op de onderliggende overtuigingen. Yzer (2008: 53) stelt dat er geen theoretische redenen zijn om te verwachten dat deze variabelen altijd en in dezelfde mate de specifieke *beliefs* beïnvloeden. *Distal variables* omvatten een grote verscheidenheid aan persoonlijke en culturele variabelen. Dit zijn indirecte determinanten die voor elke persoon anders zijn. Hierbij kan worden gedacht aan de leeftijd en het opleidingsniveau van een persoon, maar ook aan de culturele achtergrond en de kennis van het onderwerp.

#### 6.3.5 HET IMBP TOEGEPAST OP DE KEUZEWIJZER VOOR DE PLAATS VAN BEVALLEN

Op basis van het IMBP van Fishbein en Yzer (2003) kan worden gesteld dat er voor een zwangere vrouw in eerste instantie drie determinanten zijn die een rol spelen om de keuzewijzer in te vullen. Naast de vaardigheden die de zwangere vrouw nodig heeft voor het invullen van de keuzewijzer en de barrières die het invullen van de keuzewijzer onmogelijk kunnen maken, dient ze ook de intentie te hebben om de keuzewijzer in te vullen. Deze intentie is vervolgens ook weer afhankelijk van drie determinanten. Allereerst is dit de attitude die de zwangere vrouw heeft ten aanzien van het invullen van de keuzewijzer. Indien de attitude ten aanzien van het invullen van de keuzewijzer positief is, dan is de zwangere vrouw ervan overtuigd dat de voordelen van het invullen van de keuzewijzer tegen de nadelen opwegen. De attitude wordt weer gevormd aan de hand van overtuigingen die de zwangere vrouw heeft over het invullen van de keuzewijzer, oftewel de veronderstelde gevolgen van het invullen van de keuzewijzer. Hierbij spelen twee aspecten een rol: de waarschijnlijkheid van een bepaald als positief of negatief ervaren gevolg van het invullen van de keuzewijzer én de mate van (on)wenselijkheid van het gevolg van het invullen van de keuzewijzer. De waargenomen norm is het tweede aspect dat invloed heeft op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Deze norm bepaalt de mate waarin de zwangere vrouw zich door belangrijke anderen in haar omgeving laat beïnvloeden om de

keuzewijzer in te vullen. De waargenomen norm wordt beïnvloed door overtuigingen die de zwangere vrouw heeft ten aanzien van de wijze waarop haar omgeving de keuzewijzer beoordeelt en door de mate waarin de vrouw aan die beoordeling wil conformeren. De waargenomen norm kan betrekking hebben op wat de zwangere vrouw *denkt* dat belangrijke anderen vinden, maar ook op wat vergelijkbare anderen daadwerkelijk *doen*. Tot slot is de eigeneffectiviteitsperceptie van invloed op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. De zwangere vrouw gaat bij zichzelf na of ze in staat denkt te zijn om de keuzewijzer in te vullen. De eigeneffectiviteitsperceptie wordt ook gevormd aan de hand van verschillende overtuigingen. Een overtuiging is bijvoorbeeld dat de zwangere vrouw denkt tijd te hebben om de keuzewijzer in te vullen. Daarnaast noemden Fishbein en Yzer (2003) de invloed van de *distal variables* op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Zo kan de nationaliteit, de leeftijd van de vrouw, de kennis over de plaats van bevallen of een eerdere bevallingservaring indirect van invloed zijn om de keuzewijzer in te vullen.

#### 6.3.6 HET IMBP ALS LEIDRAAD VOOR EFFECTIEVE COMMUNICATIE VOOR DE KEUZEWIJZER

Volgens Fishbein en Yzer (2003: 180-181) is theorie over het IMBP een belangrijk hulpmiddel voor de ontwikkeling van effectieve communicatie dat is gericht op gedragsverandering. Met kennis over de determinanten bij zwangere vrouwen die van invloed zijn op hun intentie om de keuzewijzer in te vullen, kunnen uiteindelijk aanbevelingen worden gedaan voor de inhoud van het voorlichtingsmateriaal voor de keuzewijzer. Met dit voorlichtingsmateriaal kunnen zwangere vrouwen vervolgens worden aangespoord om de keuzewijzer in te vullen. Hoe meer er bekend is over de determinanten van de intentie om de keuzewijzer in te vullen, hoe groter de kans is om succesvol met communicatie in te spelen op die betreffende gedragsdeterminanten. Het is uiteindelijk van belang om de communicatie te richten op slechts die gedragsdeterminanten die belangrijk en via communicatie ook veranderbaar zijn, aldus Brug et al. (2007: 130). Een propositie van het IMBP is dat er andere

types interventies nodig zijn voor personen die al de intentie hebben om het gedrag uit te voeren, maar die niet in staat zijn om het gedrag uit te voeren, dan voor wie die geen of weinig intentie heeft om het gedrag uit te voeren (Fishbein & Yzer, 2003: 181). In Tabel 7 zijn de verschillende types interventies weergegeven die Fishbein en Yzer onderscheiden.

Zoals Tabel 7 op de volgende pagina laat zien, zou de voorlichting voor personen die wel een positieve gedragsintentie hebben, maar nog niet het gewenste gedrag vertonen, moeten worden gericht op andere variabelen dan de *beliefs*. Het IMBP stelt immers dat mensen niet hun intentie omzetten in gedrag omdat ze niet de benodigde vaardigheden hebben of omdat er barrières in de omgeving zijn waardoor het gedrag niet kan worden uitgevoerd. Ook kan er sprake zijn van een combinatie van het ontbreken van de benodigde vaardigheden en het bestaan van barrières in de omgeving. De voorlichting zou dan moeten worden gericht op het verbeteren van vaardigheden, op het wegnemen van eventuele barrières, of op beide aspecten. Daarnaast zou het zo kunnen zijn dat communicatiecampagnes helemaal niet het meest effectieve middel zijn om verandering te brengen in deze factoren. Mogelijk is een training veel effectiever om de vaardigheden te verbeteren of om de barrières te overwinnen, aldus Fishbein en Yzer (2003: 181).



**Performance of the recommended behavior**

		No	Yes
		No	Change outcome, normative, and/or self-efficacy beliefs
<b>Intention to perform the recommended behavior</b>	Yes	- Improve skills - Reduce/help overcome environmental barriers	No intervention necessary or maintain positive intention

**Tabel 7** Intentie-gedrag configuratie: implicaties voor interventies (Fishbein & Yzer, 2003: 171).

**6.4 DE PRESENTATIEVORM VAN DE VOORLICHTINGSBOODSCHAP**

Naast het nemen van weloverwogen besluiten over de inhoud van een voorlichtingsboodschap, dienen er ook weloverwogen besluiten te worden genomen over de presentatievorm ervan. Schellens, Klaassen en De Vries (2006: 88) stellen dat een keuze voor een bepaald medium belangrijke consequenties heeft voor de mogelijke effectiviteit van de communicatie-uiting. Om weloverwogen besluiten te kunnen nemen over de inzet van geschikte communicatiemiddelen, is inzicht nodig in de karakteristieken van de middelen, aldus Schellens et al. (2006: 88). Communicatiemiddelen verschillen namelijk onderling in hun communicatieve mogelijkheden, maar ook in hun bereik en in de mate van binding met de doelgroep. Bij het maken van een keuze moet volgens Schellens et al. (2006: 88) worden gekeken naar het middel waarmee het meest effectief met de doelgroep kan worden gecommuniceerd. Uiteindelijk zijn er drie belangrijke factoren die bij de uiteindelijke keuze van een medium een belangrijke rol spelen. Het meest belangrijke criterium is het *bereik* van het medium, aldus Schellens et al. (2006: 89). Het is een noodzakelijke voorwaarde voor effectieve communicatie dat de doelgroep met de communicatie-uiting wordt bereikt. Daarnaast dient bij een uiteindelijke keuze voor een communicatiemiddel rekening te worden gehouden met het *communicatievermogen*: de mate waarin een communicatiemiddel de boodschap effectief kan overbrengen (Schellens et al., 2006: 89). Een folder is bijvoorbeeld een

effectiever communicatiemiddel dan een poster wanneer er veel informatie moet worden overgebracht. Naast het bereik en het communicatievermogen dient er bij de keuze voor een medium rekening worden gehouden met *randvoorwaarden* die geldig zijn voor de inzet van een bepaald medium (Schellens et al., 2006: 88). Zo zullen de kosten vaak een rol spelen in de uiteindelijke keuze voor een bepaald medium. Binnen de mogelijkheden moet dan altijd naar de beste presentatievorm moet worden gezocht. Schellens et al. (2006: 89) benadrukken dat er verschillende communicatiemiddelen kunnen worden ingezet om de doelgroep te bereiken. Door consequent via meerdere communicatiemiddelen de betreffende voorlichtingsboodschap uit te dragen, wordt de kans vergroot dat de doelgroep met de betreffende informatie in aanraking komt en dat de boodschap bij de doelgroep over komt.

**6.5 DE TWEDE ONDERZOEKSVRAAG**

Het doel van het tweede deel van dit onderzoek is na te gaan hoe bij zwangere vrouwen vanuit de *proximal variables* en *distal variables* in het IMBP de intentie kan worden voorspeld om de keuzewijzer in te vullen. Deze kennis dient als basis voor weloverwogen beslissingen over de inhoud van (persuasieve) voorlichtingsboodschappen voor deze doelgroep. Op basis van de besproken literatuur kan de tweede onderzoeksvraag worden geformuleerd. De tweede onderzoeksvraag luidt als volgt:

*“Welke determinanten zijn bij zwangere vrouwen van invloed op hun intentie om de keuzewijzer in te vullen?”*



In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de methode die is gehanteerd om een antwoord te kunnen geven op de hier gestelde onderzoeksvraag.

## 7 METHODE VOOR HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK

Om te achterhalen welke determinanten bij zwangere vrouwen van invloed zijn op de intentie om de keuzewijzer voor de plaats van bevallen in te vullen, werd er een kwantitatief gedragsdeterminantenonderzoek uitgevoerd.

### 7.1 ONDERZOEKSDOELGROEP

De onderzoeksdoelgroep bestond uit laag-risico zwangere vrouwen. Voor deze doelgroep werd gekozen, omdat laag-risico zwangere vrouwen daadwerkelijk de keuze hebben tussen een thuisbevalling of een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Vrouwen die klinisch onder leiding van een gynaecoloog moesten bevallen, werden dus van het onderzoek uitgesloten. Voorafgaand aan het onderzoek werd met het oog op het voorkómen van *selection bias* geprobeerd verschillende verloskundigenpraktijken te laten participeren aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben drie verloskundigenpraktijken in Groningen hun medewerking aan het onderzoek verleend. Behalve via deze drie verloskundigenpraktijken, werd de doelgroep ook benaderd via familie, kennissen en werknemers van de Rijksuniversiteit Groningen.

### 7.2 INSTRUMENTATIE

Met behulp van een vragenlijst werd gemeten welke determinanten bij zwangere vrouwen van invloed waren op hun intentie om de keuzewijzer in te vullen. De vragenlijst bestond uit verschillende items die waren gerelateerd aan de drie *global perceptions* uit het IMBP van Fishbein en Yzer (2003): de *attitude*, *perceived norm* en *self-efficacy*. Ook werden in navolging van het IMBP de items opgenomen die onderliggend waren aan de drie *global perceptions*: *behavioral beliefs*, *outcome beliefs*, *normative beliefs*, *motivation to comply* en *efficacy beliefs*. Gebaseerd op het IMBP, werd aan de vragenlijst ook een aantal items toegevoegd met betrekking tot de *distal variables*.

Met het oog op de betrouwbaarheid en de validiteit werd voor de vragenlijst gebruik gemaakt van bestaande meettechnieken en gesloten antwoordopties. Zodoende werd een artikel van Francis et al. (2004) gebruikt voor het opstellen van de vragenlijst. In het artikel stellen Francis et al. (2004) een methode voor om een vragenlijst te construeren die is gebaseerd op het IMBP. Dit voorstel werd gebaseerd op literatuur over het voorspellen van beredeneerd gedrag en praktijkervaringen van onderzoekers op dit specifieke onderzoeksterrein (Francis et al., 2004: 2).

Zoals gebruikelijk bij dit type vragenlijstonderzoek werd er in de statistische analyses van uitgegaan dat de variabelen waren gemeten op intervalniveau. De respondenten werd in het onderzoek gevraagd aan te geven op 5-punts Likert-schalen in hoeverre ze het met bepaalde stellingen eens waren, lopend van (1) “sterk mee oneens” tot (5) “sterk mee eens”. Er werd specifiek voor een 5-puntsschaal gekozen, omdat deze schaal niet te lang is en de vijf punten eenduidig kunnen worden benoemd. Tevens is een 5-puntsschaal oneven en heeft een neutraal middelpunt. Hierdoor hoefden de zwangere vrouwen in het onderzoek niet gedwongen te kiezen tussen een positief en een negatief oordeel, zoals bij een even schaal wel het geval zou zijn geweest. Maes, Ummelen en Hoeken (1996: 206) schrijven dat respondenten het lastig kunnen vinden om bij een even schaal een duidelijke keuze te maken tussen een positief en een negatief oordeel. Verder werd er één semantische differentiaal in de vragenlijst opgenomen. Bij een semantische differentiaal staan aan weerszijden van de schaal twee tegengestelde woorden (bijvoorbeeld “goed” tegenover “slecht”) (Maes et al., 2006: 207). De respondenten konden bij de semantische differentiaal in de vragenlijst aangeven welke van de twee woorden in welke mate overeenkwamen met hun oordeel over een stelling. Overige vragen in de vragenlijst, zoals een ja/nee-vraag werden op nominaal niveau gemeten.

Om de betrouwbaarheid van de meetschalen te verhogen, werden verschillende items in de vragenlijst qua formulering gemanipuleerd (Maes et al., 2006: 207). Sommige res-

pondenten hebben namelijk geen zin om de vragenlijst serieus in te vullen en geven daarom op elke stelling hetzelfde antwoord, bijvoorbeeld "4". Wanneer alle Likert-items dan positief zijn geformuleerd ("*Ik vind het invullen van de keuzewijzer informatief, interessant, verstandig...*"), of als alle semantische differentialen het positieve woord aan de zelfde kant hebben staan ("*moeilijk-makkelijk; onoverzichtelijk-overzichtelijk*"), dan zou op basis van de gegeven antwoorden worden geconcludeerd dat de betreffende respondent een positief oordeel heeft over de keuzewijzer. In werkelijkheid heeft de respondent dan echter niet eens nagedacht over de keuzewijzer. Op deze wijze brengt de respondent de betrouwbaarheid van het onderzoek in gevaar, aldus Maes et al. (2006: 207). De betrouwbaarheid wordt immers kunstmatig verhoogd. Om het effect van zulke onbetrouwbare respondenten te minimaliseren, werd in de vragenlijst de formulering van de stellingen afgewisseld in positief en negatief. Ook werden de antwoordopties bij de semantische differentiaal in positief of negatief afgewisseld. Dit leidde ertoe dat in een aantal gevallen een hoger cijfer een positief oordeel aangaf, terwijl in andere gevallen een lager cijfer een positief oordeel aangaf. Om ervoor te zorgen dat alle vragen dezelfde lading meekregen, werden de antwoorden op de negatief geformuleerde stellingen in de vragenlijst uiteindelijk gehercodeerd. In dit onderzoek werden de respondenten die de vragenlijst niet serieus hadden ingevuld, uiteindelijk van het onderzoek uitgesloten. In hoofdstuk 8 wordt verder ingegaan op onbruikbare vragenlijsten.

### 7.3 OPERATIONALISATIE VAN DE GEDRAGSDETERMINANTEN

In de onderstaande paragrafen wordt in navolging van het IMBP de operationalisatie besproken van de determinanten die ten grondslag liggen aan het invullen van de keuzewijzer voor de plaats van bevallen.

#### 7.3.1 OPERATIONALISATIE VAN DE GEDRAGSINTENTIE

##### **Gedragintentie**

In de vragenlijst werd de intentie tot het invullen van de keuzewijzer gemeten met de volgende drie stellingen: "*Ik verwacht dat ik de keuzewijzer invul.*", "*Ik zou de keuzewijzer willen invullen.*" en "*Ik neem me voor om de keuzewij-*

*zer in te vullen, zodra deze ter beschikking is.*". Aan de stellingen werd geen tijdsindicatie toegevoegd omdat deze nog niet voorhanden was. Respondenten konden dus verschillende verwachtingen hebben over de beschikbaarheid van de keuzewijzer. Aannemelijk werd geacht dat de respondenten zouden verwachten dat de keuzewijzer binnen een half jaar beschikbaar zou zijn.

Omdat de stellingen samen de *gedragintentie* maten, konden ze worden samengevoegd, mits ze voldoende correleerden. De interne samenhang van de bovenstaande stellingen werd bepaald door Cronbach's alpha te berekenen. Volgens Baxter en Babbie (2004: 124) is een goede interne samenhang van de items een noodzakelijke voorwaarde voor de betrouwbaarheid van de vragenlijst. Pallant (2010: 97) stelt dat de waarde van Cronbach's alpha idealiter hoger moet zijn dan .70. Pallant schrijft echter ook dat Cronbach's alpha zeer gevoelig is voor het aantal items in de schaal. Bij een kleine schaal (minder dan tien items), is het volgens Pallant (2010: 97) gebruikelijk om een lagere Cronbach's alpha te vinden. Aangezien in dit onderzoek per variabele schalen van drie tot en met zeven items werden gebruikt, werd besloten een Cronbach's alpha van .65 of hoger als voldoende te beschouwen.

De hier geformuleerde stellingen voor de intentie tot het invullen van de keuzewijzer correleerden voldoende met elkaar (Cronbach's alpha = .95) om te worden samengevoegd tot de samengestelde variabele "intentie".

