

Marktwerking in de verloskundigenzorg: Keuzemotieven van cliënten en vraaggericht werken door eerstelijnsverloskundigen

Bachelorthesis Algemene Sociale Wetenschappen
Onderzoeksrapportage
Door Corry Dozeman



Studentnummer: 3250679
Themagroep: Marktwerking in de zorg
Begeleider: Rosanne F. Oomkens
Datum: juni 2010
Universiteit Utrecht



Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het bacheloronderzoek dat ik heb verricht naar marktgedrag op de verloskundige zorgverleningsmarkt. Meer specifiek heb ik hierbij gekeken naar de motieven van cliënten om voor een bepaalde praktijk te kiezen en hoe de marketingactiviteiten van verloskundigen hierop aansluiten. Alvorens inhoudelijk van start te gaan zal ik hier iets vertellen over mijn motivatie als onderzoeker om voor dit onderwerp te kiezen.

Nadat ik mij bij de start van het bachelorproject in september 2009 had aangesloten bij de themagroep 'marktwerking in de zorg' besloot ik al gauw om mij te gaan richten op de verloskundige zorg. Mijn motivatie hiervoor was aanvankelijk vooral gelegen in het feit dat ik zelf anderhalf jaar verloskunde gestudeerd heb aan de Verloskunde Academie Groningen (VAG) in de jaren 2005-2007. Hoewel ik de opleiding niet heb afgemaakt heb ik nog steeds affiniteit met het vakgebied en een bacheloronderzoek naar marktwerking in de verloskundige zorg leek mij een ideale kans om kennis uit mijn oude en nieuwe opleiding te combineren.

Gaandeweg kwam ik erachter dat marktwerking juist voor eerstelijns verloskundigen een bijzonder relevant onderwerp is. Als zelfstandige professional die vaak mede-eigenaresse is van een praktijk draagt zij een directe verantwoordelijkheid voor de communicatie en informatievoorziening naar potentiële cliënten toe. Zij is geen onderdeel van een grote organisatie waar dergelijke zaken worden overgelaten aan managementpersoneel, maar moet er, meestal samen met collega's, voor zorgen dat zij genoeg cliënten werft om haar praktijk rendabel te maken. Nu het tekort aan verloskundigen afneemt wordt dit steeds relevanter en een cliëntgerichte aanpak is hierbij van groot belang. Ook inhoudelijk was er dus reden genoeg om te gaan kijken naar wat cliënten belangrijk vinden als zij op zoek gaan naar een verloskundigenpraktijk, of verloskundigen hier een juist beeld van hebben en wat zij hiermee doen.

Tot slot wil ik nog opmerken dat de verloskundige in dit onderzoeksrapport wordt aangeduid met 'zij', aangezien 98% van de verloskundigen vrouw is. In voorkomende gevallen kan echter ook 'hij' gelezen worden. Dan rest mij alleen nog u veel plezier te wensen bij het lezen van dit verslag en de hoop uit te spreken dat het van nut mag zijn voor verloskundigen en een bijdrage levert aan de sociaalwetenschappelijke kennis.

Inhoudsopgave

- 1. Inleiding** *p. 5*
- 2. Probleemstelling** *p. 8*
 - 2.1 Doelstelling*
 - 2.2 Vraagstelling en hypothesen*
- 3. Definiëring van theoretische concepten** *p. 12*
- 4. Literatuuronderzoek** *p. 16*
 - 4.1 Inleiding: verantwoording van de onderwerpen*
 - 4.2 Marktwerking in de gezondheidszorg*
 - 4.2.1 Marktwerking: een eenduidig begrip?
 - 4.2.2 Zorgcontractering op zorgmarkten
 - 4.2.3 Van verzorgingsstaat tot marktgeoriënteerde zorg: waarom een gereguleerde zorgmarkt?
 - 4.3 De markt voor verloskunde en vraaggericht werken door verloskundigen*
 - 4.3.1 Verloskundige zorg internationaal: het verloskundige en het medische model
 - 4.3.2 Het Nederlandse verloskundig systeem
 - 4.3.3 De markt voor verloskunde
 - 4.3.4 Vraaggericht werken door verloskundigen: de cliënt centraal
 - 4.4 Individuele besluitvormingsprocessen*
 - 4.4.1 Kiezen uit verschillende alternatieven: discrete keuze-experimenten
 - 4.4.2 Factoren die een rol spelen bij het maken van keuzes
 - 4.5 Betekenis van de resultaten voor het primaire onderzoek*
- 5. Onderzoeksopzet** *p. 36*
 - 5.1 De onderzoekspopulaties, onderzoeksstrategie en wijze van dataverzameling*
 - 5.2 Beschrijving van de analysestrategie*
 - 5.3 Betrouwbaarheid en validiteit*
 - 5.4 Ethische aspecten*
- 6. Resultaten van de analyse** *p. 42*
 - 6.1 Responspercentages*
 - 6.2 Samenstelling van de steekproeven*
 - 6.3 Analyses bij deelvraag 1 en 2: de keuzemotieven van cliënten en hun behoefte aan informatie over kwaliteit*
 - 6.4 Analyses bij deelvraag 3: de keuzemotieven van cliënten en de ideeën van verloskundigen hierover*
 - 6.5 Analyses bij deelvraag 4 en 5: het transparant maken van kwaliteit en praktijkprofilering*
- 7. Conclusies** *p. 67*
- 8. Discussie** *p. 69*

9. Literatuurlijst *p. 74*

10. Bijlagen *p. 79*

- A. Topiclijst voor eerstelijnsverloskundigen*
- B. Topiclijst voor overige professionals in de verloskunde*
- C. E-mailvragenlijst voor verloskundigen*
- D. Codeboom interviews*
- E. Cliëntenenquête*
- F. Verloskundigenenquête*

1) Inleiding

Het realiseren van een gezondheidszorgstelsel dat cliëntgericht, efficiënter en kosteneffectiever is door middel van marktprincipes is een doel dat beleidsmakers al sinds het einde van de jaren tachtig hebben proberen te realiseren. Sinds 2001 is dit doel nieuw leven ingeblazen met een hervormingsplan dat in 2006 leidde tot een nieuw verzekeringsstelsel waarin het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulieverzekerden is opgeheven (Helderman, Schut, van der Grinten e.a., 2005).

De invoering van meer marktwerking in de zorg verloopt echter verre van probleemloos. Zo wordt een afname van de bureaucratie beoogd, maar lijkt de toegenomen verantwoordingsplicht van de laatste jaren alleen maar tot meer bureaucratie te leiden. Deze versterkte verantwoordingsplicht hangt samen met wat ook wel *new public management* wordt genoemd: een managementstrategie voor de maatschappelijke dienstverlening die meer efficiëntie en effectiviteit tracht te realiseren door een scheiding van beleid en uitvoering. Om de *publieke belangen* van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid toch te kunnen waarborgen maakt deze scheiding echter 'een heel stelsel van interne en externe toezichthouders' noodzakelijk (WRR, 2004, p. 24).

Ook zijn professionals bezorgd over wat het effect van meer marktwerking is op de publieke belangen. Verloskundigen maken zich bijvoorbeeld zorgen over de bedreiging die meer marktwerking zou vormen voor de keuzevrijheid van Nederlandse vrouwen om thuis te bevallen. Marktwerking brengt namelijk schaalvergroting en concentratie van zorg met zich mee. Aanbieders kunnen bepaalde zorg efficiënter en goedkoper leveren wanneer deze niet versnipperd is over teveel (kleinere) locaties. Hierdoor kunnen kleinere ziekenhuizen verdwijnen, waardoor mensen verder moeten reizen om spoedeisende en (tweedelijns) verloskundige zorg te bereiken. Dit zou de veiligheid van een thuisbevalling in gevaar kunnen brengen (NZa, 2009-a). Naast deze zorgen ontwikkelt de vraagsturing zich sterk: de cliënt komt steeds meer centraal te staan.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schrijft in haar consultatiedocument eerstelijns verloskundige zorg dat de transparantie ten aanzien van kwaliteit op de verloskundige markt op dit moment onvoldoende is. Kwaliteitsverschillen tussen aanbieders van eerstelijns verloskundige zorg zijn voor de cliënt/consument weinig inzichtelijk. Tegelijkertijd is het zo dat cliënten vrijwel geen financiële prikkels ervaren bij hun keuze voor verloskundige zorg omdat deze in het basispakket zit en

volledig wordt vergoed, maar wel kwaliteitsprikkelers vanwege de aard van de zorg. Het betreft zorg rondom een belangrijke gebeurtenis in het leven van mensen, de geboorte van een kind, waar mensen slechts enkele keren van gebruik van zullen maken. Kwaliteit is daarom belangrijk, zo stelt de NZa. De NZa gaat er dan ook vanuit dat meer transparantie ten aanzien van kwaliteit de vraagsturing op de verloskundige zorgverleningsmarkt zal stimuleren (NZa, 2009-b).

Ik vraag mij af of dit ook daadwerkelijk zo is. Waar baseren cliënten hun keuze voor een eerstelijns verloskundigenpraktijk momenteel op? Spelen kwaliteitsaspecten daarbij een rol of kiezen veel vrouwen bijvoorbeeld simpelweg voor de praktijk die het dichtst in de buurt is? Hebben vrouwen behoefte aan meer informatie over kwaliteit? In hoeverre zijn verloskundigen zich bewust van de keuzemotieven van hun potentiële cliënten en richten zij zich hierop? Hierbij moet worden opgemerkt dat de uitspraak dat cliënten geen financiële prikkels ervaren mijns inziens niet helemaal (meer) juist is, omdat er voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, verblijf in een zogenaamd kraamhotel en kraamzorg vaak een eigen bijdrage wordt gevraagd. Het lijkt echter niet aannemelijk dat dit invloed heeft op de initiële keuze voor een praktijk.