#### 7.3.2 OPERATIONALISATIE VAN DE GLOBAL PERCEPTIONS

##### **Attitude**

In de vragenlijst werd de attitude (*global perception*) van de respondenten ten opzichte van het invullen van de keuzewijzer gemeten met behulp van een semantische differentiaal. Op een 5-puntsschaal werd de respondenten gevraagd het gedrag positief of negatief te beoordelen door middel van vier antwoordopties. De stelling die hiervoor werd gebruikt, luidde als volgt:

*"Het invullen van de keuzewijzer op het internet, al dan niet samen met de partner, is denk ik..."*

nutteloos	1	2	3	4	5	zinnig
goed	1	2	3	4	5	slecht
interessant	1	2	3	4	5	vervelend
onverstandig	1	2	3	4	5	verstandig

Omdat de vier antwoordopties samen de *global perception* attitude maten, konden ze worden samengevoegd mits er een goede interne samenhang was. De antwoorden op de vier vragen bleken zodanig te correleren (Cronbach's alpha = .83) dat deze samengevoegd konden worden tot de samengestelde variabele "attitude".

### Waargenomen norm

De waargenomen norm (*global perception*) werd gemeten door middel van vier stellingen: "De meeste mensen die belangrijk voor mij zijn, denken waarschijnlijk dat ik wel een keuzewijzer moet invullen.", "Mijn omgeving verwacht waarschijnlijk dat ik de keuzewijzer invul.", "Ik zou een sociale druk voelen voor het invullen van de keuzewijzer." en "Mensen die belangrijk voor mij zijn, willen waarschijnlijk dat ik de keuzewijzer invul."

Omdat de vier stellingen voldoende correleerden (Cronbach's alpha = .76), werden de stellingen samengevoegd tot één samengestelde variabele "waargenomen norm".

### Eigen effectiviteitsperceptie

De eigeneffectiviteitsperceptie (*global perception*) werd gemeten aan de hand van de volgende drie stellingen: "Ik ben ervan overtuigd dat ik de keuzewijzer kan invullen.", "Voor mij is het invullen van de keuzewijzer waarschijnlijk moeilijk." en "Er staat mij niets in de weg om de keuzewijzer in te vullen."

Omdat de drie stellingen voldoende samenhangen (Cronbach's alpha = .73), konden de stellingen worden samengevoegd tot één samengestelde variabele "eigeneffectiviteitsperceptie".

## 7.3.3 OPERATIONALISERING VAN DE ONDERLIGGENDE BELIEFS

### Attitude

De onderliggende overtuigingen met betrekking tot de attitude werden met veertien verschillende stellingen gemeten. De volgende zeven stellingen hadden betrekking op *behavioral beliefs*: "Ik verwacht dat de keuzewijzer mij goed

inzicht geeft in belangrijke aspecten over de keuze voor de plaats van bevallen.", "Ik verwacht dat ik door de keuzewijzer een goed beeld krijg van wat het betekent om thuis of in het ziekenhuis te bevallen.", "Ik denk dat ik in de war raak door het invullen van de keuzewijzer.", "Ik verwacht dat de keuzewijzer mij een betrouwbaar advies geeft over keuze voor de plaats van bevallen.", "Ik denk dat ik door het invullen van de keuzewijzer voorkom dat ik achteraf ontevreden ben over de plaats van bevallen.", "Ik verwacht dat ik door het invullen van de keuzewijzer ruzie krijg met mijn partner." en "Ik verwacht dat ik door het invullen van de keuzewijzer een goed geïnformeerde keuze kan maken over de plaats van bevallen.". De bijbehorende *outcome evaluations* werden met de volgende zeven stellingen gemeten: "Ik vind het belangrijk dat de keuzewijzer mij goed inzicht geeft in belangrijke aspecten over de keuze voor de plaats van bevallen.", "Ik vind het van belang dat ik door het invullen van de keuzewijzer een goed beeld krijg van wat het betekent om thuis of in het ziekenhuis te bevallen.", "Ik vind het essentieel dat de keuzewijzer mij een betrouwbaar advies geeft over de keuze voor de plaats van bevallen.", "Voor mij is het van belang dat ik niet in de war raak door het invullen van de keuzewijzer.", "Ik vind het van belang dat het invullen van de keuzewijzer mij helpt bij het maken van een goed geïnformeerde keuze.", "Voor mij is het belangrijk dat het invullen van de keuzewijzer niet uitloopt op ruzie met mijn partner." en "Ik vind het belangrijk dat de keuzewijzer bijdraagt aan het voorkomen van ontevredenheid over de keuze voor de plaats van bevallen."

Omdat op voorhand niet duidelijk was welke van de zeven items die de *behavioral beliefs* maten, met elkaar in één variabele samen konden worden genomen, werd voor de zeven stellingen die werden gebruikt om de *behavioral beliefs* te meten, een factoranalyse (*extraction method: principal component analysis; rotation method: varimax with Kaiser normalization*) uitgevoerd. Deze analyse leverde drie factoren op met een *eigenvalue* groter dan 1; de drie factoren verklaarden samen 72.91% van de variantie.

Vijf items bleken op de eerste factor te laden: "Ik verwacht dat ik door de keuzewijzer een goed beeld krijg van wat het betekent om thuis of in het ziekenhuis te bevallen"; "Ik verwacht dat de keuzewijzer mij goed inzicht geeft in belangrijke aspecten over de plaats van bevallen."; "Ik ver-

wacht dat ik door het invullen van de keuzewijzer een goed geïnformeerde keuze kan maken over de plaats van bevallen.”; “Ik verwacht dat de keuzewijzer mij een betrouwbaar advies geeft over de keuze voor de plaats van bevallen.” en “Ik denk dat ik door het invullen van de keuzewijzer voorkom dat ik achteraf ontevreden ben over de plaats van bevallen.” Eén item laadde op de tweede factor: “Ik denk dat ik in de war raak door het invullen van de keuzewijzer.” en één item laadde op de derde factor: “Ik verwacht dat ik door het invullen van de keuzewijzer ruzie krijg met mijn partner.”. Besloten werd de eerste factor te benoemen als “Oordeel over de keuzewijzer als instrument voor het maken van een keuze voor de plaats van bevallen.” (Cronbach’s  $\alpha = .77$ ). De tweede en derde factor werden respectievelijk aangeduid als “De begrijpelijkheid van de keuzewijzer.” en “De keuzewijzer als bedreiging voor de verstandshouding met de partner.”. Aangezien de laatste twee factoren met één stelling werden bevestigd, viel er bij die factoren niets te zeggen over de betrouwbaarheid.

Omdat de overtuigingen onderliggend aan de attitude worden gevormd door de *behavioral beliefs* én hun *outcome evaluations*, werden de *behavioral beliefs* vermenigvuldigd met hun *outcome evaluations*. Door voor elk van de drie factoren de *behavioral beliefs* met hun bijbehorende *outcome evaluations* te vermenigvuldigen, werden er uiteindelijk drie samengestelde variabelen geconstrueerd. Om na de vermenigvuldigingen voor de drie factoren tot schaalwaardes van 1 tot 5 te komen, werd steeds de wortel van de drie factoren bepaald.

### Waargenomen norm

De onderliggende overtuigingen van de waargenomen norm werden gemeten met tien verschillende stellingen. Voor de onderliggende overtuigingen van de waargenomen norm, werden zowel de *normative beliefs* als de *motivation to comply* gemeten. De volgende vijf stellingen hadden betrekking op de *normative beliefs*: “Mijn verloskundige zou vinden dat ik de keuzewijzer moet invullen.”, “Mijn partner zou verwachten dat ik de keuzewijzer invul.”, “Mijn familie zou vinden dat ik de keuzewijzer moet invullen.”, “Mijn vrienden zouden verwachten dat ik de keuzewijzer moet invullen.” en “De media zullen zeggen dat ik de keuzewijzer moet invullen.”. De overige vijf stellingen hadden betrekking op de bijpassende *motivation to comply*: “Wat

mijn partner zegt over het invullen van de keuzewijzer, beïnvloedt mijn keuze om de keuzewijzer in te vullen.”, “Wat mijn verloskundige zegt over het invullen van de keuzewijzer, is belangrijk voor mij.”, “Ik vind het belangrijk wat mijn familie denkt over het invullen van de keuzewijzer.”, “Wat mijn vrienden vinden van het invullen van de keuzewijzer, is belangrijk voor mij.” en “Wat de media over de keuzewijzer zeggen, beïnvloedt mijn keuze om de keuzewijzer in te vullen.”.

Voor de vijf *beliefs* onderliggend aan de waargenomen norm, werd geen factoranalyse uitgevoerd. Op voorhand was immers duidelijk dat *beliefs* met betrekking tot de verloskundige, de partner, familie, vrienden en media onderling inhoudelijk totaal verschillend waren. Daarom zullen alle onderliggende *beliefs* van de waargenomen norm apart worden meegenomen in de analyse. Aangezien de *normative beliefs* en de *motivation to comply* gezamenlijk de onderliggende overtuigingen van de waargenomen norm maten, werden beide aspecten met elkaar vermenigvuldigd waardoor er samengestelde variabelen werden geconstrueerd. Op deze manier werden er vijf verschillende variabelen gevormd voor de vijf *beliefs* onderliggend aan de waargenomen norm: de *normative beliefs* met betrekking tot de verloskundige, de partner, de familie, vrienden en de media. Ook voor deze vijf variabelen werd na de vermenigvuldigingen de wortel bepaald om uiteindelijk weer tot schaalwaardes van 1 tot 5 te komen.

### Eigeneffectiviteitsperceptie

De onderliggende overtuigingen van de eigeneffectiviteitsperceptie werden gemeten met de volgende zeven stellingen: “Ik verwacht dat het invullen van de keuzewijzer geheel kosteloos is.”, “Ik verwacht dat ik relatief veel tijd kwijt ben aan het invullen van de keuzewijzer.”, “Ik verwacht dat ik weet hoe ik de keuzewijzer op het internet kan vinden.”, “Het besluit om de keuzewijzer in te vullen, is geheel mijn eigen keuze.”, “Ik laat me door mijn partner niet tegenhouden om de keuzewijzer in te vullen, ook wanneer hij dit niet wil.”, “Ik denk dat ik geen tijd heb om de keuzewijzer in te vullen.” en “Ik denk dat het invullen van de keuzewijzer mij veel moeite kost.”.

Omdat op inhoudelijke gronden de stellingen onder te verdelen waren in drie duidelijke variabelen omtrent “de moei-

te die de keuzewijzer kost”, “de prijs van de keuzewijzer” en “de zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer”, werd gekeken naar de onderlinge samenhang van de items binnen deze drie variabelen door de Cronbach’s alpha te berekenen. Indien de interne betrouwbaarheid voldoende was, werden de stellingen samengevoegd. De stellingen: *“Ik verwacht dat ik relatief veel tijd kwijt ben aan het invullen van de keuzewijzer.”*, *“Ik denk dat ik geen tijd heb om de keuzewijzer in te vullen.”* en *“Ik denk dat het invullen van de keuzewijzer mij veel moeite kost.”* bleken samen voldoende te correleren (Cronbach’s alpha = .69) om de stellingen samen te nemen. Voor de variabele *“Verwachting dat het invullen van de keuzewijzer geheel kosteloos is.”* was het niet mogelijk om de betrouwbaarheid te bepalen, omdat deze variabele slechts met één item werd gemeten. De stellingen *“Het besluit om de keuzewijzer in te vullen, is geheel mijn eigen keuze.”* en *“Ik laat me door mijn partner niet tegenhouden om de keuzewijzer in te vullen, ook wanneer hij dit niet wil.”* bleken onvoldoende te correleren om met elkaar te worden samengevoegd (Cronbach’s alpha = .54;  $r = .41, p < .01$ ). Hierop werd besloten de twee items niet samen te voegen tot één variabele, maar de belangrijkste stelling: *“Het besluit om de keuzewijzer in te vullen, is geheel mijn eigen keuze.”* alleen als variabele mee te nemen. Op deze wijze werden er drie variabelen gecreëerd voor de onderliggende *beliefs* van de eigeneffectiviteitsperceptie: *“De moeite die de keuzewijzer kost.”*, *“Oordeel over de prijs van de keuzewijzer.”* en *“Zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer.”*

#### 7.3.4 DISTAL VARIABLES

Gebaseerd op het IMBP, werd er ook een aantal items met betrekking tot de *distal variables* aan de vragenlijst toegevoegd. Demografische variabelen zijn ook een vorm van *distal variables*. Zo kan iemands leeftijd van invloed zijn op het besluit om de keuzewijzer in te vullen. Om na te gaan of demografische variabelen van invloed waren op de intentie om de keuzewijzer in te vullen, werd een aantal demografische vragen in de vragenlijst opgenomen waar de respondenten op konden worden ingedeeld: leeftijd, nationaliteit, de hoogst genoten opleiding en de verloskundigenpraktijk waar de betreffende respondent onder zorg stond.

Daarnaast werden aan de vragenlijst enkele variabelen toegevoegd die betrekking hadden op individuele aspecten die van invloed konden zijn op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Deze aspecten waren: het kennisniveau van de respondent betreffende de keuze voor de plaats van bevallen, de huidige voorkeur voor de plaats van bevallen, mogelijke angst voor de bevalling, of de vrouw al eerder bevallen was (verder aangeduid als pariteit), eerdere ervaringen omtrent de plaats van bevallen en de verwachtingen ten aanzien van een ziekenhuis bevalling en een thuisbevalling. Deze variabelen werden gemeten met de volgende stellingen en vragen: *“Ik bezit veel kennis over de keuze voor de plaats van bevallen.”*, *“Hebt u op dit moment een duidelijke voorkeur voor een plaats van bevallen?”*, *“Ik ben bang voor de bevalling.”*, *“Bent u al eerder bevallen (na 16 weken zwangerschap)?”*, *“Ik heb vervelende ervaringen met thuis bevallen.”*, *“Ik heb vervelende ervaringen met bevallen in het ziekenhuis.”*, *“Ik heb vervelende verwachtingen van thuis bevallen.”* en *“Ik heb vervelende verwachtingen van bevallen in het ziekenhuis.”*

Uiteindelijk konden niet alle *distal variables* worden meegenomen in de statistische analyses, vanwege een te groot aantal onafhankelijke variabelen om de analyses succesvol te kunnen uitvoeren. Daarom werd besloten de vragen over de ervaringen omtrent een ziekenhuisbevalling en een thuisbevalling achterwege te laten bij de statistische analyses, en op basis van de vragen over de verwachtingen omtrent een ziekenhuisbevalling en een thuisbevalling, een nieuwe variabele te creëren: *“De mate van zekerheid over de keuze voor de plaats van bevallen.”* Deze nieuwe variabele kwam tot stand door de scores op de stellingen *“Ik heb vervelende verwachtingen van thuis bevallen.”* en *“Ik heb vervelende verwachtingen van bevallen in het ziekenhuis.”* van elkaar af te trekken. Vervolgens werd de verschilscore op de volgende wijze geïnterpreteerd: bij een hoge verschilscore (de waardes 3, 4, -3 of -4) werd aangenomen dat de zwangere vrouw tamelijk zeker was in haar keuze voor een bepaalde plaats van bevallen. Bij een lage verschilscore (de waardes 0, 1, 2, -1, of -2) werd aangenomen dat de respondent weinig zeker was in haar keuze voor een bepaalde plaats. Verondersteld werd dat bij een grotere zekerheid minder behoefte was om de keuzewijzer in te vullen.

### 7.3.5 OVERIGE VRAGEN IN DE VRAGENLIJST

Aan de vragenlijst werden nog twee vragen toegevoegd die geen directe relatie hadden met het IMBP, maar betrekking hadden op de communicatie omtrent de keuzewijzer en de presentatievorm van de keuzewijzer. De vragen die hierover werden gesteld, luiden als volgt: *"Ik zou graag zien dat er op verschillende manieren informatie beschikbaar komt over de keuzewijzer."* en *"Ik zou de keuzewijzer het liefst invullen..."*. Deze kennis werd van belang geacht voor de communicatie omtrent de keuzewijzer en voor mogelijke aanbevelingen omtrent een verdere ontwikkeling van de keuzewijzer.

### 7.4 PRE-TEST

Voordat het daadwerkelijke surveyonderzoek heeft plaatsgevonden onder de doelgroep, werd er een pre-test onder zeven zwangere vrouwen uitgevoerd. Deze respondenten werden willekeurig benaderd bij de Verloskundige Stadspraktijk. Voor het pre-testen werd een methode van Francis et al. (2004) toegepast. Francis et al. (2004) hebben een aantal vragen geformuleerd die toegepast kunnen worden ter beoordeling van de vragenlijst. Deze vragen hebben onder andere betrekking op de formulering van de stellingen en de moeilijkheid van de vragenlijst. Uit de pre-test bleek onder andere dat de inleiding op de vragenlijst te kort was. Hierdoor vonden de respondenten het lastig om direct grip op het onderwerp te krijgen. Daarnaast bleek dat de stellingen lastig te lezen waren door het gebruik van de toekomstige tijd. Ook dachten de respondenten dat sommige onderwerpen twee keer werden bevraagd vanwege de (op het eerste gezicht) grote gelijkheid van de stellingen die de *global perceptions* maten en de stellingen die de onderliggende *beliefs* maten. Naar aanleiding van de pre-test werd de vragenlijst op de problematisch gebleken punten aangepast, en na wederom eenzelfde controle onder drie willekeurig gekozen zwangere vrouwen bij de Verloskundige Stadspraktijk, voor het onderzoek ingezet. Een exacte uitwerking van de vragenlijst is in *bijlage VI* bijgevoegd.