Dat er op het beeld van de patiënt/cliënt als kritische, autonoom beslissende consument die de beste kwaliteit voor de laagst mogelijk prijs wenst wel het één en ander valt af te dingen, wordt door verschillende auteurs beargumenteerd. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) geeft in haar rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' al aan dat in de relatie tussen patiënt en professional 'termen als vraagsturing en keuzevrijheid geen adequate beschrijving (blijken) te zijn van wat zich feitelijk afspeelt' (WRR, 2004, p. 25). Patiënten maken bij hun zorgkeuzes graag gebruik van het advies van een ter zake deskundige professional. Callahan (2008) formuleert het nog sterker. Hij behoort tot de auteurs die van mening zijn dat de gezondheidszorg door haar aard niet vergelijkbaar is met andere markten, waardoor het toepassen van de marktideologie op de zorg problematisch is. Volgens hem wordt het vermogen van patiënten om autonome keuzen te maken door twee zaken belemmerd. Enerzijds kan ziekte mensen zwak en onzeker maken. Anderzijds bestaat er onder artsen lang niet altijd overeenstemming over de betekenis van bepaalde onderzoeksuitslagen en wat in een bepaalde situatie de beste behandeling is. Patiënten kunnen daardoor niet altijd beschikken over

eenduidige informatie en zullen geneigd zijn te vertrouwen op de ervaring van de arts waar zij onder behandeling zijn.

Een kenmerk van verloskundige zorg is dat het *incidentele zorg* is (KPMG, 2002). Dit betekent dat mensen er slechts enkele malen in hun leven gebruik van maken. Hoewel het kiezen van een verloskundigenpraktijk in het algemeen geen spoedeisende kwestie is en vrouwen zich er rustig op kunnen oriënteren, hebben veel vrouwen geen vergelijkingsmateriaal. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat vrouwen zich bij het kiezen van een praktijk niet zozeer laten leiden door eigen kwaliteitseisen, maar bijvoorbeeld door het advies van hun huisarts of vrouwen uit hun omgeving die eerder zwanger zijn geweest. Uit een onderzoek van Boonen (2009) naar de wijze waarop verzekeraars de keuze van klanten voor voorkeursaanbieders kunnen sturen blijkt dat patiënten zich bij de keuze voor een huisarts meer laten leiden door kwaliteitsaspecten dan bij de keuze voor een apotheek. Bij de keuze voor een apotheek spelen alleen positieve financiële prikkels¹ een rol, terwijl alleen negatieve financiële prikkels² de keuze voor een huisarts kunnen beïnvloeden. Verder is er sprake van wat Boonen de *status quo bias* noemt, met name bij de huisartskeuze. Deze bias houdt een geneigdheid in om bij de ‘eigen’ huisarts te blijven, ook als er een alternatief wordt geboden ‘met objectief hoger gewaardeerde kenmerken’ (Boonen, 2009, p. 170). De verloskundige zorg heeft met de huisartszorg gemeen dat de kwaliteit van het directe contact met de zorgverlener belangrijk is. Bij een apotheek, waar men voornamelijk komt om medicatie af te halen, is dit minder het geval. Een verschil is, dat met een verloskundige geen vaste relatie wordt onderhouden; de zorgverlening vindt plaats in een afgebakende periode. Deze afwezigheid van de ‘status quo bias’, terwijl de directe relatie met de zorgverlener wel belangrijk is, zou er juist voor pleiten dat cliënten bij de keuze voor een verloskundigenpraktijk erg gevoelig zijn voor kwaliteitsprikkel. Bij vrouwen die al eerder zwanger zijn geweest zou de status quo bias overigens wel weer een rol kunnen spelen. Kortom: er is genoeg reden om ons af te vragen wat de rol van kwaliteit ten aanzien van dit thema eigenlijk is.

¹ Positieve financiële prikkels zijn prikkels waarbij de patiënt/consument geen financieel nadeel ondervindt van bepaalde keuzes, maar juist beloond wordt als hij een product of dienst (zorgaanbieder, verzekeringspakket of medicijn) kiest die tot de voorkeursalternatieven van de verzekeraar behoort (Boonen, 2009).

² Bij het toepassen van negatieve financiële prikkels wordt de patiënt/consument door de verzekeraar ‘gestraft’ voor de keuze van producten en diensten die niet tot de voorkeursalternatieven behoren, bijvoorbeeld in de vorm van beperkte vergoedingslimieten voor niet gecontracteerde zorg (Boonen, 2009).

2) *Probleemstelling*

2.1 *Doelstelling*

Met behulp van dit onderzoek wil ik inzicht krijgen in de volgende drie aspecten van het besluitvormingsproces aangaande de keuze voor een verloskundigenpraktijk: 1) het besluitvormingsproces van de cliënt en de motieven die daarbij een rol spelen, 2) het beeld van verloskundigen over het besluitvormingsproces van hun cliënten en 3) de initiatieven die praktijken ondernemen op het gebied van vraagsturing/vraaggericht werken. Vervolgens wil ik deze drie aspecten met elkaar vergelijken om te weten te komen hoe ze zich tot elkaar verhouden. Komen de aard van het besluitvormingsproces van cliënten en de ideeën daarover onder verloskundigen grotendeels overeen of bevinden zich hiertussen discrepanties?

Het is zinvol hierover meer kennis te verkrijgen omdat dit verloskundigen kan helpen hun activiteiten op het gebied van *vraagsturing* beter af te stemmen op de cliënt. Van werkers in de gezondheidszorg wordt immers steeds meer verwacht dat zij hun zorgverlening afstemmen op de wensen en behoeften van de patiënt/cliënt en zich actief opstellen in het aantrekken van patiënten/cliënten. Verloskundigen zullen hun vraagsturing, bijvoorbeeld in de vorm van *praktijkprofilering*, beter vorm kunnen geven als zij meer inzicht hebben in wat cliënten belangrijk vinden bij de keuze van een praktijk. Tegelijkertijd zou informatie over het keuzeproces van zwangeren nuttig kunnen zijn om cliënten kwaliteitsbewuster te maken. Zoals in de inleiding is aangegeven wordt deze kwaliteitsbewustheid belangrijk geacht voor het goed functioneren van marktmechanismen in de zorg, maar is het de vraag in hoeverre gebruikers van verloskundige zorg daadwerkelijk op kwaliteit letten.

De *maatschappelijke* relevantie van het onderzoek bestaat dan ook daaruit dat verloskundigen bij hun praktijkvoering gebruik kunnen maken van de verkregen kennis. Aangezien mag worden aangenomen dat zij de belangen en wensen van hun cliënten hoog in het vaandel hebben en bovendien graag een succesvolle praktijk willen runnen, zullen zij waarschijnlijk belang hechten aan meer kennis over de motieven die voor zwangeren een rol spelen bij de keuze van een praktijk. Daarnaast kan de kennis uit dit onderzoek wellicht ook gebruikt worden om de vraagsturing op de *verloskundige zorgverleningsmarkt* beter te laten functioneren. Het onderzoek is daarmee *probleemgericht* van aard: het leveren van kennis die een concrete bijdrage

kan leveren aan bepaalde processen in de samenleving is één van de centrale doelen van het onderzoek.

Er is ook sprake van een *wetenschappelijke relevantie* omdat sprake is van een kennishiaat ten aanzien van het onderwerp van onderzoek. Er is voor zover mij bekend is, niet eerder onderzoek gedaan naar het besluitvormingsproces bij de keuze van een verloskundigenpraktijk en het beeld dat verloskundigen van dit proces hebben. Omdat niet direct sprake is van een door aanwijsbare groepen of personen *ervaren* probleem (dit is althans niet onderzocht) kan dit onderzoek het beste getypeerd worden als een *fundamenteel wetenschappelijk onderzoek* met een sterke maatschappelijke relevantie.

Het onderzoek zal ook *interdisciplinair* van aard zijn. Dit houdt in dat het verschijnsel vraagsturing in de verloskundige zorg niet vanuit een specifieke wetenschappelijke discipline wordt benaderd, maar dat verschillende invalshoeken worden gecombineerd, waaronder de sociologische, psychologische en economische. Het sociologische aspect heeft betrekking op het gegeven dat een deelsysteem van de samenleving wordt onderzocht, namelijk het zorgstelsel en specifiek de verloskundige tak hiervan. In dit systeem spelen economische motieven en problemen een belangrijke rol, aangezien kostenbeheersing met het oog op het waarborgen van de publieke belangen noodzakelijk is. De overheid meent dat meer marktwerking hiervoor de oplossing biedt. Binnen het zorgstelsel bewegen zich bovendien individuen die hun eigen keuzes maken, maar tegelijkertijd hun gedragmogelijkheden en –beperkingen bepaald zien door het systeem. In de wijze waarop deze individuen hun keuzes maken en reageren op het zorgstelsel schuilt het psychologische aspect. Uit deze invalshoeken vloeit dan ook een bijzondere aandacht voor de interactie tussen samenleving en individu voort. Welke keuzen heeft de cliënt in het huidige Nederlandse verloskundig systeem en hoe reageren zij en eventueel haar partner hierop? Hoe beweegt de verloskundige zich in een veranderend systeem met meer marktwerking en geeft hij/zij vorm aan vraagsturing? Op deze wijze wordt getracht tot een integrale visie op het verschijnsel te komen.

Een dergelijke interdisciplinaire en probleemgerichte aanpak past in het bijzonder binnen de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen (ASW), van waaruit dit onderzoek wordt uitgevoerd, omdat deze uitgangspunten bij ASW centraal staan. Het centraal stellen van het sociale vraagstuk, het streven naar beleidsrelevante kennis

(kennis die in de praktijk gebruikt kan worden) en de aandacht voor de interactie tussen individu en samenleving zijn allen aspecten van deze uitgangspunten.

2.2 Vraagstelling en hypothesen

Hoofdvraag:

Welke factoren spelen een rol in de keuze van cliënten voor een eerstelijns-verloskundigenpraktijk en sluit de wijze waarop verloskundigenpraktijken invulling geven aan vraaggericht werken hierop aan?

Deelvragen:

- 1) Welke factoren spelen een rol in de keuze van cliënten voor een eerstelijns verloskundigenpraktijk?
- 2) Hebben cliënten behoefte aan meer informatie over de kwaliteit van verloskundigenpraktijken?
- 3) In hoeverre zijn verloskundigen zich bewust van deze factoren, ofwel, in hoeverre komen de ideeën van verloskundigen over de keuzemotieven van hun cliënten overeen met de werkelijke keuzemotieven?
- 4) In welke mate zijn verloskundigen bezig met het transparant maken van hun kwaliteit en hoe spelen hun ideeën over de keuzemotieven van cliënten hier een rol in?
- 5) In welke mate zijn verloskundigen bezig met praktijkprofilering (het zich onderscheiden van andere praktijken) en hoe spelen ideeën over de keuzemotieven van cliënten hier een rol in?