### 7.5 PROCEDURE

Het overgrote deel ( $n = 67$ ) van de ingevulde vragenlijsten werd afgenomen in de wachtkamers van drie verloskundigenpraktijken in Groningen. Daar werden zwangere vrouwen persoonlijk benaderd om de vragenlijst in te vullen. De vrouwen werden willekeurig geselecteerd. Om *information bias* te voorkomen werd ervoor gekozen om vrouwen die de Nederlandse taal niet goed beheersten, niet te betrekken in het onderzoek. Praktijkassistentes en verloskundigen hebben geassisteerd bij de afname van de vragenlijsten.

Het invullen van de vragenlijst vroeg steeds ongeveer zeven minuten. Wanneer de betreffende respondent tijdens het invullen werd weggeroepen door een verloskundige of echoscopiste, dan werd de respondent vriendelijk verzocht de vragenlijst na de afspraak verder in te vullen, of de vragenlijst eventueel bij een volgende afspraak weer mee te nemen naar de verloskundigenpraktijk. In een enkel geval ( $n = 4$ ) kwam het voor dat een vrouw direct na haar afspraak bij de verloskundige of echoscopiste weg moest, en de vragenlijst niet mee wilde nemen naar huis. Een reden hiervoor was bijvoorbeeld dat de vrouw niet weer op de praktijk terug zou komen. Ook zijn er vrouwen ( $n = 6$ ) geweest die de vragenlijst mee naar huis hebben genomen, maar die vragenlijst uiteindelijk niet hebben ingeleverd bij de verloskundigenpraktijk. Er waren veertien zwangere vrouwen die de vragenlijst op een andere locatie dan een verloskundigenpraktijk hebben ingevuld (in hun thuisomgeving, bij vrienden of familie, thuis of op het werk). Dit kwam doordat deze vrouwen indirect via familie vrienden en kennissen voor dit onderzoek werden benaderd. Uiteindelijk werden de data in drie maanden (december 2012, januari en februari 2013) verzameld. De vragenlijsten werden anoniem verwerkt.

In het volgende hoofdstuk worden de statistische uitkomsten besproken die op basis van de vragenlijst zijn verkregen.

## 8 RESULTATEN

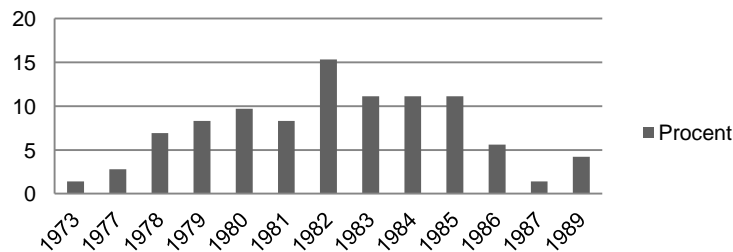
In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de statistische analyses besproken die op basis van de vragenlijst zijn verkregen. Eerst wordt de methode van dataverwerking behandeld; daarna worden de uitkomsten besproken.

### 8.1 DATAVERWERKING

Van de 81 respondenten die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek, bleken vijf respondenten de vragenlijst onvolledig te hebben ingevuld. Deze vragenlijsten zijn dan ook buiten beschouwing gelaten. Ter verduidelijking, wanneer een respondent meer dan tien vragen niet had ingevuld, werd de vragenlijst als onvolledig ingevuld beschouwd. Daarnaast lijken twee respondenten de vragenlijst niet serieus te hebben ingevuld, aangezien bij verschillende positief en negatief geformuleerde stellingen vaker dan vier keer hetzelfde antwoord is gegeven. Met het oog op de validiteit zijn ook deze twee vragenlijsten buiten beschouwing gelaten. Verder bleken twee respondenten geen keuzevrijheid voor de plaats van bevallen te hebben, doordat ze in de vragenlijst aangaven klinisch te moeten bevallen. De gegevens van deze respondenten zijn dan ook niet verder meegenomen in het onderzoek. Uiteindelijk bleven er 72 vragenlijsten over die voor de statistische analyses konden worden gebruikt.

### 8.2 ALGEMENE RESULTATEN

Alle 72 respondenten zeiden de Nederlandse nationaliteit te hebben. De leeftijd van de respondenten varieerde van 24 tot 40 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar. Figuur 6 geeft de leeftijdsspreiding weer. Wat betreft het opleidingsniveau van de respondenten kan worden gesteld dat de meerderheid van de respondenten hoog was opgeleid. Van de (n = 69) respondenten zei 26.1% een mbo-opleiding te hebben afgerond, 40.6% zei een hbo-opleiding als hoogst genoten opleiding te hebben, en 33.3% zei een universitair diploma te bezitten. 56.9% van de respondenten gaf aan voor de eerste keer te bevallen. Een minderheid van de respondenten (37.4%) zei bang te zijn voor de bevalling. Van de respondenten gaf 77.7% aan veel kennis te bezitten over de keuze voor de plaats van bevallen. Verder bleek de voorkeur voor een thuisbevalling of een poliklinische bevalling verdeeld te zijn. 39.9% van de respondenten gaf aan een duidelijke voorkeur te hebben voor een ziekenhuisbevalling, tegenover 34.7% van de respondenten die een thuisbevalling prefereerde, terwijl 26.4% van de respondenten nog geen duidelijke voorkeur bleek te hebben voor de plaats van bevallen. Van de respondenten stond het merendeel (43.1%) onder zorg bij de VSP. Het overige deel van de respondenten stond onder zorg bij de Verloskundigen van Groningen (20.8%), bij La Vie (20.8%) of bij een andere verloskundigenpraktijk (15.3%).



**Figuur 6** Een weergave van de leeftijdsspreiding (in %).





### 8.3 STATISTISCHE ANALYSES

Bij de bespreking van het IMBP van Fishbein en Yzer (2003) in paragraaf 5.3 is gesteld dat het relatieve gewicht van de verschillende determinanten in het model dient te worden bepaald. Op deze manier kan worden nagegaan of de gedragsintentie het beste wordt voorspeld door de *attitude*, de *perceived norm* of de *self-efficacy*. Ook kan worden nagegaan door welke *beliefs* deze determinanten op hun beurt weer het beste worden voorspeld. Om uitspraken te kunnen doen over mogelijke predictoren van de intentie om de keuzewijzer in te vullen, is voor de continue variabelen gebruik gemaakt van regressieanalyses (*Linear Regression*). Middels hiërarchische regressieanalyses konden

eventuele mediërende effecten op de relatie tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen worden opgespoord. Voor categorische *distal variables* zijn er variantieanalyses (*Univariate Analysis of Variance*) uitgevoerd. In paragrafen 8.3.1, 8.3.2 en 8.3.3 (p. 49 t/m 51) wordt beschreven welke variabelen steeds als onafhankelijke en afhankelijke variabelen bij de analyses zijn ingevoerd. In Tabel 8 is weergegeven welke zeventien variabelen zijn meegenomen in de regressieanalyses en op hoeveel items deze variabelen zijn gebaseerd. Tevens zijn in dezelfde tabel de gemiddeldes en de standaarddeviaties van de betreffende variabelen gegeven. Tabel 9 (op p. 49) geeft de zes variabelen weer die door middel van variantieanalyses zijn getoetst.

Variabele	M	SD
1 Intentie ( <i>gebaseerd op 3 items</i> )	3.43	1.09
2 Attitude ( <i>gebaseerd op 4 items</i> )	3.83	0.68
3 Waargenomen norm ( <i>gebaseerd op 4 items</i> )	2.55	0.89
4 Eigeneffectiviteitsperceptie ( <i>gebaseerd op 3 items</i> )	4.44	0.72
5 Oordeel over de keuzewijzer als instrument voor het maken van een keuze voor de plaats van bevallen ( <i>gebaseerd op 5 items</i> )	3.70	0.56
6 De keuzewijzer als bedreiging voor de verstandshouding met de partner ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	3.87	0.70
7 De begrijpelijkheid van de keuzewijzer ( <i>gebaseerd op 3 items</i> )	3.86	0.70
8 Normative belief met betrekking tot de verloskundige ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	3.28	0.95
9 Normative belief met betrekking tot de partner ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	2.76	1.04
10 Normative belief met betrekking tot familie ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	2.11	0.80
11 Normative belief met betrekking tot vrienden ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	2.07	0.79
12 Normative belief met betrekking tot de media ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	2.09	0.81
13 Zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer ( <i>gebaseerd op 3 items</i> )	4.64	0.56
14 Moeite die de keuzewijzer kost ( <i>gebaseerd op 3 items</i> )	4.27	0.73
15 Oordeel over de prijs van de keuzewijzer ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	4.79	0.63
16 Kennis over de keuze voor plaats van bevallen ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	3.87	0.93
17 Angst voor de bevalling ( <i>gebaseerd op 1 item</i> )	2.24	1.11

**Tabel 8** De gemiddelde scores en standaarddeviaties van variabelen die zijn getoetst door regressieanalyses (n=72) (gemeten op een 5-puntsschaal).

---

## Variabele

---

- 1 Pariteit
- 2 Huidige voorkeur voor een plaats van bevallen
- 3 Zekerheid over de keuze voor de plaats van bevallen
- 4 Leeftijd
- 5 Opleiding
- 6 Verloskundigenpraktijk

---

**Tabel 9** Variabelen die zijn getoetst door variantieanalyses.

Voordat de analyses zijn uitgevoerd, is eerst gekeken of de data voldeden aan de assumpties die gelden bij regressieanalyses en variantieanalyses. Zonder dat aan deze voorwaarden (normaliteit, homoscedasticiteit, onafhankelijkheid en multicollineariteit) wordt voldaan, kunnen er geen juiste conclusies worden getrokken (Pallant, 2010: 157-161, 205-207). Door middel van histogrammen, scatterplots, p-plots, een controle van de VIF waarden en *Cook's distance* is gecontroleerd of de data aan de gestelde voorwaarden voldeden. De data bleken geschikt om gebruik te kunnen maken van regressieanalyses en variantieanalyses. In de onderstaande paragrafen worden de uitgevoerde analyses stap voor stap besproken. Bij het uitvoeren van alle statistische toetsen is een alfa van .05 gehanteerd.

### 8.3.1 STATISTISCHE ANALYSES MET DE INTENTIE ALS AFHANKELIJKE VARIABELE

Eerst is aan de hand van een hiërarchische regressieanalyse gekeken hoe de gedragsintentie ( $M = 3.43$ ;  $SD = 1.09$ ) werd beïnvloed door een combinatie van de *global perceptions* uit het IMBP van Fishbein en Yzer (2003); de attitude ( $M = 3.83$ ;  $SD = 0.68$ ), de waargenomen norm ( $M = 2.55$ ;  $SD = 0.89$ ) en de eigeneffectiviteitsperceptie ( $M = 4.44$ ;  $SD = 0.72$ ). Als afhankelijke variabele werd de intentie ingevoerd en in het eerste blok de drie *global perceptions*. Uit de regressieanalyse bleek dat de attitude en de waargenomen norm leidden tot een significant percentage (56.8%,  $F(3, 61) = 29.02$ ,  $p < .01$ ) *verklaarde variantie* voor de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Van de drie *global perceptions* waren de attitude ( $\beta = .29$ ;  $p < .01$ ) en de waarge

nomen norm ( $\beta = .56$ ;  $p < .01$ ) significante predictoren van de intentie om de keuzewijzer in te vullen, terwijl de eigeneffectiviteitsperceptie dit niet was ( $p = .31$ ). In het tweede blok werden de elf onderliggende *beliefs* ingevoerd. Dit leidde tot een significante toename van de *verklaarde variantie* (van 56.8% naar 70.8%;  $F_{change}(11, 50) = 3.67$ ,  $p < .01$ ). Dit indiceerde dat er een directe relatie was van één of meer onderliggende *beliefs* naar de intentie om de keuzewijzer in te vullen, anders dan via de *global perceptions*. Verdere analyse wees uit dat er vier *beliefs* waren die (positief of negatief) significant bijdroegen aan deze toename in variantie: *de begripelijkheid van de keuzewijzer* ( $\beta = .25$ ;  $p < .01$ ), *de keuzewijzer als bedreiging voor de verstandshouding met de partner* ( $\beta = -.22$ ;  $p = .03$ ), *de normative belief met betrekking tot de verloskundige* ( $\beta = .38$ ;  $p < .01$ ) en *zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer* ( $\beta = -.17$ ;  $p = .04$ ). Dit resultaat indiceerde dat de vier variabelen niet via de *global perceptions* aan de intentie waren gerelateerd, maar via een directe relatie tussen de *belief* in kwestie en de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Wanneer er voor deze vier variabelen geen significante resultaten zouden zijn gevonden, dan zouden de *global perceptions* een mediërende rol vervullen op de relatie van deze *beliefs* naar de intentie. Tot slot werden in het derde blok twee *distal variables* (kennis over de keuze voor de plaats van bevallen en angst voor de bevalling) ingevoerd. Dit leidde niet tot een significante toename van de *verklaarde variantie* in de intentie om de keuzewijzer in te vullen (van 70.8% naar 71.2%;  $p = .27$ ). Dit indiceerde dat er geen directe relatie was tussen deze twee *distal variables* en de intentie om de keuzewijzer in te vul-

len. Daarnaast werd er met een variantieanalyse getoetst of de overige zes *distal variables* van invloed waren op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Voor geen van de *distal variables* werd een significant effect gevonden. Dit betekende dat er geen directe relatie was tussen deze zes *distal variables* en de intentie om de keuzewijzer in te vullen.

### 8.3.2 ANALYSES MET DE SIGNIFICANTE GLOBAL PERCEPTIONS ALS AFHANKELIJKE VARIABELE

Vervolgens werden er twee hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd voor de twee *global perceptions* die significant bleken bij te dragen aan de *verklaarde variantie* voor de intentie om de keuzewijzer in te vullen. De twee *global perceptions*: attitude en de waargenomen norm fungeerden als afhankelijke variabele in de regressieanalyses. In de eerste analyse werd als afhankelijke variabele de attitude ingevoerd. Het eerste blok bestaande uit de elf onderliggende *beliefs*, leidde tot een significante toename van de *verklaarde variantie* (35.5%,  $F(11, 54) = 4.26, p < .01$ ). Er bleek één *beliefte* zijn dat significant bijdroeg aan de *verklaarde variantie*: *de moeite die de keuzewijzer kost* (beta = .37;  $p < .01$ ). De toevoeging van de twee *distal variables* in het tweede blok, leidde niet tot een significante toename in de *verklaarde variantie* ( $p = .22$ ). Daarnaast werd er met een variantieanalyse getoetst of de overige zes *distal variables* van invloed waren op de attitude. Voor één van de *distal variables* werd een significant hoofdeffect gevonden: *de verloskundigenpraktijk waar de respondent onder zorg staat* ( $F(3, 66) = 3.74, p = .03$ ). Deze bevinding indiceerde dat er een directe relatie bestond tussen de *distal variable* verloskundigenpraktijk en de attitude. Voor de overige vijf *distal variables* was de relatie van de *distal variables* en de attitude er niet. Vervolgens werd voor de variabele verlos-

kundigenpraktijk een nieuwe variantieanalyse uitgevoerd. Uit deze analyse bleek dat de Verloskundige Stadspraktijk significant hoger scoorde op de attitude dan La Vie ( $p < .01$ ), de Verloskundigen van Groningen ( $p = .03$ ) en de overige praktijken ( $p < .01$ ). In Tabel 10 valt ook te zien dat de gemiddelde score van de Verloskundige Stadspraktijk op de attitude hoger ligt dan de gemiddelde score van de andere praktijken.

De tweede hiërarchische regressieanalyse werd uitgevoerd met de waargenomen norm als afhankelijke variabele. Het eerste blok bestaande uit de elf onderliggende *beliefs*, leidde tot een significante toename van de *verklaarde variantie* (63,6%,  $F(11, 55) = 11.50, p < .01$ ). Er bleek één *beliefte* zijn dat significant bijdroeg aan de *verklaarde variantie*: *de normative belief met betrekking tot de verloskundige* (beta = 0.56;  $p < .01$ ). De bevinding dat *de normative belief met betrekking tot de verloskundige* significant bijdroeg aan de toename van de *verklaarde variantie*, indiceerde dat deze *belief* belangrijk was voor de intentie om de keuzewijzer in te vullen. De betreffende *belief* bleek immers zowel direct (aangetoond door de eerste regressieanalyse) als indirect (aangetoond door de tweede regressieanalyse) aan de intentie te zijn gerelateerd. De toevoeging van de twee *distal variables* in het tweede blok, leidde niet tot een significante toename in de *verklaarde variantie* ( $p = .57$ ). Dit indiceerde dat er voor deze variabelen geen relatie was van de *distal variables* en de attitude anders dan via de onderliggende *normative belief met betrekking tot de verloskundige* ( $M = 3.28; SD = 0.95$ ). Daarnaast werd met een *variantieanalyse* getoetst of de overige zes *distal variables* van invloed waren op de waargenomen norm.

Verloskundigenpraktijk	M	SD
De verloskundigen van Groningen	3.67	0.77
La Vie	3.52	0.56
De Verloskundige Stadspraktijk	4.11	0.55
Overige praktijk	3.55	0.68

**Tabel 10** Gemiddelde en standaarddeviaties van de verloskundigenpraktijk op de attitude.

Voor één van de *distal variables* werd een significant hoofdeffect gevonden: *de verloskundigenpraktijk waar de respondent onder zorg staat* ( $F(3, 66) = 7.53, p < .01$ ). Dit indiceerde dat er een directe relatie bestond tussen de *distal variable* verloskundigenpraktijk en de waargenomen norm. Hierop werd voor de variabele *verloskundigenpraktijk* een nieuwe *variantieanalyse* uitgevoerd. Hieruit bleek dat de Verloskundige Stadspraktijk significant hoger scoorde op de waargenomen norm dan La Vie ( $p < .01$ ), de Verloskundigen van Groningen ( $p < .01$ ) en de overige praktijken ( $p = .04$ ). Verder werd ook een significant verschil gevonden voor de categorie “overige praktijken”. Zij scoorden significant hoger op de waargenomen norm dan op La Vie ( $p = .01$ ). In Tabel 11 valt ook te zien dat de gemiddelde score van de Verloskundige Stadspraktijk een stuk hoger ligt op de waargenomen norm dan de gemiddelde score van de andere praktijken.