Het betreft hier een *beschrijvende* vraagstelling, aangezien ik wil weten hoe een bepaald fenomeen/proces, in dit geval de keuzemotieven van cliënten en het vraaggericht werken door verloskundigen, eruit zien. Hieruit vloeit voort dat het onderzoek *explorerend* van aard zal zijn. Met betrekking tot de onderzoeksvragen heb ik de volgende hypothesen:

A) *Zorginhoudelijke* motieven spelen nog slechts een bescheiden rol in de keuze voor een verloskundigenpraktijk. Als vrouwen wordt gevraagd naar hun motieven, dan worden *niet-zorginhoudelijke* (praktische) motieven vaker genoemd.

B) Naarmate zwangeren hogeropgeleid zijn, spelen zorginhoudelijke motieven een grotere rol in de keuze voor een verloskundigenpraktijk. Dit betekent dat een zorginhoudelijk motief vaker wordt aangemerkt als belangrijkste reden om voor een

praktijk te kiezen en dat als vrouwen meerdere redenen mogen noemen, zorginhoudelijke motieven daar vaker deel van uit maken.

C) Op vrouwen die al eerder cliënt zijn geweest bij een praktijk is het effect van de status quo van toepassing. Dit betekent dat zij bij de praktijk zullen blijven, tenzij dit niet mogelijk is (bijvoorbeeld door een verhuizing of het opheffen van een praktijk) of er dringende redenen zijn om dit niet te doen, zoals een negatieve ervaring. In andere gevallen gaan vrouwen *niet* op zoek naar een praktijk met een betere dienstverlening.

D) Ook verloskundigen noemen vaker niet-zorginhoudelijke motieven als redenen waarom cliënten voor een praktijk kiezen dan zorginhoudelijke motieven. Hieruit blijkt dat zij goed op de hoogte zijn van de keuzemotieven van hun cliënten.

Naar aanleiding van deze hypothesen geef ik hier een toelichting op de enquêtevragen die ik heb gesteld aan verloskundigen en hun cliënten en wat ik versta onder zorginhoudelijke en niet-zorginhoudelijke motieven. Zowel de cliënten als de verloskundigen heb ik twee vragen voorgelegd over keuzemotieven. De cliënten heb ik gevraagd wat voor hen de *belangrijkste* reden was om voor de praktijk te kiezen waar zij ten tijde van het onderzoek onder controle waren. Vervolgens heb ik hen gevraagd welke redenen zij *nog meer* hadden, waarbij maximaal drie antwoorden mochten worden aangekruist. De verloskundigen werd verzocht om eerst aan te geven wat volgens hen *in het algemeen* de belangrijkste keuzemotieven van cliënten waren en daarna waarom zij dachten dat cliënten specifiek voor hun praktijk kozen (steeds maximaal vier antwoorden). Zowel de cliënten als de verloskundigen hadden de mogelijkheid om, naast de gegeven antwoordcategorieën, met een eigen motief te komen onder de optie ‘anders’.

Onder zorginhoudelijke keuzemotieven versta ik motieven die te maken hebben met de kwaliteit van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn ‘de visie van de praktijk op zwangerschap en geboorte spreken mij aan’ en ‘de praktijk heeft ruime telefonische spreekuren’. Niet-zorginhoudelijk zijn motieven als ‘dit is de eerste praktijk die ik tegenkwam’ of ‘deze praktijk is het dichtst bij mijn woonadres’. Naast de keuzemotieven die duidelijk wel of niet zorginhoudelijk zijn, bestaat er mijns inziens echter ook een ‘grijs gebied’ dat met name bestaat uit mondelinge informatiebronnen. Als een zwangere zich enkel en alleen bij een praktijk meldt, omdat zij graag bij dezelfde praktijk onder controle wil zijn als haar vriendin, dan kan moeilijk gesproken worden van een zorginhoudelijke keuze. Informeert een vrouw echter bij bekenden naar hun ervaringen en baseert zij haar keuze echt op inhoudelijke

informatie van hen, dan kan het advies van bekenden wel degelijk een zorginhoudelijk motief zijn. Ook het kiezen voor een praktijk na een bezoek aan de huisarts is moeilijk te duiden, omdat niet inzichtelijk is in hoeverre huisartsen echt praktijken aanraden of patiënten slechts informeren over welke praktijk(en) werkzaam is/zijn in het gebied.

Ook bij het zorginhoudelijk gehalte van al eerder cliënt zijn geweest kunnen vraagtekens worden geplaatst. Boonen (2009) gaat ervan uit dat in de wens van de cliënt om bij de eigen zorgverlener te blijven subjectieve kenmerken als de kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en cliënt tot uiting komen. Dit zou ervoor pleiten de status quo als een zorginhoudelijk motief te beschouwen. Men kan echter ook stellen dat patiënten/cliënten door de status quo (bias) minder gevoelig worden voor de kwaliteit van andere aspecten van de dienstverlening en eigenlijk alleen op zoek gaan naar een andere zorgverlener als zij duidelijk *ontevreden* zijn. In feite worden zij door de status quo bias minder kritisch. In de discussie wordt naar aanleiding van de onderzoeksresultaten overigens nog teruggekomen op het zorginhoudelijk gehalte van de status quo.