### 8.3.3 ANALYSES MET DE SIGNIFICANTE BELIEFS ALS AFHANKELIJKE VARIABELE

Tot slot werden er nog vijf niet-hiërarchische regressies uitgevoerd, waarin de afhankelijke variabelen de onderliggende *beliefs* waren die significant bijdroegen aan de *verklaarde variantie* in de attitude en de waargenomen norm: *de begripelijkheid van de keuzewijzer, de keuzewijzer als bedreiging voor de verstandshouding met de partner, de normative belief met betrekking tot de verloskundige, zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer en de moeite die de keuzewijzer kost*. Als predictoren werden steeds de twee *distal variables* kennis over de keuze voor de plaats van bevallen en angst voor de be-

valling ingevoerd. De regressieanalyse met de *self-efficacy belief de moeite die de keuzewijzer kost* als afhankelijke variabele leverde één variabele op die significant (negatief) bijdroeg aan de *verklaarde variantie* (11.4%;  $F(2, 69) = 5.57, p < .01$ ). De betreffende variabele was de *distal variable angst voor de bevalling* ( $\beta = -.40; p < .01$ ). Vervolgens werd er een variantieanalyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele *de moeite die de keuzewijzer kost*. Als afhankelijke variabele werd de *distal variable angst voor de bevalling* ingevoerd, bestaande uit de drie categorieën: bang voor de bevalling, neutraal standpunt, niet bang voor de bevalling. Alleen voor de *distal variable angst voor de bevalling* werd een nieuwe analyse uitgevoerd, omdat slechts deze *belief* significant bleek bij te dragen aan de *verklaarde variantie*. Uit de analyse bleek dat de respondenten die niet bang waren voor de bevalling, significant hoger scoorden op *de moeite die de keuzewijzer kost* ( $p < .01$ ), maar niet significant hoger scoorden dat de respondenten die neutraal tegenover de bevalling stonden ( $p = .13$ ). In Tabel 12 (op p. 52) valt ook te zien dat de gemiddelde score van de categorie respondenten die niet bang waren voor de bevalling, hoger ligt dan het gemiddelde van de twee andere categorieën. Voor de regressieanalyses met de andere vier *beliefs* als afhankelijke variabelen, werden geen significante effecten gevonden. Daarnaast is er ook met variantieanalyses getoetst of de overige zes *distal variables* van invloed waren op de vijf *beliefs*. Voor de variantieanalyses werden alle vijf *beliefs* als afhankelijke variabelen ingevoerd. Voor geen van de vijf *beliefs* werd een significant effect gevonden.

Verloskundigenpraktijk	M	SD
De verloskundigen van Groningen	2.22	0.83
La Vie	1.78	0.77
De Verloskundige Stadspraktijk	3.08	0.66
Overige praktijk	2.63	0.76

**Tabel 11** Gemiddelde en standaarddeviaties van de verloskundigenpraktijk op de waargenomen norm.

Standpunt tegenover de bevalling	M	SD
Bang voor de bevalling	3,77	0,63
Neutraal standpunt	4,11	0,66
Niet bang voor de bevalling	4,43	0,72

**Tabel 12** Gemiddelde en standaarddeviaties voor de angst op de moeite die de keuzewijzer kost.

#### 8.4 OVERIGE RESULTATEN

Van de respondenten gaf 63.9% aan op verschillende manieren informatie te willen ontvangen over de keuzewijzer. Verder gaf een grote meerderheid van de respondenten (80.6%) aan de keuzewijzer het liefst op het internet te willen invullen (zie Tabel 13). Ook gaf 8.3% van de respondenten aan naast een digitale keuzewijzer op het internet, de keuzewijzer ook graag in de vorm van een mobiele applicatie te willen zien.

Communicatiemiddel	Percentage respondenten
Als vragenlijst op papier	2.8
Op het Internet	81.9
Als mobiele applicatie	2.8
Als vragenlijst op papier en op het internet	2.8
Op het internet en als mobiele applicatie	8.3
Geen idee	1.4

**Tabel 13** Voorkeurscommunicatiemiddel voor de keuzewijzer.

In hoofdstuk 9 worden er op basis van de in dit hoofdstuk besproken uitkomsten van de vragenlijst, aanbevelingen gedaan voor een effectieve communicatie omtrent de keuzewijzer.

## 9 DEELCONCLUSIE II

Het tweede deel van dit onderzoeksverslag betrof een kwantitatief gedragsdeterminantenonderzoek. Met de uitvoering van dit onderzoek is getracht bij te dragen aan effectieve voorlichting rondom de keuzewijzer voor de plaats van bevallen. De overtuigingen die zwangere vrouwen hebben over de keuzewijzer, zijn volgens het IMBP van Fishbein en Yzer (2003) namelijk via de zogenaamde *global perceptions* van invloed op de gedragsintentie en bovenal zijn ze beïnvloedbaar via communicatie. Voorlichtingsboodschappen met als doel zwangere vrouwen aan te sporen om de keuzewijzer in te vullen, zou vooral moeten worden gericht op de (belangrijke en via communicatie veranderbare) determinanten die door dit onderzoek aantoonbaar (direct of indirect) zijn gerelateerd aan de intentie om de keuzewijzer in te vullen. De vraag die centraal heeft gestaan bij de uitvoering van het gedragsdeterminantenonderzoek luidde als volgt: “*Welke determinanten zijn bij zwangere vrouwen van invloed op hun intentie om de keuzewijzer in te vullen?*”

Door middel van een vragenlijst werd er informatie verzameld over de overtuigingen die  $n = 72$  zwangere vrouwen hadden met betrekking tot het invullen van de keuzewijzer. Na de uitvoering van statistische analyses bleek dat de gedragsintentie om de keuzewijzer in te vullen (direct en indirect, positief en negatief) werd beïnvloed door verschillende overtuigingen. Uit de resultaten bleek dat de *global perceptions attitude* en *waargenomen norm* significant van invloed waren op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Niet geheel in overeenstemming met het IMBP van Fishbein en Yzer (2003), waren de onderliggende *beliefs*: de *begrijpelijkheid van de keuzewijzer*, *moeite voor het invullen van de keuzewijzer*, *de keuzewijzer als bedreiging voor de verstandshouding met de partner*, *zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer* en *de normative belief omtrent de verloskundige* direct gerelateerd aan de intentie om de keuzewijzer in te vullen, en niet via de *global perceptions*. Eén *belief* bleek zowel direct als indirect van invloed te zijn op de gedragsintentie: *de normative belief omtrent verloskundige*. Deze tweeduidige relatie met de intentie indiceerde dat deze variabele

voor zwangere vrouwen van belang was in de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Ook bleken *de verloskundigenpraktijk waar de cliënt onder zorg stond* en *de angst voor de bevalling* indirect van invloed te zijn op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Op basis van deze uitkomsten kan worden geconcludeerd dat de relaties van de variabelen aan de intentie in dit onderzoek dus anders liepen dan dat Fishbein en Yzer (2003) met hun IMBP voorspellen.

Nu duidelijk is welke determinanten van invloed zijn op de gedragsintentie van zwangere vrouwen om de keuzewijzer in te vullen, kan het voorlichtingsmateriaal voor de keuzewijzer dusdanig worden ingericht dat de intentie voor het invullen van de keuzewijzer wordt vergroot bij zwangere vrouwen. Volgens Fishbein en Yzer (2003) is de gedragsintentie van bepaald (beredeneerd) gedrag immers (indirect) door communicatie te beïnvloeden door de onderliggende overtuigingen in de doelgroep te veranderen. Vanuit dit onderzoek kunnen er dus verschillende aanbevelingen worden gedaan die de intentie voor het invullen van de keuzewijzer onder zwangere vrouwen zullen vergroten. Hieronder worden verschillende aanbevelingen gegeven voor de inhoud van de voorlichtingsboodschap en de communicatiemiddelen waarmee deze boodschap op de doelgroep kan worden overgebracht.

### **Aanbevelingen omtrent de inhoud van de voorlichtingsboodschap**

Door het determinantenonderzoek werd zichtbaar dat zeven verschillende determinanten bij zwangere vrouwen van invloed zijn op de intentie om de keuzewijzer in te vullen. Hoewel de vier variabelen: *de keuzewijzer als bedreiging voor de verstandshouding met de partner*, *zelfstandigheid in de besluitvorming rond het invullen van de keuzewijzer*, *de verloskundigenpraktijk waar de cliënt onder zorg stond* en *angst voor de bevalling* gerelateerd bleken te zijn aan de intentie om de keuzewijzer in te vullen, is besloten deze variabelen geen rol te laten spelen in de voorlichting voor de keuzewijzer. Deze variabelen zijn namelijk niet door communicatie beïnvloedbaar, van geen toegevoegde waarde voor de voorlichting, of moeilijk interpreteerbaar in relatie tot intentie. Hierdoor bleven er uiteindelijk drie

relevante en door communicatie veranderbare determinanten over die een positieve bijdrage leveren aan de intentie om de keuzewijzer in te vullen: *de normative belief omtrent de verloskundige, de begrijpelijkheid van de keuzewijzer en moeite voor het invullen van de keuzewijzer*. Op basis van deze drie determinanten kan worden geconstateerd dat in de voorlichting omtrent de keuzewijzer aandacht moet worden besteed aan het gegeven dat de verloskundige het belangrijk vindt dat zwangere vrouwen de keuzewijzer gaan invullen, de keuzewijzer voor iedereen begrijpelijk is, en dat het weinig moeite kost om de keuzewijzer in te vullen. Gebaseerd op deze determinanten is voor de keuzewijzer de inhoud van de voorlichtingsboodschap vastgesteld die door verschillende communicatiemiddelen kan worden uitgedragen. Deze boodschap bestaat uit drie elementen: een inleiding op de keuzewijzer, een aanduiding van de functie van de keuzewijzer en argumenten om de keuzewijzer in te vullen. Deze argumenten dienen te worden gebaseerd op de drie relevante determinanten die van invloed bleken op de gedragsintentie om de keuzewijzer in te vullen. Op de volgende wijze kan in de voorlichting vorm worden gegeven aan de drie besproken elementen:

### 1 De keuzewijzer inleiden

*“Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?”*

### 2 De functie van keuzewijzer aanduiden

*“Vul nu de keuzewijzer in op [www.verloskundigestadspraktijk.nl](http://www.verloskundigestadspraktijk.nl) en krijg een persoonlijk advies over de plaats die jou het beste bevalt!”*

### 3 Argumenten aandragen om de keuzewijzer in te vullen

- *“Je verloskundige adviseert je de keuzewijzer in te vullen.”*
- *“Het kost weinig moeite om de keuzewijzer in te vullen.”*
- *“De keuzewijzer is voor iedereen begrijpelijk.”*

### Aanbevelingen omtrent de presentatievorm van de voorlichtingsboodschap

Voor de communicatie omtrent de keuzewijzer is niet alleen de inhoud van de communicatieboodschap van belang, maar ook het communicatiemiddel waarmee de boodschap wordt uitgedragen (Schellens et al., 2006).

Daarom worden hier ook aanbevelingen gedaan voor de presentatievorm van de voorlichtingsboodschap. Om de keuzewijzer te promoten kan de VSP standaard meerdere communicatiemiddelen inzetten. Uit de resultaten bleek ook dat 63.9% van de respondenten op meerdere manieren informatie wilde ontvangen over de keuzewijzer. Vanwege beperkte financiële middelen dient de VSP via haar bestaande communicatiekanalen voor de keuzewijzer promotie te maken. Dit houdt in dat de keuzewijzer via de spreekuren van de verloskundige, de website, e-mail en posters kan worden gepromoot. Waarom deze middelen geschikt zijn bevonden wordt hieronder besproken, evenals de wijze waarop de voorlichtingsboodschap voor de keuzewijzer kan worden uitgedragen.

### Spreekuren van de verloskundige

Uit het determinantenonderzoek bleek de mening van de verloskundige van belang voor de intentie van zwangere vrouwen om de keuzewijzer in te vullen. Het lijkt dus niet meer dan verstandig om de spreekuren ter promotie van de keuzewijzer in te zetten. De spreekuren van de verloskundige zijn een belangrijke constante factor in de informatievoorziening richting de cliënt. Elke zwangere krijgt een stuk of vijftien keer een verloskundige te zien tijdens de spreekuren. Het bereik is dus enorm. Echter, de spreekuren dienen als communicatiekanaal zoveel mogelijk te worden ontlast, aangezien deze al geheel vol zijn gepland. Desalniettemin kan de verloskundige een belangrijke rol spelen in het wijzen van de cliënt op de keuzewijzer. Naast het uitdragen van de vastgestelde voorlichtingsboodschap kan de verloskundige de cliënt bijvoorbeeld ook laten zien waar de keuzewijzer op de website van de VSP kan worden gevonden.

### De website

De website van de VSP is de voornaamste informatiebron van de VSP. Dit medium heeft intussen een groot bereik. Op de homepage van de website zou dus prominent een boodschap kunnen worden geplaatst, waarin ter promotie van de keuzewijzer de vastgestelde boodschap wordt verkondigd. In het bericht zou tevens een interne link kunnen worden opgenomen naar de keuzewijzer. Op deze manier hoeft de zwangere vrouw zo weinig mogelijk moeite te doen om bij de keuzewijzer terecht te komen.



### **E-mail**

De cliënt kan verder na de eerste intake bij de VSP via e-mail attent worden gemaakt op het bestaan van de keuzewijzer. Het is van belang dat zwangere vrouwen al vroeg in hun zwangerschap op de keuzewijzer wordt gewezen. Uit onderzoek van Hendrix et al. (2009: 541) bleek immers dat vrouwen vaak al vóór de twaalfde week een keuze voor de plaats van bevallen hadden gemaakt, en daar ook aan vasthielden gedurende de zwangerschap. Door middel van de keuzewijzer wordt de kans vergroot er een weloverwogen keuze wordt gemaakt op basis van relevante informatie.

### **Posters**

Aangezien alle cliënten in de wachtkamer plaatsnemen voordat ze bij hun verloskundige of echoscopist terecht kunnen, heeft de wachtkamer een groot bereik. Posters zijn een geschikt middel om de aandacht van de cliënt te trekken en zodoende de keuzewijzer te promoten. Om een poster bij zwangere vrouwen onder de aandacht te brengen, dient er gebruik gemaakt te worden van kleur en visualisaties. Voor een optimaal effect, dient de poster op een goed zichtbare plek op ooghoogte te hangen. Verder kan op de poster een QR-code worden afgebeeld. Deze code kan met een applicatie op smartphones worden gelezen. Wanneer een zwangere vrouw de QR-code op de poster scant, wordt ze via haar smartphone meteen doorverwezen naar de website van de VSP waaraan de keuzewijzer wordt gelinkt. Op deze wijze kan de zwangere vrouw vrijwel direct meer informatie krijgen over de keuzewijzer. Aangezien een meerderheid van de zwangere vrouwen in het bezit is van een smartphone en langs die weg gebruik kan maken van de QR-applicatie, is het een adequate toevoeging op de posters. Aangezien de ontworpen keuzewijzer niet optimaal geschikt is voor een toepassing op een smartphone, kan beter niet direct worden doorgelinkt naar de keuzewijzer zelf. In *bijlage VIII* is een voorbeeldposter weergegeven ter promotie van de keuzewijzer. Op basis van dit onderzoek mag worden verwacht dat de inhoud van deze voorgestelde poster een positief effect zal hebben op de gedragsintentie van zwangere vrouwen met betrekking tot het invullen van de keuzewijzer.

Volgens het gedragsdeterminantenonderzoek zouden de hier besproken aanbevelingen de kans moeten vergroten

dat zwangere vrouwen de keuzewijzer voor de plaats van bevallen daadwerkelijk gaan invullen.



## 10 SLOTBESCHOUWING & DISCUSSIE

Naast een samenvattend slot zullen in dit hoofdstuk enkele kritische factoren van dit onderzoek worden besproken en zullen er aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.

### 10.1 ALGEMENE SLOTBESCHOUWING

In deze scriptie zijn de resultaten gepresenteerd van een tweeledig onderzoek waarbij de keuze voor de plaats van bevallen centraal heeft gestaan. Door allereerst in dit onderzoeksverslag op basis van beschikbare literatuur voor de VSP een keuzewijzer (voor op het internet) te ontwikkelen, is getracht zwangere vrouwen te ondersteunen bij het maken van een goed geïnformeerde keuze over de plaats van bevallen. De ontwikkelde keuzewijzer zal op basis van de gegeven antwoorden de gebruiker een persoonlijk advies geven over de plaats van bevallen. Op deze manier wordt bijgedragen aan een adequate voorlichting aan zwangere vrouwen (en hun partners) waardoor zij in staat mogen worden geacht een weloverwogen keuze te maken voor de plaats van bevallen. Verwacht wordt dat vrouwen die goed op de bevalling zijn voorbereid en realistische verwachtingen hebben, met meer tevredenheid terugkijken op de (keuze voor de plaats van de) bevalling. Vervolgens is in dit onderzoeksverslag aandacht besteed aan effectieve voorlichting voor de keuzewijzer door een gedragsdeterminantenonderzoek uit te voeren. Op basis van een kwantitatief onderzoek is achterhaald welke determinanten bij zwangere vrouwen van invloed zijn op hun intentie om de keuzewijzer in te vullen. Gebaseerd op deze uitkomsten is een aantal aanbevelingen gedaan over de inhoud van de voorlichting rondom de keuzewijzer. Tevens zijn er verschillende presentatievormen aanbevolen om de betreffende voorlichtingsboodschap uit te dragen. Gepoogd is voor de keuzewijzer een zo effectief mogelijk communicatiemiddel te ontwikkelen dat de doelgroep aanmoedigt om de keuzewijzer in te vullen. Met de verschillende besluiten die gedurende het onderzoeksproces voor de keuzewijzer zijn genomen, is getracht de keuzewijzer in de praktijk zo goed mogelijk te laten functioneren.