Voor het kiezen op basis van de website van een praktijk geldt tot slot, dat als vrouwen zich voornamelijk laten verleiden door een aantrekkelijke lay-out, de keuze uiteraard niet zorginhoudelijk is, terwijl daarvan wel sprake is wanneer gekozen wordt op basis van de informatie op de website. Vermoedelijk spelen in de meeste gevallen beide aspecten een rol.

Vanwege de aanwezigheid van een grijs gebied heb ik de keuzemotieven ondergebracht in drie categorieën: a) sterk zorginhoudelijk, b) matig zorginhoudelijk en c) niet-zorginhoudelijk, waarbij het zich baseren op de huisarts of bekenden, de website van een praktijk of het al eerder cliënt zijn geweest dus onder categorie b vallen. Zie verder de enquêtes in de bijlage voor een categorisering van de motieven. Hierbij moet worden opgemerkt, dat het dus ambigu blijft of keuzen van cliënten die gebaseerd zijn op de zojuist genoemde motieven nu wel of niet zorginhoudelijk zijn. Dit kan per respondent verschillen.

3) Definiëring van theoretische concepten

- Eerste-, tweede- en derdelijnszorg: Binnen het Nederlandse zorgstelsel wordt een onderscheid gemaakt tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorgverlening. De eerste lijn is direct toegankelijk zonder indicatie. Het betreft hier zorg die wordt geleverd door

bijvoorbeeld de huisarts, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut of eerstelijns psycholoog. Zorgverleners in de eerste lijn moeten beoordelen of mensen al dan niet complexere en duurdere zorg nodig hebben en vervullen hiermee een *poortwachtersfunctie* (NZa, 2009-b). Tweedelijnszorg bestaat voornamelijk uit de meer specialistische zorg die in ziekenhuizen wordt geleverd. Ook een groot gedeelte van de geestelijke gezondheidszorg valt onder de tweede lijn. De term derde lijn wordt gebruikt om te verwijzen naar zeer specialistische zorg die voornamelijk in academische ziekenhuizen wordt geboden.

- Eerstelijns verloskundige zorg: Verloskundige zorg die bedoeld is voor gezonde zwangeren, waarbij zwangerschap en bevalling zonder complicaties verlopen. Deze zorg wordt geleverd door de (eerstelijns)verloskundige of verloskundig actieve huisarts (NZa, 2009-b).

- Eerstelijnsverloskundigenpraktijk: De meeste eerstelijnsverloskundigen zijn als zelfstandige werkzaam in een solo-, duo- of groepspraktijk (bij meerdere verloskundigen wordt gesproken over een ‘maatschap’) of zijn in loondienst van een dergelijke praktijk (NZa, 2009-b).

- Onderscheid patiënt/cliënt: In de eerstelijnsverloskunde wordt over het algemeen niet gesproken over *patiënten*, maar over *cliënten*. De reden hiervoor is dat zwangerschap en bevalling in Nederland in eerste instantie als normale, gezonde processen worden beschouwd. De zwangere waarbij geen sprake is van complicaties is derhalve geen patiënt (KNOV, z.j.-a).

- Marktwerking (in de zorg):

Onder marktwerking wordt een mechanisme van concurrentie op prijs en kwaliteit verstaan binnen een bepaalde markt. Deze concurrentie moet ervoor zorgen dat er voor de vragers van een product voldoende keuzevrijheid is in de zin van variatie in zowel producten/diensten als aanbieders. Aanbieders zijn tegelijkertijd vrij om die producten aan te bieden die zij willen aanbieden tegen een zelfgekozen prijs. Door onderhandeling en onderlinge afstemming tussen vragers en aanbieders komen aard, kwaliteit en prijs van de producten tot stand.

Op de markt voor gezondheidszorg zijn zorgaanbieders (instellingen en professionals), zorgverzekeraars en consumenten actief. Wie als aanbieder of vrager op een markt optreedt, is afhankelijk van het type zorgmarkt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de *zorgverleningsmarkt*, waar instellingen en zelfstandige professionals zorg leveren aan patiënten/cliënten, de *zorginkoopmarkt*, waar

patiënten/cliënten of zorgverzekeraars als vragers zorg inkopen bij zorgaanbieders en de *zorgverzekeringsmarkt*, waar zorgverzekeraars verzekeringen aanbieden aan consumenten. Dit onderzoek heeft betrekking op de verloskundige zorgverleningsmarkt en wel op dat deel van het zorgaanbod dat onder de *Zorgverzekeringwet (Zvw)* valt. Deze wet omvat de *geneeskundige zorg*, waaronder bijvoorbeeld ziekenhuisopname en behandeling door een eerstelijnszorgverlener of specialist worden verstaan. Andere, vaak langdurige vormen van zorg, zoals opname in een verpleegtehuis of thuiszorg, zijn ondergebracht bij de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* of de *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* (Ministerie van VWS, z.j.-a,b).