### 10.2 DISCUSSIEPUNTEN & AANBEVELINGEN

Er zijn altijd enkele kritische factoren van een onderzoek te noemen, zo ook voor dit onderzoek. In de onderstaande twee paragrafen zullen deze factoren worden besproken. Uit enkele kritische factoren zijn aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

#### 10.2.1 DISCUSSIEPUNTEN EN AANBEVELINGEN OMTRENT HET ONTWERP VAN DE KEUZEWIJZER

Fossen et al. (2012) geven in hun onderzoek naar stemhulpen en kieswijzers een belangrijk aandachtspunt weer dat ook voor de ontworpen keuzewijzer als mogelijk discussiepunt kan worden aangemerkt. Zo kan het complexe keuzeproces dat het vormen van een voorkeur over de plaats van bevallen is, door de keuzewijzer mogelijk zijn versimpeld en daardoor op de een of andere manier toch sturend zijn voor de gebruiker.

Verder is in deze scriptie slechts één mogelijk handelingsverloop uitgewerkt voor de keuzewijzer. In vervolgonderzoek zou er een ander handelingsverloop kunnen worden ontwikkeld waarin de eisen omtrent de effectiviteit en de efficiëntie anders zijn ingevuld. Hetzelfde geldt voor de presentatievorm van het onderliggende handelingsverloop van de keuzewijzer. Volgens Jansen en Steehouder (1996) zijn er immers verschillende mogelijkheden om het onderliggende besluitvormingsproces van een instructieve tekst visueel weer te geven. Ook kan in vervolgonderzoek worden gewerkt aan een andere presentatievorm van de keuzewijzer zelf. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat zwangere vrouwen naast een keuzewijzer op het internet, de keuzewijzer graag in de vorm van een mobiele applicatie zouden willen zien.

#### 10.2.2 DISCUSSIEPUNTEN EN AANBEVELINGEN OMTRENT HET GEDRAGSDETERMINANTENONDERZOEK

Hoewel het gedragsdeterminantenonderzoek met grote zorgvuldigheid is uitgevoerd, is er toch een aantal factoren te noemen die mogelijk de onderzoeksresultaten hebben beïnvloed. Zo kan het volgens Baxter en Babbie (2004: 207)

van belang zijn, om bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten rekening te houden met het *testing-effect*. Dit houdt in dat de respondenten bij het gedragsdeterminantenonderzoek zich mogelijk in hun beoordeling van de stellingen hebben laten beïnvloeden door het feit dat ze meededen aan een onderzoek. Het geven van sociaal wenselijke antwoorden is hier een voorbeeld van. Zwangere vrouwen zouden bijvoorbeeld kunnen hebben aangegeven dat ze niet bang zijn voor de bevalling, terwijl dit in werkelijkheid wel het geval was. Daarnaast zouden in dit onderzoek ook de context en de participanten van invloed kunnen zijn geweest op de resultaten. Mocht het onderzoek in een andere context plaats hebben gevonden, bijvoorbeeld thuis via de computer bij zwangere vrouwen die zichzelf hebben geselecteerd, dan zou de motivatie van de respondenten misschien anders kunnen zijn.

Ook kan bij dit onderzoek de steekproefgrootte ter discussie worden gesteld. De resultaten van het gedragsdeterminantenonderzoek zijn uiteindelijk gebaseerd op 72 zwangere vrouwen. Mogelijk zouden er andere uitkomsten zijn gevonden wanneer er meer respondenten hadden deelgenomen aan dit onderzoek. Eventueel zou er dus een vervolgonderzoek naar de gedragsdeterminanten bij zwangere vrouwen kunnen worden uitgevoerd met meer respondenten. Daarnaast zou getracht kunnen worden meerdere verloskundigenpraktijken te betrekken in het onderzoek. Zo kan een mogelijke invloed die uitgaat van de verloskundigenpraktijken worden verminderd in de uiteindelijke resultaten van het onderzoek.

Tevens kan de vragenlijst dat als meetinstrument voor het gedragsdeterminantenonderzoek werd gebruikt, als een discussiepunt dienen. De vragenlijst werd ingezet om de variabelen uit het IMBP van Fishbein en Yzer (2003) te meten. De stellingen in de vragenlijst werden opgesteld aan de hand van een artikel van Francis et al. (2004). Francis et al. stelden voor om de *global perception* attitude met behulp van een semantische differentiaal te meten. Echter, deze manier wijkt af van hoe Francis et al. (2004) voorstelden de overige twee *global perceptions* waargenomen norm en eigeneffectiviteitsperceptie te meten. Dit gebeurt namelijk aan de hand van een Likertschaal. Verder verschilt het aantal items waarmee de *global perceptions* werden bevraagd,

namelijk met drie óf vier items. Ook werden in navolging van het IMBP van Fishbein en Yzer (2003), de *beliefs* onderliggend aan de eigeneffectiviteitsperceptie slechts met één component bevraagd, terwijl de *beliefs* onderliggend aan de attitude en de waargenomen norm bestonden uit een samenstelling van twee componenten. Zo werd de attitude gevormd door een samenstelling van *behavioral beliefs* én *outcome evaluations* en bestond de waargenomen norm uit een samenstelling van *normative beliefs* én de *motivation to comply*.

Daarnaast dient te worden opgemerkt, dat in dit onderzoek de relaties van de variabelen aan de intentie anders liepen dan Fishbein en Yzer (2003) suggereerden met hun IMBP. Mogelijk zou ter controle van de gevonden onderzoeksresultaten, hetzelfde onderzoek nogmaals kunnen worden uitgevoerd. Wanneer dezelfde bevindingen zouden worden gevonden, zouden er meer gegronde uitspraken kunnen worden gedaan over de relaties van de variabelen op de intentie en het functioneren van het IMBP in de praktijk op dit specifieke onderzoeksterrein.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is voorafgaand aan de vragenlijst een focusgroep samen te stellen, bestaande uit een aantal zwangere vrouwen. De inzet van een focusgroep is tevens de methode die Hoeken et al. (2012) adviseerden om belangrijke overtuigingen voor bepaald gedrag in kaart te brengen. Met de inzet van een focusgroep kunnen mogelijk andere (belangrijke) overtuigingen aan het licht komen die eventueel (ook) van invloed zijn op de *global perceptions*. Hierdoor zou de gedragsintentie bij zwangere vrouwen om de keuzewijzer in te vullen, mogelijk in de voorlichting ook op andere manieren kunnen worden beïnvloed dan in dit onderzoek is gesteld.

Ondanks deze kritiekpunten op het onderzoek, mag erop worden vertrouwd dat er nu voor de VSP meer informatie beschikbaar is gekomen over eisen die moeten worden gesteld aan voorlichtingsmateriaal over de keuze voor de plaats van bevallen. Deze kennis draagt hopelijk bij aan een adequate voorlichting aan zwangere vrouwen.

## LITERATUUR

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, p. 462-479.
- Baxter, L.A. & Babbie, E. (2004). *The Basics of Communication Research*. Belmont: Wadsworth.
- Bekker, H., Thornton, J.G., Airey, C.M., Connelly, J.B., Hewison, J., Robinson, M.B., Lilleyman, J.M. MacIntosh, M., Maule, A.J., Michie, S. & Pearman, A.D. (1999). Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. *Health Technology Assessment*, 3(1), p. 1-156.
- Berg, M. van den, Timmermans, D.R.M., Kate, L. ten, Vugt, J.M.G. van & Wal, G. van der (2005). Are pregnant women making informed choices about prenatal screening? *Genetics in Medicine*, 7, p. 332-338.
- Blokzijl- Huisman, M.H., Meeuwis, L. & Schellekens, E.C.E. (2012). *Adviesrapport VSP. Plaats van bevallen*. Academie Verloskunde Amsterdam Groningen: Groningen.
- Bonsel, G.J., Birnie, E., Denkta, S., Poeran, P. & Steegers E.A.P. (2010). Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. *Medisch Contact*, 65(45), p. 2390-2393.
- Borquez, H.A. & Wiegers, T.A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22(4), p. 339-247.
- Boucher, D., Bennett, C. McFarlin, B. & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery Women's Health*, 54(2), p. 119-126.
- Briss, P., Rimer, B., Reilley, B., Coates, R.C., Lee, N.C., Mullen, P., Corsco, P., Hutchinson, A.B. Hiatt, R., Kerner, J., George, P., White, C., Gandhi, N., Saraiva, M., Breslow, R., Isham, G., Teutsch, S.M., Hinman, A.R. & Lawrence, R. (2004). Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), p. 67-80.
- Broersma, A. & Jansen, C. (2012). "Why should I?" On selecting the content of persuasive HCT messages for students at a previously disadvantaged university in South Africa. *Communicare; Journal for Communication Sciences in Southern Africa*, 37(1), p. 19-35.
- Buitendijk, S. (2010). *De stem van vroede vrouwen. Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevalingscultuur*. Amsterdam: Vossiuspers Uva.
- Detmar, S. Schönebeck, Y., Akker, E. van den & Otten, W. (2008). Keuzehulp prenataal onderzoek downsyndroom. *Bijblijven*, 24(6), p. 46-50.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Erp, B. van (2012, mei 9). Woelig baren. *de Volkskrant*, p. 2-5.
- Fishbein, M. & Yzer, M.C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13(2), p. 164-183.
- Fossen, T., Anderson, J. & Tiemeijer, W. (2012). "Wijzer Stemmen? StemWijzer, Kieskompas en het voorgeprogrammeerde electoraat". In: C. van 't Hof, J. Timmer & R. van Est (2012). *Voorgeprogrammeerd: Hoe internet ons leven leidt*, p. 163-183. Den-Haag: Boom.

Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J.J., Foy, J., Kaner, E.F.S., Smith, L. & Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of Planned Behaviour*. Newcastle: Centre for Health Services Research.

Hendrix, M., Horck, M. van, Moreta, D., Nieman, F., Nieuwenhuijze, M., Severens, J., & Nijhuis, J. (2009). Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (4), p. 537-544.

Hendrix, M., Pavlova, M., Nieuwenhuijze, M.J., Severens, J.L. & Nijhuis, J.G. (2010). Differences in preferences for obstetric care between nulliparae and their partners in the Netherlands: a discrete-choice experiment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 31 (4), p. 243-251.

Hulst, L.A.M. van der, Bonsel, G.J., Bleker, O.P. & Teijlinge, E.R. van (2004). Wat de keuze voor plaats van bevallen met de verloskundige interventies doet. De impact van een keuze. *Tijdschrift voor Verloskundigen*, 29, p. 19-25.

Jansen, C.J.M. & Steehouder, M.F. (1989). *Taalverkeersproblemen tussen overheid en burger: Een onderzoek naar verbeteringsmogelijkheden van voorlichtingsteksten en formulieren*. Den Haag: SDU Uitgeverij.

Jansen, C.J.M. & Steehouder, M.F. (1996). The sequential order of procedural instructions: some formal methods for designers of flow charts. *Journal of Technical Writing and Communication*, 26 (4), p. 453-473.

Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11 (1), p. 1-47.

Jonge, A. de, Goes, B.Y. van der, Ravelli, A.C.J., Amelink-Verbur, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J. & Buitendijk S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (9), p. 1177-1184.

Levy, V. (1999). Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the processes involved when women make informed choices during pregnancy. *Midwifery*, 15 (2), p. 109-119.

Maes, F., Ummelen, N., & Hoeken, H. (1996). *Instructieve Teksten. Analyse, Ontwerp en Evaluatie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Manders, K. C., Wentink-Lander, D. & Roumen, F.J.M.E. (2009). Van thuisbevalling naar ziekenhuis. *Medisch Contact*, 41, p. 1674-1675.

Marteau, T.M. Dormandy, E., Michie, S.A. (2001). A measure of informed choice. *Health Expect*, 4, p. 99-108.

Nederhoed, P. (2012). *Helder rapporteren. Een handleiding voor het opzetten en schrijven van rapporten, scripties, nota's en artikelen* (10<sup>e</sup> druk). Houten: Bon Stafleu van Loghum.

O'Connor, A.M. (1995). Validation of a decisional conflict scale. *Medical decision making*, 15, p. 25-30.

O'Connor, A.M., Fiset, V., Degrasse, C., Graham, I.D., Evans, W., Stacey, D., Laupacis, A. & Tugwell, P. (1999). Decision aids for patients considering options affecting cancer outcomes: evidence of efficacy and policy implications. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, p. 67-80.

O'Connor, A.M., Bennett, C.L., Stacey, D., Barry, M., Col, N.F., Eden, K.B., Entwistle, V.A., Fiset, V., Holmes-Rovner, M., Khangura, S., Llewellyn-Thomas, H. & Rovner, D. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). *The Cochrane Library*, 3, p. 1-113.

O'Keefe, D.J. (2002). *Persuasion: Theory and research* (2<sup>e</sup> editie). Thousand Oaks, CA: Sage.

Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS* (4e editie). Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). *The Elaboration Likelihood Model of persuasion*. New York: Academic Press.

Pol, B., Swankhuisen, C. & Vendeloo, P. van (2007). *Nieuwe aanpak in overheidscommunicatie: Mythen, misverstanden en mogelijkheden*. Bussum: Coutinho.

Prins, M., Roosmalen, J. van, Scherjon, S. & Smit, Y. (2009). *Praktische verloskunde* (12e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Reep, M. van de (2010). *Kracht en kwetsbaarheid rondom geboorte. Een studie naar de relatie tussen cultuur en beleving van zwangerschap en geboorte in Nederland* (Masterthesis). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Reep, M. van de (2011). Kracht en kwetsbaarheid rondom geboorte. *Wijsgerig perspectief*, 51, p. 14-23.

Reinards, A.E.C.M. (2012). *Heeft u 'm al gedaan? Een onderzoek naar de overtuigingen onder 45-plussers over de diabetes risicotest* (Masterthesis). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Renkema, J. (2012). *Schrijfwijzer* (5<sup>e</sup> editie). Amsterdam: Boom.

Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Pal, K. van der, Prins, M., Green, J. & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors Related to Negative or Positive recall of Birth Experience in women 3 Years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35 (2), p. 107-116.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, p. 1-8.

Steehouder, M. & Jansen, C. (1997). *Handleidingenwijzer. Handboek voor effectieve softwarehandleidingen*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Steehouder, M. & Karreman, J. (2000). De verwerking van stapsgewijze instructies. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 22, p. 220-239.

Toepoel, V., Das, M., & Van Soest, A. (2009). Design of web questionnaires: The effects of the number of items per screen. *Field Methods*, 21 (2), p. 200-213.

Verweij, R. (2012, mei 18). "Thuisbevallen is wél een groot goed." *de Volkskrant*, p. 29.

Weijden, T. van der & Sanders-van Lennep, A. (2012). Keuzehulpen voor de patiënt. *Huisarts en Wetenschap*, 55 (11), p. 516-521.

Wright, P. & Reid, F. (1973). Written information. Some alternatives to prose or expressing the outcomes of complex contingencies. *Journal of Applied Psychology*, 57, p. 160-166.

Yzer, M. (2008). The integrative model and message-based HIV prevention. In: P. Swanepoel & H. Hoeken. *Adapting Health Communication to Cultural Needs: Optimizing Documents in South African Health Communication on HIV en Aids*, p. 49-69. Amsterdam: Benjamins.

## Elektronische bronnen

Buitendijk, S. & Croon, M. (2010, november 13). Je kunt ook kiezen voor hoge moedersterfte. *NRC Handelsblad*, p. 10. Geraadpleegd op <http://www.vroedvrouwen.nl/english/documenten/krantenartikel.pdf> [Laatst bekeken op: 13 januari 2013].

Groeneveld, M. (2008). *Een blik op de praktijk: De betrokkenheid van de cliënt bij het behandelplan*. Den Dolder: Centrale Cliëntenraad Altrecht. Geraadpleegd op: [http://www.altrecht.nl/Externe\\_bestanden/Overigen/cliëntenraad/Blik\\_op\\_de\\_praktijkeindverslag.pdf](http://www.altrecht.nl/Externe_bestanden/Overigen/cliëntenraad/Blik_op_de_praktijkeindverslag.pdf) [Laatst bekeken: 29 januari 2013].

Houben-van Herten, M. (2011, mei 2). Drie kwart van bevallingen in ziekenhuis. *CBS-webmagazine*. Geraadpleegd op: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3383-wm.htm> [Laatst bekeken: 17 januari 2012].

International Patient Decision Aid Standards (2005). *IPDAS 2005: Criteria for judging the quality of patient decision aids*. Geraadpleegd op: [http://ipdas.ohri.ca/IPDAS\\_checklist.pdf/](http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_checklist.pdf/) [Laatst bekeken: 29 januari 2013].

Jonge, A. de (2009, december 10). Thuis beginnen en eerlijk zijn over het eind. *Kennispoort conferentie: Veiligheid in de verloskunde*. Utrecht. Geraadpleegd op: [http://www.kennispoort-verloskunde.nl/parallelsessie-2-veiligheid-van-het-systeem-verwijzen.aspx#.UPrUoid2S\\_R](http://www.kennispoort-verloskunde.nl/parallelsessie-2-veiligheid-van-het-systeem-verwijzen.aspx#.UPrUoid2S_R) [Laatst bekeken op: 13 januari 2013].

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2009a, februari 16). *Aantal thuisbevallingen verminderd*. Geraadpleegd op: <http://www.knov.nl/nieuws/aantal-thuisbevallingen-verminderd/> [Laatst bekeken: 20 april 2013].

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2009b). *Verloskundige Indicatielijst*. Geraadpleegd op: <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/richtlijnen-gedragscodes-en-werkafspraken/verloskundige-indicatielijst/> [Laatst bekeken: 25 november 2012].

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2012a, mei 21). *Thuis bevallen: reële mogelijkheid en wens van 75% van de (aanstaande) ouders*. Geraadpleegd op: <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen/nieuws/thuis-bevallen-reele-mogelijkheid-en-wens-van-75-van-de-aanstaande-ouders/> [Laatst bekeken: 25 november 2012].

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2012b, november 5). *80 procent van moeders is voor keuzevrijheid plaats van bevalling*. Geraadpleegd op: <http://www.knov.nl/nieuws/80-procent-van-moeders-is-voor-keuzevrijheid-plaats-van-bevalling/> [Laatst bekeken: 25 november 2012].

Kuunders, M.M.A.P. (2008, juni 24) (RIVM). Verloskundige zorg: Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/verloskundige-zorg/verschillen-internationaal/> [Laatst bekeken: 17 januari 2013].

Reerink, A. (2010, november 3). Don't try this at home; Als er een dokter bij is, gaan er minder kinderen dood. En dat terwijl verloskundigen al de 'makkelijke' gevallen krijgen. In Nederland gaan relatief veel baby's dood bij de geboorte. Nu blijkt waarom: dat ligt aan ons verloskundig systeem. *NRC.NEXT*, p. 4-5. Geraadpleegd op: <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/> [Laatst bekeken: 19 januari 2013].

Waelput, A.J.M. (2008, juni 24) (RIVM). Wat is verloskundige zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/verloskundige-zorg/wat-is-verloskundige-zorg/> [Laatst bekeken: 17 januari 2013].

ZonMw. (2009). *Multidisciplinaire richtlijnen verloskunde*. Geraadpleegd op: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/multidisciplinaire-richtlijnen-verloskunde/samenvatting/> [Laatst bekeken: 10 januari 2013].



## **BIJLAGE I RICHTVRAGEN VOOR HET CCC-MODEL**

Voor een tekstanalyse met behulp van het CCC-model van Renkema (2012: 30) kunnen de onderstaande tachtig richtvragen als leidraad worden gebruikt (Renkema, 2012: 44-46, 529-530).

### **Teksttype**

#### **Ijkpunt 1: passende tekstsoort**

- 1 Past de tekstsoort bij het doel van de tekst?
- 2 Past de tekstsoort bij de informatie die wordt overgebracht?

#### **Ijkpunt 2: genrezuiverheid**

- 3 Is direct duidelijk om welke tekstsoort het gaat?
- 4 Bevat de tekst (alleen) de onderdelen die bij de tekstsoort passen?
- 5 Wordt de tekstsoort consequent gehandhaafd?
- 6 Is de aard van de informatie duidelijk (feit, oordeel, mening, vermoeden, enz.)?

#### **Ijkpunt 3: genreregels**

- 7 Zijn de regels en conventies die voor de tekstsoort gelden, goed toegepast?

### **Inhoud**

#### **Ijkpunt 4: voldoende informatie**

- 8 Is het onderwerp duidelijk afgebakend?
- 9 Geeft de tekst voldoende informatie (niet te veel of te weinig)?
- 10 Brengt de schrijver de informatie over die overgebracht moet worden?
- 11 Is de informatie relevant voor het doel van de tekst?
- 12 Is het duidelijk waarom de lezer de informatie nodig heeft?
- 13 Is de informatie afgestemd op de voorkennis van de lezers?
- 14 Sluit de informatie aan bij de behoefte van de lezers?
- 15 Worden beweringen en meningen voldoende onderbouwd?

- 16 Worden eventuele aanbevelingen vermeld met hun voors en tegens?

- 17 Zijn begrippen en termen verklaard?
- 18 Worden de vragen die door de tekst worden opgeroepen, ook beantwoord?
- 19 Krijgen lezers antwoord op hun vragen?

#### **Ijkpunt 5: overeenstemming tussen informatieonderdelen**

- 20 Is de tekst vrij van tegenstrijdigheden?
- 21 Steunen conclusies op eerder vermelde feiten?

#### **Ijkpunt 6: juistheid van informatie**

- 22 Is alle informatie juist?
- 23 Is de informatie controleerbaar?
- 24 Zijn voldoende goede bronnen gebruikt?
- 25 Zijn de bronnen correct gebruikt?

### **Opbouw**

#### **Ijkpunt 7: inzichtelijke samenhang**

- 26 Is de opbouw duidelijk?
- 27 Is de onderverdeling in hoofdstukken, paragrafen en alinea's inzichtelijk?
- 28 Is de volgorde van de aangeboden informatie logisch?
- 29 Zijn hoofd- en bijzaken duidelijk onderscheiden?
- 30 Is voor elk tekstonderdeel duidelijk wat de functie ervan is in het grotere geheel?
- 31 Is per alinea één onderwerp behandeld?
- 32 Sluiten de alinea's goed op elkaar aan?
- 33 Sluiten de zinnen goed op elkaar aan?

#### **Ijkpunt 8: consequente structurering**

- 34 Is de manier van indelen consequent toegepast?
- 35 Staan de zaken die bij elkaar horen, bij elkaar?
- 36 Zijn onderdelen met hetzelfde gewicht op dezelfde manier behandeld?
- 37 Is de lengte van de alinea's in verhouding?
- 38 Is de opbouw in overeenstemming met de aankondiging in de inleiding?

39 Zijn de tussenkopjes in overeenstemming met de inhoud?

### **Ijkkpunt 9: correcte verbindingen**

40 Zijn de overgangsalinea's en verbindende teksten juist?

41 Zijn de verwijswaarden correct gebruikt?

42 Zijn de verbindingswoorden tussen zinnen correct gebruikt?

### **Formulering**

#### **Ijkkpunt 10: gepaste formulering**

43 Is de formulering begrijpelijk (niet te makkelijk of te moeilijk)?

44 Is de formulering nauwkeurig (niet te vaag of te gedetailleerd)?

45 Is de formulering bondig (niet te beknopt of te uitgebreid)?

46 Is de formulering aantrekkelijk (niet te zakelijk of te populair)?

47 Past het taalgebruik bij de doelgroep?

48 Past de toonzetting bij de doelgroep?

#### **Ijkkpunt 11: eenheid van stijl**

49 Is de formulering in balans?

50 Is de tekst vrij van stijlbreuken?

51 Is de tekst vrij van contaminaties?

52 Is er eenheid in terminologie?

#### **Ijkkpunt 12: correcte zinsbouw en woordkeus**

53 Zijn de zinnen grammaticaal juist?

54 Is de woordkeus juist?

### **Presentatie**

#### **Ijkkpunt 13: gepaste presentatie**

55 Past de vormgeving bij de doelgroep?

56 Is de pagina-indeling overzichtelijk?

57 Zijn de typografische middelen doelmatig ingezet?

58 Worden afbeeldingen, tabellen, enz. uitgelegd?

59 Kan de lezer snel iets terugvinden?

60 Is het juiste kanaal of medium gebruikt (papier of scherm)?

### **Ijkkpunt 14: afstemming tekst en vormgeving**

61 Past de vormgeving bij de tekst?

62 Zijn de typografische middelen consequent gebruikt?

63 Zijn de regels voor alinea-indeling goed toegepast?

64 Ondersteunen de illustraties (afbeeldingen, tabellen, enz.) de tekst?

65 Passen de witregels, (tussen)kopjes en verbindende tekst bij de inhoudelijke structuur?

66 Klopt de nummering van voorbeelden, tabellen, grafieken?

67 Kloppen de verwijzingen naar andere tekstonderdelen?

### **Ijkkpunt 15: correcte spelling en interpunctie**

68 Is de spelling correct?

69 Zijn de leestekens juist gebruikt?

70 Zijn andere conventies (voor weergave van getallen, literatuurverwijzing, enz.) goed toegepast?

### **Extra richtvragen voor beeldschermteksten**

#### **CCC-ijkkpunt 7: Inzichtelijke samenhang**

1 Staat de informatie in een 3×7-structuur?

2 Heeft de schermpagina een F-patroon?

3 Heeft de tekst een piramide-opbouw?

4 Heeft de tekst voldoende ingangen?

#### **CCC-ijkkpunt 10: Gepaste formulering**

5 Zijn de zinnen kernachtig geformuleerd?

6 Is de formulering direct?

7 Bevat de tekst relevante zoektermen?

8 Zijn de verwijzingen in de tekst informatief?

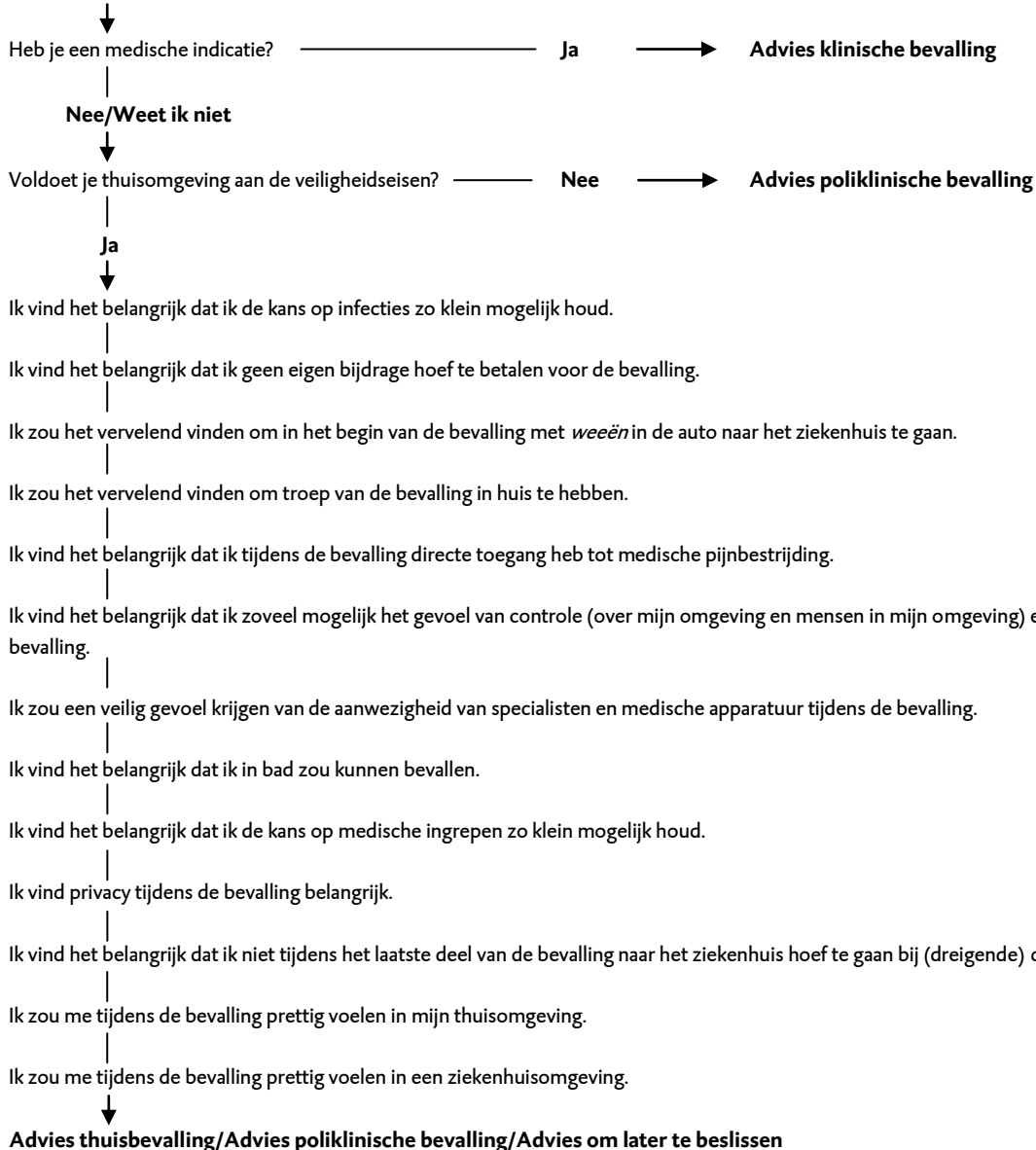
#### **CCC-ijkkpunt 13: Gepaste presentatie**

9 Bevat de webpagina voldoende 'lucht'?

10 Nodigt de pagina uit tot lezen?

## BIJLAGE II HET ONDERLIGGENDE HANDELINGSVERLOOP

### Inleiding – Start





### BIJLAGE III OVERZICHT ANTWOORDBETEKENISSEN PER STELLING

Ter verduidelijking, in Tabel 4 staat weergegeven bij welk antwoord een stelling als indicator geldt voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis of voor een thuisbevalling. In Tabel 4 zijn de antwoorden op de stellingen weergegeven in cijfers van 1 t/m 6. Het cijfer 1 staat hierbij voor “sterk mee oneens” en het cijfer 6 staat hierbij voor “sterk mee

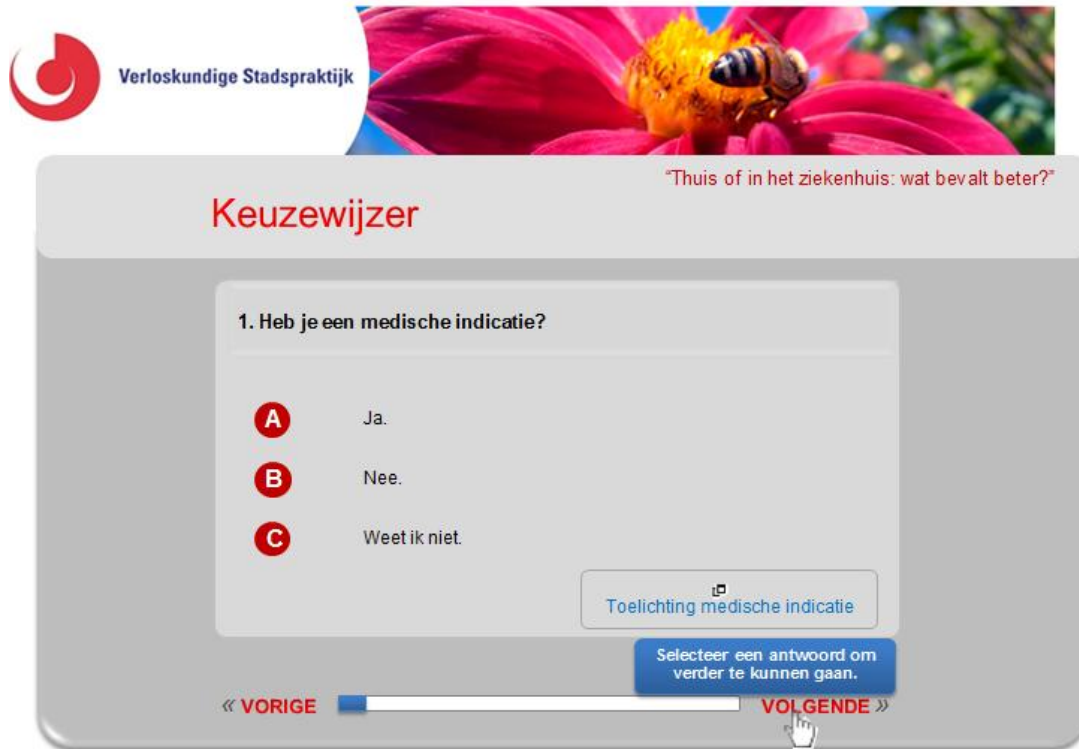
eens”. Om te zorgen dat alle stellingen de juiste lading meekrijgen in de totstandkoming van het advies, dienen de antwoorden van vier stellingen softwarematig te worden gehercodeerd. In de onderstaande tabel (Tabel 4) staat aangegeven bij welke vier stellingen dit hercoderen dient te gebeuren.

Stellingen	Antwoordbetekenis
<b><u>Stellingen Categorie A</u></b>	
1 Ik vind het belangrijk dat ik de kans op infecties zo kleimogelijk houd.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
2 Ik vind het belangrijk dat ik tijdens de bevalling directe toegang heb tot medische pijnbestrijding.	1 en 2 = Voorkeur thuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur ziekenhuisbevalling <b>Waardes softwarematig hercoderen!</b>
3 Ik vind het belangrijk dat ik de kans op medische ingrepen zo klein mogelijk houd.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
4 Ik vind het belangrijk dat ik niet tijdens het laatste deel van de bevalling naar het ziekenhuis hoeft te gaan bij (dreigende) complicaties.	1 en 2 = Voorkeur thuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur ziekenhuisbevalling <b>Waardes softwarematig hercoderen!</b>
<b><u>Stellingen Categorie B</u></b>	
5 Ik vind het van belang dat ik geen eigen bijdrage hoeft te betalen voor de bevalling.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
6 Ik zou het vervelend vinden om in het begin van de bevalling met <i>weeën</i> in de auto naar het ziekenhuis te gaan.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
7 Ik vind het belangrijk dat ik zoveel mogelijk het gevoel van controle (over mijn omgeving en mensen in mijn omgeving) ervaar tijdens de bevalling.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling

8 Ik zou een veilig gevoel krijgen van de aanwezigheid van specialisten en medische apparatuur tijdens de bevalling.	1 en 2 = Voorkeur thuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur ziekenhuisbevalling
9 Ik vind het belangrijk dat ik bad zou kunnen bevallen.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
10 Ik vind privacy tijdens de bevalling belangrijk.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
11 Ik zou het vervelend vinden om troep van de bevalling in huis te hebben.	1 en 2 = Voorkeur thuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur ziekenhuisbevalling <b>Waardes softwarematig hercoderen!</b>
12 Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in mijn thuisomgeving.	1 en 2 = Voorkeur ziekenhuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur thuisbevalling
13 Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in een ziekenhuisomgeving.	1 en 2 = Voorkeur thuisbevalling 3 en 4 = Geen duidelijke voorkeur 5 en 6 = Voorkeur ziekenhuisbevalling <b>Waardes softwarematig hercoderen!</b>

---

**Tabel 4** Overzicht antwoordbetekenissen per stelling.



Figuur 3 Voorbeeldscherm selectievraag.



"Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?"

## Keuzewijzer

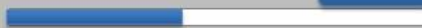
5. Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in mijn thuisomgeving.

- A** Sterk mee oneens
- B** Mee oneens
- C** Een beetje mee oneens
- D** Een beetje mee eens
- E** Mee eens
- F** Sterk mee eens

Toelichting thuisomgeving

Selecteer een antwoord om verder te kunnen gaan.

« VORIGE



VOLGENDE »



Figuur 4 Voorbeeldschemer stelling uit Fase 2.



**Inhoud scherm 1**

## **Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?**

### **De keuze voor een thuisbevalling of een ziekenhuisbevalling**

De keuze om thuis of in het ziekenhuis te bevallen kan best lastig zijn. Beide plaatsen hebben zo hun voor- en nadelen. Belangrijk om te weten is dat een geplande thuisbevalling even veilig is als een ziekenhuisbevalling. Uit onderzoek onder meer dan een half miljoen Nederlandse vrouwen blijkt dat er geen hogere babysterfte is bij baby's van vrouwen die thuis bevallen. Ook worden deze baby's niet vaker opgenomen op de intensive care.

### **Het doel van de keuzewijzer**

Deze keuzewijzer is bedoeld voor zwangere vrouwen en hun partners. Met deze keuzewijzer proberen wij je een realistisch beeld te geven van wat het inhoudt om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. Wij verwachten dat vrouwen die goed op de bevalling zijn voorbereid en realistische verwachtingen hebben, met meer tevredenheid terugkijken op de (keuze voor de plaats van de) bevalling. Belangrijk om te weten is dat deze keuzewijzer is bedoeld als aanvulling op de informatie van je verloskundige over een thuisbevalling en een ziekenhuisbevalling.

### **Hoe werkt de keuzewijzer?**

De keuzewijzer bestaat uit 15 vragen/stellingen. Op basis van je antwoorden op deze 15 vragen/ stellingen geeft de keuzewijzer een persoonlijk advies over de plaats waar jij het beste bevalt. Het invullen van de keuzewijzer duurt minder dan 5 minuten.

### **START KEUZEWIJZER - SLUIT KEUZEWIJZER**

#### **Link naar:**

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x/pdf>

(Jonge, A. de, Goes, B.Y. van der, Ravelli, A.C.J., Amelink-Verbur, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J. & Buitendijk S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9), p. 1177-1184.)

## Inhoud scherm 2

### 1. Heb je een medische indicatie?

- A. Ja.
- B. Nee.
- C. Weet ik niet.

## VORIGE – VOLGENDE

---

### Toelichting medische indicatie

Een medische indicatie tijdens je zwangerschap houdt in dat er sprake is van bepaalde complicaties, of een verhoogd risico daarop. Complicaties of risico's kunnen in het begin van de zwangerschap al duidelijk zijn, maar kunnen ook later naar voren komen. In de meeste gevallen dragen wij bij een medische indicatie de zwangerschapsbegeleiding over aan de gynaecoloog. Als de medische indicatie blijft tot aan de bevalling, blijf je onder controle van de gynaecoloog en zul je (klinisch) in het ziekenhuis bevallen. Voor een overzicht van de meest voorkomende medische indicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling, kun je de onderstaande link raadplegen. Bij vragen over bepaalde medische indicaties, kun je altijd terecht bij je verloskundige.

Link naar relevante website:

- [Medische indicaties](#)

### SLUIT TOELICHTING

Link naar:

<http://wijn.nl/geboorte-info-medische-indicatie-complicaties/artikel/medische-indicatie>

### **Inhoud scherm 3 (Te zien na het antwoorden van “Nee” op vraag 1)**

## **Advies**

Op basis van je antwoord op vraag 1 adviseren wij je een klinische bevalling. Dit advies houdt in dat je bevalt onder begeleiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis. Omdat je een medische indicatie hebt, heb je geen keuzevrijheid om zelf te kiezen waar je wilt bevallen. Daarom zal de keuzewijzer hier ook voor je eindigen. Je kunt het advies voor een klinische bevalling natuurlijk altijd verder bespreken met je verloskundige hulpverlener.

Links naar relevante websites:

- [Bevallen in het Martiniziekenhuis](#)
- [Bevallen in het UMCG](#)

## **VORIGE - SLUIT KEUZEWIJZER**

### **Links naar:**

<http://www.martiniziekenhuis.nl/Behandelingen--onderzoeken/Onze-specialismen/GynaecologieVerloskunde/Behandelingen/Zwangerschapscontrole-en-bevalling/>

<http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/verloskundegynaecologie/verloskunde/bevallen/Pages/default.aspx>

#### Inhoud scherm 4 (Te zien na het antwoorden van “Ja of Weet ik niet” op vraag 1)

## 2. Voldoet je thuisomgeving aan de veiligheidseisen?

- A. Ja.
- B. Nee.
- C. Weet ik niet.

### VORIGE – VOLGENDE

---

#### Toelichting veiligheidseisen

Naast de eisen die wij stellen aan de gezondheid van jou en die van je baby, moet ook je thuisomgeving aan een aantal eisen voldoen om thuis te mogen bevallen. In de meeste (slaap)kamers is bevallen geen probleem. Controleer hieronder of je (slaap)kamer aan de gestelde eisen voldoet:

- Stromend water op de etage van de bevalling;
- Verwarming in de kamer waar je wilt bevallen;
- Voldoende ruimte om het bed heen.

Verder moet je gemakkelijk uit je woning te krijgen zijn: bevallen op zolder is dus niet mogelijk en bevallen boven een smalle (wentel)trap is ook niet veilig. Je woning moet tevens goed bereikbaar zijn per auto en ambulance. Als je in een appartement of flat woont, moet er een lift aanwezig zijn waarin een brancard past.

Twijfel je of je thuis kunt bevallen? Vraag ons dan altijd naar de mogelijkheden!

#### SLUIT TOELICHTING

## Inhoud scherm 5 (Te zien na het antwoorden van “Nee” op vraag 2)

### **Advies**

Op basis van je antwoorden op vraag 1 en 2 adviseren wij je een poliklinische bevalling. Dit advies houdt in dat je in het ziekenhuis bevalt onder begeleiding van één van onze verloskundigen. Omdat je thuisomgeving niet voldoet aan de veiligheidseisen voor een thuisbevalling, is een poliklinische bevalling de enige mogelijkheid om veilig te bevallen. Aangezien (in principe) dus al vaststaat waar je gaat bevallen, zal de keuzewijzer hier voor je eindigen. Je kunt het advies voor een poliklinische bevalling natuurlijk altijd verder met ons bespreken.

Links naar relevante websites:

- [Bevallen in het Martiniziekenhuis](#)
- [Bevallen in het UMCG](#)

### **VORIGE - SLUIT KEUZEWIJZER**

**Links naar:**

[http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/verloskunde\\_gynaecologie/verloskunde/bevallen/verloscentrum/Pages/default.aspx](http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/verloskunde_gynaecologie/verloskunde/bevallen/verloscentrum/Pages/default.aspx)

<http://www.martiniziekenhuis.nl/Behandelingen--onderzoeken/Onze-specialismen/GynaecologieVerloskunde/Behandelingen/Poliklinisch-bevallen/>

### 3. Ik vind het belangrijk dat ik de kans op infecties zo klein mogelijk houd.

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

## VORIGE – VOLGENDE

---

76

### Toelichting infecties

Uit onderzoek blijkt dat jij en je baby een grotere kans op infecties hebben (zoals wondinfecties) wanneer je in het ziekenhuis bevalt. In het ziekenhuis zijn er namelijk meer (voor je lichaam) onbekende bacteriën en virussen. In je eigen thuisomgeving ben je vaak immuun voor de aanwezige bacteriën en virussen.

Link naar relevante website:

- [Infecties na de bevalling](#)

### SLUIT TOELICHTING

**Link naar:**

<http://www.merckmanual.nl/mmhenl/sec22/ch262/ch262c.html#ind22-ch262-ch262d-21451>

Inhoud scherm 7 (Te zien na vraag 3)

#### **4. Ik vind het belangrijk dat ik geen eigen bijdrage hoef te betalen voor de bevalling.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

### **VORIGE – VOLGENDE**

---

77

### **Toelichting kosten**

#### **Kosten thuisbevalling**

De meeste zorgverzekeraars vergoeden de kosten van een thuisbevalling volledig vanuit de basisverzekering. In sommige gevallen moeten wij dan wel een overeenkomst hebben met je zorgverzekeraar.

#### **Kosten poliklinische bevalling**

Zorgverzekeraars vragen voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis (dus zonder medische indicatie) meestal een eigen bijdrage voor het gebruik van de verloskamer. Deze bijdrage is afhankelijk van je (aanvullende) verzekering, maar bedraagt al gauw zo'n € 300,-.

#### **Kosten klinische bevalling**

Indien je vanwege een medische indicatie bevalt onder begeleiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis, vergoeden de meeste zorgverzekeraars alle kosten volledig vanuit de basisverzekering.

### **SLUIT TOELICHTING**

**Inhoud scherm 8 (Te zien na vraag 4)**

**5. Ik zou het vervelend vinden om in het begin van de bevalling met weeën in de auto naar het ziekenhuis te gaan.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

**VORIGE – VOLGENDE**

78

---

**Toelichting verplaatsing**

Wanneer je poliklinisch in het ziekenhuis wilt bevallen, doe je het begin van de bevalling zelf thuis. Pas rond **4 centimeter** ontsluiting ga je in de auto naar het ziekenhuis. Verplaatsing met weeën is vaak niet prettig. Daarnaast kan verplaatsing ook het verloop van de weeën verstoren.

**SLUIT TOELICHTING**



**6. Ik zou het vervelend vinden om “troep” van de bevalling in huis te hebben.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

**VORIGE – VOLGENDE**

---

**Toelichting troep bevalling**

Wanneer je bevalt, zal dit altijd “troep” geven (denk aan vruchtwater, bloed en de placenta). Toch hoeft je bed of vloerbedekking niet vervangen te worden vanwege bijvoorbeeld bloed. Als je na afloop van de bevalling gaat douchen, ruimen wij samen met de kraamhulp vaak alles direct op waardoor je in een schoon bed kunt stappen. Bij een poliklinische bevalling in het ziekenhuis heb je sowieso geen omkijken naar “troep” van de bevalling.

**SLUIT TOELICHTING**

Inhoud scherm 10 (Te zien na vraag 6)

## 7. Ik vind het belangrijk dat ik tijdens de bevalling directe toegang heb tot medische pijnbestrijding.

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

## VORIGE – VOLGENDE

80

---

## Toelichting medische pijnbestrijding

Alleen in het ziekenhuis heb je directe toegang tot medische pijnbestrijding tijdens de bevalling. De middelen het meest gebruikt worden om de pijn te bestrijden zijn medicijnen met een morfine-achtig effect (pethidine) en de ruggenprik (epidurale of spinale anesthesie). Thuis zijn er andere manieren om de pijn te verminderen, zoals een warm bad of douche, massage, TENS, homeopathie of acupunctuur. Realiseer je dat een bevalling met medische pijnbestrijding automatisch klinisch wordt. Je bevalt dan verder onder leiding van een gynaecoloog.

Links naar relevante websites:

- [Hoe ga je om met pijn?](#)
- [Pijnbestrijding tijdens de bevalling](#)
- [Pijnbestrijding in het UMCG](#)
- [Pijnbestrijding in het Martiniziekenhuis](#)
- [Geboorte TENS](#)

## SLUIT TOELICHTING

Links naar:

[http://www.knov.nl/docs/uploads/Hoe\\_ga\\_je\\_om\\_met\\_pijn.pdf](http://www.knov.nl/docs/uploads/Hoe_ga_je_om_met_pijn.pdf)

[http://www.nvog.nl/Sites/Files/000000194\\_pijnbestrijding\\_tijdens\\_de\\_bevalling.pdf](http://www.nvog.nl/Sites/Files/000000194_pijnbestrijding_tijdens_de_bevalling.pdf)

[http://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/zob2/bevalling\\_pijnbestrijding/Pages/default.aspx](http://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/zob2/bevalling_pijnbestrijding/Pages/default.aspx)

<http://www.martinziekenhuis.nl/Behandelingen--onderzoeken/Onze-specialismen/GynaecologieVerloskunde/Behandelingen/Zwangerschapscontrole-en-bevalling/?step=5>

<http://www.geboortetens.nl/>

Inhoud scherm 11 (Te zien na vraag 7)

**8. Ik vind het belangrijk dat ik zoveel mogelijk het gevoel van controle (over mijn omgeving en mensen in mijn omgeving) ervaar tijdens de bevalling.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

**VORIGE – VOLGENDE**

82

---

## **Toelichting**

Tijdens je bevalling kan het erg prettig zijn om controle te hebben over je omgeving en mensen in je omgeving. Vaak is het in je thuisomgeving makkelijker om de controle in eigen handen te houden. Je bent thuis immers niet gebonden aan regels van het ziekenhuis.

**SLUIT TOELICHTING**

**Inhoud scherm 12 (Te zien na vraag 8)**

**9. Ik zou een veilig gevoel krijgen van de aanwezigheid van specialisten en medische apparatuur tijdens de bevalling.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens.
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

**VORIGE – VOLGENDE**

---

**Toelichting**

Specialisten (als een gynaecoloog en een anesthesist) zijn meestal in het ziekenhuis aanwezig op het moment dat jij bevalt. Dit kan je een veilig gevoel geven. Er kan direct medisch worden ingegrepen wanneer er complicaties optreden. Toch kan het ook in het ziekenhuis een aantal minuten duren voordat er bij complicaties hulp voorhanden is.

**SLUIT TOELICHTING**

## 10. Ik vind het belangrijk dat ik in bad zou kunnen bevallen.

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

## VORIGE – VOLGENDE

---

### Toelichting badbevalling

Een badbevalling houdt in dat je bevalt in warm water. Iedere zwangere vrouw die thuis mag bevallen, mag in principe ook in bad bevallen. Een badbevalling heeft enkele voordelen boven een normale bevalling. Zo verloopt de bevalling vaak soepeler en minder stressvol. Voor de baby verloopt de overgang van het vruchtwater naar het warme water ook natuurlijker. Na de geboorte zijn baby's vaak rustiger en huilen ook minder.

Belangrijk om te weten is dat wij geen badbevallingen begeleiden. Je kunt voor een badbevalling wel terecht bij onze collega's van Verloskundigenpraktijk Reitdiep.

Links naar relevante websites:

- [Badbevalling bij Verloskundigenpraktijk Reitdiep](#)
- [Onderzoek naar de effecten van een badbevalling](#)

### SLUIT TOELICHTING

**Links naar:**

<http://www.verloskundigenpraktijkreitdiep.nl/de-bevalling/badbevalling/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12708093>

(Bodner, K., Bodner-Adler, B., Wierrani, F., Mayerhofer, K., Fousek, C., Niedermayr, A., & Grunberger, W. (2002). Effects of water birth on maternal and neonatal outcomes. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 114(10-11), p. 391.)

## 11. Ik vind het belangrijk dat ik de kans op medische ingrepen zou klein mogelijk houd.

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens.

## VORIGE – VOLGENDE

---

86

### Toelichting medisch ingrijpen

Uit onderzoek is gebleken dat de kans op (onnodig) medisch ingrijpen hoger is bij een ziekenhuisbevalling dan bij een soortgelijke thuisbevalling. Hoe dichterbij een bevalling plaatsvindt in de buurt van de gynaecoloog, hoe groter de kans wordt op een doorverwijzing naar de gynaecoloog en daarmee ook op ingrepen. Wanneer medische technologie in de buurt aanwezig is, wordt er ook meer gebruik van gemaakt. Vrouwen die zelf kiezen voor een poliklinische bevalling met hun eigen verloskundige, hebben anderhalf keer zo veel kans op een keizersnede als vrouwen met hetzelfde lage risico die voor een thuisbevalling kiezen. Ook hebben vrouwen die voor een poliklinische bevalling kiezen meer kans op een kunstverlossing (vacuüm- of tangverlossing).

### SLUIT TOELICHTING

#### Link naar:

<http://www.ecmaj.ca/content/181/6-7/377.short>

(Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, 181(6-7), p. 377-383.)



Inhoud scherm 15 (Te zien na vraag 11)

**12. Ik vind privacy tijdens de bevalling belangrijk.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens.
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens

**VORIGE - VOLGENDE**

### 13. Ik vind het belangrijk dat ik niet tijdens het laatste deel van de bevalling naar het ziekenhuis hoeft te gaan bij (dreigende) complicaties.

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens.
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens

## VORIGE – VOLGENDE

---

### Toelichting overdraagrisico

Vrouwen die thuis willen bevallen, moeten in verband met (dreigende) complicaties nog naar het ziekenhuis reizen. Vaak is dit het geval in een later stadium van de bevalling. Het verplaatsten naar het ziekenhuis kan in het geval van complicaties een hoop stress met zich meebrengen. Vrouwen die worden overgedragen tijdens de bevalling, zijn achteraf het minst tevreden over de bevalling, zo blijkt uit onderzoek. Vrouwen die bevallen van hun **eerste kindje hebben 49% kans** om tijdens de bevalling te worden overgedragen aan de gynaecoloog. Vrouwen die al eerder een kindje hebben gekregen, hebben 13.5% kans op een overdracht.