Verder geldt voor de zorgmarkt dat dit geen geheel vrije markt is, maar een *gereguleerde markt* omdat de *publieke belangen* kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg gegarandeerd moeten worden. De regulering houdt in dat de overheid door middel van regelgeving en toezicht bepaalde grenzen stelt aan de marktwerking (RIVM, 2008). Dit alles wordt verder toegelicht in het voorbereidende literatuuronderzoek. Van onbegrensde marktwerking is overigens op geen enkele markt sprake. Bijna altijd moeten de aanbieders en vragers van producten rekening houden met regels van de overheid, bijvoorbeeld ten aanzien van veiligheid. Ook kan er sprake zijn van een scheve machtsverhouding tussen aanbieder en consument, bijvoorbeeld omdat één aanbieder bijna de hele markt in handen heeft (monopoliepositie). De hier geschetste betekenis van marktwerking is dan ook een ideaaltypische.

- Vraagsturing en vraaggericht werken: De WRR maakt in haar rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’ een onderscheid tussen sturing *van* de vraag, sturing *op* de vraag en sturing *door* de vraag. Bij sturing *van* de vraag blijft een instelling controle houden over het aanbod, maar houdt daarbij wel rekening met de wensen en behoeften van de patiënt/cliënt. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als een aanbodgerichte organisatie haar werkwijzen meer laat aansluiten bij wat patiënten/cliënten prettig en wenselijk vinden. Sturing *op* de vraag verwijst naar de zorginkoop door verzekeraars of andere zaakwaarnemers namens de patiënt/cliënt. Pas bij sturing *door* de vraag stuurt de patiënt/cliënt het aanbod werkelijk zelf door zijn middelen naar eigen inzicht te besteden en zorg in te kopen waar hij dat wil. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een persoonsgebonden budget (PGB) (WRR, 2004). Een PGB is bedoeld voor mensen die langdurig zorg nodig hebben (Ministerie van VWS, z.j.-c). De WRR gebruikt de

term vraagsturing uitsluitend voor sturing *door* de vraag en noemt sturing *van* de vraag *vraaggericht werken* (WRR, 2004). In dit onderzoek wil ik mij ten aanzien van het begrip vraagsturing richten op de wijze waarop verloskundigenpraktijken hun zorgaanbod en de wijze waarop zij zich naar (potentiële) cliënten toe profileren aanpassen aan wat zij denken dat cliënten belangrijk vinden. Het gaat mij daarbij niet zozeer om het inspelen op wensen en behoeften van individuele cliënten tijdens de zorgverlening, maar om de ‘marketingkant’ van vraagsturing. Dit is een vorm van vraaggericht werken, maar gaat een stapje verder dan dat omdat ook het aantrekken van nieuwe cliënten hierbij een doel is. In het vervolg van dit onderzoeksrapport zal aansluitend op de definiëring door de WRR sturing van de vraag door verloskundigen in de betekenis zoals ik die zojuist uiteen heb gezet dan ook worden aangeduid als vraaggericht werken.

- Praktijkprofilering: Onder praktijkprofilering versta ik bewuste activiteiten van verloskundigenpraktijken om zich te onderscheiden van andere praktijken en hun praktijk aantrekkelijk te maken voor potentiële cliënten. Dit is in feite de ‘marketing’ waar ik eerder over sprak. Hierbij valt te denken aan het uitdragen van een bepaalde visie of filosofie op/over zwangerschap en geboorte of de zorgverlening aan cliënten of het aanbieden van speciale diensten, zoals badbevallingen. De term ‘praktijkprofilering’ is niet direct afkomstig uit de literatuur, maar is door mij in het kader van dit onderzoek ontwikkeld om het verschijnsel van marketing door verloskundigenpraktijken aan te duiden. Wel wordt er in verschillende beleidsdocumenten gesproken over aspecten van het verloskundige beroep die gelieerd zijn aan praktijkprofilering. Zo wordt in ‘De kern van de eerstelijns verloskunde. Beroepsprofiel van de verloskundige’ de rol van de verloskundige als praktijkmanager beschreven. Onder het aspect ‘leiding en sturing geven’ wordt aangegeven dat de verloskundige onder andere aan de volgende ‘procescriteria’ dient te voldoen: ‘zet een duidelijke visie neer’, ‘bepaalt samen met medewerkers en collega’s doelen, beleid en prioriteit van de praktijk’, ‘maakt werkwijze, aanbod en diensten inzichtelijk voor derden’ en ‘is sensitief voor kansen en bedreigingen’ (Liefhebber, Van Dam en Waelpuut, 2006, p. 41). Het lijkt voor de hand liggend dat deze onderdelen van de beroepsuitoefening in ieder geval ten dele, doch niet geheel, gericht zijn op de beschreven praktijkprofilering.

- Besluitvormingsproces: Hierbij doel ik op de wijze waarop individuen tot keuzes komen, in dit specifieke geval op de wijze waarop cliënten hun keuze voor een

eerstelijnsverloskundigenpraktijk maken. Het betreft hier een keuzesituatie waarbij de mogelijke alternatieven een veelheid aan kenmerken hebben die een rol kunnen spelen in het besluitvormingsproces van individuen. Een dergelijke keuze is te typen als een *discrete keuze*, analoog aan de *discrete keuze-experimenten*. Discrete keuze-experimenten bootsen een keuzesituatie zoals hier beschreven na door respondenten verschillende sets van twee of meer alternatieven voor te leggen waaruit zij dat alternatief moeten kiezen dat, op basis van de beschreven kenmerken, hun voorkeur heeft. Boonen (2009) heeft hiervan ook gebruik gemaakt in haar proefschrift. In de literatuurstudie zal op deze experimenten en de achtergrond van het maken van keuzes verder worden ingegaan. Tot slot moet worden opgemerkt dat ervan uitgegaan wordt dat zwangeren inderdaad een keuzemogelijkheid hebben. Hoe groot het aanbod van verloskundigenpraktijken is, verschilt per regio en er zijn gebieden in Nederland, zoals Zeeland, waar van de mogelijkheid om te kiezen tussen meerdere praktijken niet of nauwelijks sprake is. Op deze gebieden heeft dit onderzoek dan ook geen betrekking. De provincie Utrecht heeft met een gemiddelde verloskundigendichtheid echter ruim voldoende aanbod (RIVM, 2007).