Belangrijk om te weten is dat in het geval van complicaties bij een thuisbevalling de reistijd naar het ziekenhuis geen factor is die de babysterfte verhoogt. Uit onderzoek is wél gebleken dat wanneer de reistijd naar het ziekenhuis meer dan twintig minuten bedraagt, het risico op sterfte tijdens de bevalling iets toeneemt.

### SLUIT TOELICHTING

#### Links naar:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3177131/>

(Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Pal, K. van der, Prins, M., Green, J. & Buitendijk, S.(2008). Perinatal factors Related to Negative or Positive recall of Birth Experience in women 3 Years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35 (2), p. 107-116.)

[http://repub.eur.nl/res/pub/23454/Signalementstudie%20Zwangerschap%20en%20Geboorte%20\(JC%20%2005-07-2010\).pdf](http://repub.eur.nl/res/pub/23454/Signalementstudie%20Zwangerschap%20en%20Geboorte%20(JC%20%2005-07-2010).pdf)

(Bonsel, G.J., Birnie, E., Denkta, S., Poeran, P. & Steegers E.A.P. (2010). Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. *Medisch Contact*, 65(45), p. 2390-2393.)

**14. Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in mijn thuisomgeving.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens.
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens

**VORIGE – VOLGENDE**

**Toelichting thuisomgeving**

Vaak voel je je thuis het beste op je gemak. In je eigen vertrouwde omgeving heb je het minste stress. Hierdoor ervaar je vaak minder pijn en zijn de weeën krachtiger. Daarnaast kunt je in je thuisomgeving doen waar je zin in hebt. Het is thuis bijvoorbeeld gemakkelijker om vrij te bewegen of om onder de douche of in bad te gaan. Ook heb je thuis alles wat je nodig hebt, zoals het eten wat je lekker vindt, fijne muziek en de kleren waar je je fijn in voelt. Je hoeft je thuis niet druk te maken of je alles wel bij de hand hebt. Het kan echter minder prettig zijn om thuis te bevallen als je bijvoorbeeld een nare ervaring met een thuisbevalling hebt gehad, je huis heel gehorig is of als er meerdere kinderen tijdens de bevalling aanwezig zijn.

**SLUIT TOELICHTING**

**15. Ik zou me tijdens de bevalling prettig voelen in een ziekenhuisomgeving.**

- A. Sterk mee oneens.
- B. Oneens.
- C. Een beetje mee oneens.
- D. Een beetje mee eens.
- E. Mee eens.
- F. Sterk mee eens

**VORIGE – VOLGENDE**

---

**Toelichting ziekenhuisomgeving**

Het kan prettig zijn om in het ziekenhuis te bevallen als je bijvoorbeeld een nare ervaring met een thuisbevalling hebt gehad, je huis heel gehorig is of als er meerdere kinderen tijdens de bevalling aanwezig zijn. Wanneer je nare herinneringen hebt aan het ziekenhuis, bijvoorbeeld door het overlijden van een naaste of een nare ervaring van een vorige ziekenhuisbevalling, kan dit tijdens de bevalling vervelende herinneringen oproepen. Dit kan invloed zijn op de mate waarin je je ontspannen voelt tijdens de bevalling, en dus het verloop van de bevalling (negatief) beïnvloeden.

**SLUIT TOELICHTING**

## **Inhoud scherm 19 (Te zien indien advies thuisbevalling)**

### **Advies**

Op basis van je antwoorden op de vragen en stellingen adviseren wij je een thuisbevalling. Je kunt dit advies natuurlijk altijd verder met je verloskundige bespreken.

Belangrijk om te weten is dat de keuze die je nu maakt niet definitief is. Wanneer je nu besluit om thuis te gaan bevallen, maar tijdens de bevalling toch liever naar het ziekenhuis wilt, is dit geen probleem. Wij kunnen altijd op het moment dat je dat wilt een ziekenhuisopname in het Martiniziekenhuis of het UMCG regelen.

Je kunt je gegeven antwoorden bekijken in het antwoordoverzicht. Je kunt dit overzicht eventueel ook uitprinten en meenemen naar je verloskundige.

Link naar relevante website:

- [Thuis bevallen](#)

## **VORIGE – SLUIT KEUZEWIJZER – ANTWOORDOVERZICHT**

**Link naar:**

<http://www.verloskundigestadspraktijk.nl/bevalling/thuis-bevallen/>

## **Inhoud scherm 20 (Te zien indien advies poliklinische bevalling)**

### **Advies**

Op basis van je antwoorden op de vragen en stellingen adviseren wij je een poliklinische bevalling. Dit advies houdt in dat je bevalt in het ziekenhuis onder begeleiding van één van onze verloskundigen. Je kunt dit advies voor een poliklinische bevalling natuurlijk altijd verder met je verloskundige bespreken.

Belangrijk om te weten is dat de keuze die je nu maakt, niet definitief is. Wanneer je nu besluit om in het ziekenhuis te bevallen, is dat geen definitieve keuze. Het kan voorkomen dat het eerste deel van de bevalling zo goed verloopt dat je het niet nodig vindt om naar het ziekenhuis te gaan en liever thuis blijft. Dat is geen probleem.

Je kunt je gegeven antwoorden bekijken in het antwoordoverzicht. Je kunt dit overzicht eventueel ook uitprinten en meenemen naar je verloskundige.

Links naar relevante websites:

- [Bevallen in het Martiniziekenhuis](#)
- [Bevallen in het UMCG](#)

## **VORIGE – SLUIT KEUZEWIJZER – ANTWOORDOVERZICHT**

### **Links naar:**

[http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/verloskunde\\_gynaecologie/verloskunde/bevallen/verloscentrum/Pages/default.aspx](http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/verloskunde_gynaecologie/verloskunde/bevallen/verloscentrum/Pages/default.aspx)

<http://www.martiniziekenhuis.nl/Behandelingen--onderzoeken/Onze-pecialismen/GynaecologieVerloskunde/Behandelingen/Poliklinisch-bevallen/>

## **Inhoud scherm 21 (Te zien indien geen duidelijke voorkeur )**

### **Advies**

Op basis van je antwoorden op de vragen en stellingen blijkt dat je (nog) geen sterke voorkeur hebt voor een thuisbevalling of een bevalling in het ziekenhuis. Dit is niet erg, je hoeft immers nu nog geen definitieve keuze te maken. Wij adviseren je om later nog eens kijken naar de plaats waar je jezelf het prettigst voelt en op basis van dit gevoel te kiezen voor een thuisbevalling of een bevalling in het ziekenhuis. Je kunt je keuze voor een bepaalde plaats natuurlijk ook altijd verder met ons bespreken.

Je kunt je gegeven antwoorden bekijken in het antwoordoverzicht. Je kunt dit overzicht eventueel ook uitprinten en meenemen naar je verloskundige.

## **VORIGE – SLUIT KEUZEWIJZER – ANTWOORDOVERZICHT**



## Inhoud scherm 22 (Te zien na adviesscherm)

### **Antwoordoverzicht**

Hieronder zie je een overzicht van je gegeven antwoorden en het bijbehorende advies. Je kunt dit overzicht eventueel uitprinten.

#### **Vragen**

1. Heb je een medische indicatie?
2. Voldoet uw thuisomgeving aan de veiligheidseisen?
3. Ik wil de kans op infecties zo klein mogelijk houden.
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

#### **Gegeven antwoorden**

- Nee
- Ja
- Sterk mee eens

**Gegeven advies: poliklinische bevalling**

**VORIGE – SLUIT KEUZEWIJZER – PRINT ANTWOORDOVERZICHT**



## BIJLAGE VI VRAGENLIJST

Beste deelnemer,

Allereerst bedankt dat u de moeite wilt nemen om deze vragenlijst in te vullen. Ik ben een Masterstudente Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Momenteel werk ik aan mijn masterscriptie, waarin de keuze voor de plaats van bevallen centraal staat.

Uit onderzoek blijkt dat veel vrouwen achteraf niet tevreden zijn met hun keuze voor de plaats van bevallen. Om toekomstige zwangere vrouwen te ondersteunen bij het maken van een goed geïnformeerde keuze, wordt er een keuzewijzer ontwikkeld voor de plaats van bevallen. Uit deze keuzewijzer zal uiteindelijk een advies voortkomen over de plaats van bevallen: thuis of in het ziekenhuis. Het is de bedoeling dat toekomstige zwangere vrouwen, al dan niet samen met hun partner, deze keuzewijzer op het internet invullen.

Met behulp van uw antwoorden op deze vragenlijst kan ik straks een goed advies geven over de communicatie rondom de keuzewijzer. Dit advies is van belang voor een goede voorlichting aan toekomstige zwangere vrouwen.

Ik begrijp dat u de keuzewijzer nog niet kent, daarom verzoek ik u de vragen te beantwoorden op basis van de **verwachtingen** die u van de keuzewijzer heeft. Het is voor het onderzoek van belang dat u de vragenlijst naar waarheid invult. De vragenlijsten zullen anoniem worden verwerkt.

Met vriendelijke groet,  
Mayke Musters

97

Elke stelling die nu volgt, heeft betrekking op de keuzewijzer voor de plaats van bevallen. U kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens bent door het nummer te omcirkelen dat het meeste met uw mening overeenkomt.

**Voorbeeldvraag** (*deze vraag hoeft u niet in te vullen*)

**Ik houd van augurken.**

sterk mee oneens   1            2            3            4            5            sterk mee eens

Bent u het met de bovenstaande stelling 'sterk oneens', dan omcirkelt u de 1. Bent u het met deze stelling 'sterk eens' dan omcirkelt u de 5. Wanneer u bijvoorbeeld de 3 omcirkelt, betekent dat dat u geen duidelijke mening heeft over de stelling.

1            **Ik bezit veel kennis over de keuze voor de plaats van bevallen.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

2 **Hebt u op dit moment een duidelijke voorkeur voor een plaats van bevallen?**

- 0 ja, mijn voorkeur gaat uit naar een thuisbevalling
- 0 ja, mijn voorkeur gaat uit naar een ziekenhuisbevalling.
- 0 nee, ik heb (nog) geen duidelijke voorkeur
- 0 ik heb geen keuzemogelijkheid (bijvoorbeeld door een medische indicatie)

3 **Ik ben bang voor de bevalling.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

4 **Bent u al eerder bevallen (na 16 weken zwangerschap)?**

- 0 ja
- 0 nee (*U kunt verder gaan naar vraag 7.*)

5 **Ik heb vervelende ervaringen met thuis bevallen.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens 0 N.v.t.

6 **Ik heb vervelende ervaringen met bevallen in het ziekenhuis.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens 0 N.v.t.

7 **Ik heb vervelende verwachtingen van thuis bevallen.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

8 **Ik heb vervelende verwachtingen van bevallen in het ziekenhuis.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

*De volgende vragen gaan over de keuzewijzer voor de plaats van bevallen.*

9 **Ik verwacht dat de keuzewijzer mij goed inzicht geeft in belangrijke aspecten over de plaats van bevallen.**

	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens
10	<b>Ik verwacht dat ik door de keuzewijzer een goed beeld krijg van wat het betekent om thuis of in het ziekenhuis te bevallen.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens
11	<b>Ik denk dat ik in de war raak door het invullen van de keuzewijzer.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens
12	<b>Ik verwacht dat de keuzewijzer mij een betrouwbaar advies geeft over de keuze voor de plaats van bevallen.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens
13	<b>Ik denk dat ik door het invullen van de keuzewijzer voorkom dat ik achteraf ontevreden ben over de plaats van bevallen.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens
14	<b>Ik verwacht dat ik door het invullen van de keuzewijzer ruzie krijg met mijn partner.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens
15	<b>Ik verwacht dat ik door het invullen van de keuzewijzer een goed geïnformeerde keuze kan maken over de plaats van bevallen.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens

*Leest u alstublieft de volgende vragen goed door. De vragen lijken op het eerste gezicht nogal op de vorige zeven vragen, maar ze gaan nu over het belang dat u aan het aspect hecht.*

16	<b>Ik vind het belangrijk dat de keuzewijzer mij goed inzicht geeft in belangrijke aspecten over de keuze voor de plaats van bevallen.</b>						
	sterk mee oneens	1	2	3	4	5	sterk mee eens

- 17 **Ik vind het van belang dat ik door het invullen van de keuzewijzer een goed beeld krijg van wat het betekent om thuis of in het ziekenhuis te bevallen.**
- sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 18 **Ik vind het essentieel dat de keuzewijzer mij een betrouwbaar advies geeft over de keuze voor de plaats van bevallen.**
- sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 19 **Voor mij is het van belang dat ik niet in de war raak door het invullen van de keuzewijzer.**
- sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 20 **Ik vind het van belang dat het invullen van de keuzewijzer mij helpt bij het maken van een goed geïnformeerde keuze.**
- sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 21 **Voor mij is het belangrijk dat het invullen van de keuzewijzer niet uitloopt op ruzie met mijn partner.**
- sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 22 **Ik vind het belangrijk dat de keuzewijzer bijdraagt aan het voorkomen van ontevredenheid over de keuze voor de plaats van bevallen.**
- sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

**Het invullen van de keuzewijzer op het internet, al dan niet samen met de partner, is denk ik ...**

- 23 nutteloos 1 2 3 4 5 zinvol
- 24 goed 1 2 3 4 5 slecht
- 25 interessant 1 2 3 4 5 vervelend
- 26 onverstandig 1 2 3 4 5 verstandig

- 27 **Ik verwacht dat ik de keuzewijzer invul.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 28 **Ik zou de keuzewijzer willen invullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 29 **Ik neem me voor om de keuzewijzer in te vullen, zodra deze ter beschikking is.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

- 30 **Mijn verloskundige zou vinden dat ik de keuzewijzer moet invullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 31 **Mijn partner zou verwachten dat ik de keuzewijzer invul.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 32 **Mijn familie zou vinden dat ik de keuzewijzer moet invullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 33 **Mijn vrienden zouden verwachten dat ik de keuzewijzer invul.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 34 **De media zullen zeggen dat ik de keuzewijzer moet invullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

*Leest u alstublieft de volgende vragen goed door. De vragen lijken op het eerste gezicht nogal op de vorige vijf vragen, maar ze gaan nu over het belang dat u aan het aspect hecht.*

35 **Wat mijn partner zegt over het invullen van de keuzewijzer, beïnvloedt mijn keuze om de keuzewijzer in te vullen.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

36 **Wat mijn verloskundige zegt over het invullen van de keuzewijzer, is belangrijk voor mij.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

37 **Ik vind het belangrijk wat mijn familie denkt over het invullen van de keuzewijzer.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

38 **Wat mijn vrienden vinden van het invullen van de keuzewijzer, is belangrijk voor mij.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

39 **Wat de media over de keuzewijzer zeggen, beïnvloedt mijn keuze om de keuzewijzer in te vullen.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

40 **De meeste mensen die belangrijk voor mij zijn, denken waarschijnlijk dat ik wel de keuzewijzer moet invullen.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

41 **Mijn omgeving verwacht waarschijnlijk dat ik de keuzewijzer invul.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

42 **Ik zou een sociale druk voelen voor het invullen van de keuzewijzer.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

43 **Mensen die belangrijk voor mij zijn, willen waarschijnlijk dat ik de keuzewijzer invul.**

sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens



- 44 **Ik verwacht dat het invullen van de keuzewijzer geheel kosteloos is.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 45 **Ik verwacht dat ik relatief veel tijd kwijt ben aan het invullen van de keuzewijzer.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 46 **Ik verwacht dat ik weet hoe ik de keuzewijzer op het internet kan vinden.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 47 **Het besluit om de keuzewijzer in te vullen, is geheel mijn eigen keuze.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 48 **Ik laat me door mijn partner niet tegenhouden om de keuzewijzer in te vullen, ook wanneer hij dit niet wil.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 49 **Ik denk dat ik geen tijd heb om de keuzewijzer in te vullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 50 **Ik denk dat het invullen van de keuzewijzer mij veel moeite kost.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

- 51 **Ik ben ervan overtuigd dat ik de keuzewijzer kan invullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens
- 52 **Voor mij is het invullen van de keuzewijzer waarschijnlijk moeilijk.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

53 **Er staat mij niets in de weg om de keuzewijzer in te vullen.**  
sterk mee oneens 1 2 3 4 5 sterk mee eens

54 **Ik zou graag zien dat er op verschillende manieren informatie beschikbaar komt over de keuzewijzer.**  
0 ja  
0 nee

55 **Ik zou de keuzewijzer het liefst invullen:**  
*(meerdere opties mogelijk)*  
0 als vragenlijst op papier  
0 op het internet  
0 als mobiele applicatie  
0 geen idee

56 **Ik sta onder zorg bij:**  
0 De verloskundigenpraktijk van Groningen  
0 La Vie  
0 Verloskundige Stadspraktijk  
0 een andere praktijk, namelijk .....

57 **Mijn geboortjaar is:** .....

58 **Mijn nationaliteit(en) is (zijn):** .....

59 **De hoogste opleiding die ik heb afgerond, is:**  
0 geen of basisonderwijs  
0 mavo/vmbo  
0 havo  
0 vwo  
0 mbo-opleiding  
0 hbo-opleiding  
0 wo-opleiding  
0 anders, namelijk.....

**Hebt u nog opmerkingen met betrekking tot deze vragenlijst?**

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Nogmaals hartelijk bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek! Uw antwoorden zullen zeker bijdragen aan een goede voorlichting voor toekomstige zwangere vrouwen!**





Verloskundige Stadspraktijk

## Thuis of in het ziekenhuis: wat bevalt beter?

Vul nu de keuzewijzer in op  
[www.verloskundigestadspraktijk.nl](http://www.verloskundigestadspraktijk.nl)  
en krijg een persoonlijk advies over  
de plaats die jou het beste bevalt!

Je verloskundige adviseert je  
de keuzewijzer in te vullen.

De keuzewijzer is voor iedereen  
begrijpelijk en invullen kost  
weinig moeite.