4) Literatuuronderzoek

4.1 Inleiding: verantwoording van de onderwerpen

Ter voorbereiding op het primaire onderzoek zal in dit deel van het onderzoeksrapport eerst een overzicht gegeven worden van relevante achtergrondliteratuur. Alvorens de informatie om de hoofdvraag te beantwoorden kan worden verzameld zal eerst de nodige kennis verkregen moeten worden over de volgende onderwerpen:

1) Marktwerking in de gezondheidszorg: In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op wat marktwerking in de zorg inhoudt en hoe het Nederlandse zorgstelsel eruitziet.

2) De markt voor verloskunde en vraaggericht werken door verloskundigen: Hoofdstuk 4.3 plaatst het Nederlandse verloskundig systeem eerst in een internationaal perspectief, om vervolgens nader in te gaan op de aard en organisatie van de verloskundige zorg (paragraaf 4.3.1 en 4.3.2). Paragraaf 4.3.3 behandelt kenmerken van de verloskundige zorgmarkt, de wijze waarop deze wordt gereguleerd en ontwikkelingen in de markt. Paragraaf 4.3.4 bevat een korte inventarisatie van wat er uit de beroepscode en het beroepsprofiel van verloskundigen valt op te maken over de plaats van vraaggericht werken binnen het beroep.

3) Individuele besluitvormingsprocessen: Hoofdstuk 4.4 geeft een inkijkje in de psychologische mechanismen achter keuzeprocessen, door een verband te leggen tussen de keuze voor een verloskundigenpraktijk en discrete keuze-experimenten.

Deze vier deelthema's zullen achtereenvolgens behandeld worden in dit literatuuronderzoek. Ze worden behandeld omdat de in de hoofdvraag genoemde verschijnselen zich afspelen tegen een achtergrond waar marktprincipes een steeds grotere rol spelen. Ook is kennis nodig over hoe mensen keuzes maken en welke factoren hierbij een rol spelen, om de in het onderzoek gevonden motieven in te kunnen bedden in een theoretisch kader.

4.2 Marktwerking in de gezondheidszorg

4.2.1 Marktwerking: een eenduidig begrip?

In de inleiding is marktwerking in de zorg reeds omschreven als *gereguleerde marktwerking*, ofwel als een mechanisme van concurrentie op prijs en kwaliteit dat gebonden is aan bepaalde regels. We zullen de betekenis van marktwerking eerst nog wat verder uitdiepen, alvorens in volgende paragrafen in te gaan op de huidige reikwijdte van marktprincipes in de Nederlandse gezondheidszorg en de ontwikkeling van het zorgstelsel in de afgelopen decennia.

De zojuist geformuleerde betekenis van marktwerking lijkt eenduidig, maar Paulus, van Raak, van der Made en Mur-Veeman laten in een interessant artikel over het discours rondom marktwerking in de zorg, of 'market competition' zoals zij het noemen, zien dat het een breed en daardoor enigszins vaag concept betreft. In een op symbolisch-interactionistische leest geschoeid onderzoek naar de betekenis die verschillende actoren in het veld verbinden aan 'market-competition' blijkt dat verschillende partijen andere aspecten benadrukken. De visie op marktwerking als een vorm van gereguleerde competitie is voornamelijk de visie van de nationale overheid. Verzekeraars, aanbieders van zorg en consumenten interpreteren deze visie op hun eigen manier en samen onderscheiden de partijen maar liefst dertien verschillende elementen (Paulus e.a., 2003).

Zorgverzekeraars nemen een 'zakelijke houding' aan (Paulus e.a., 2003, p. 285). Voor hen gaat marktwerking vooral om overdracht van verantwoordelijkheden (voor met name kostenbeheersing) van de overheid naar verzekeraars (deregulatie), onderlinge concurrentie en 'een sterkere positie van de verzekeraar' (Paulus e.a.,

2003, p. 284). De aanbieders van zorg gaan in reactie op deze zakelijke houding meer samenwerken. Zij proberen een balans te vinden tussen competitie en samenwerking en leggen daarnaast de nadruk op kwaliteit van zorg en aandacht voor de wensen van de patiënt/cliënt. Voor de gebruikers van zorg betekent marktwerking, alhoewel zij meestal niet aan deze term refereren, 'empowerment' (Paulus e.a., 2003, p. 285), omdat zij door bijvoorbeeld persoonsgebonden budgetten (PGB's) meer zeggenschap krijgen over hun zorg. De omschrijving van de betekenis van marktwerking voor patiënten/cliënten als 'empowerment' lijkt enigszins beperkt, omdat niet gerefereerd wordt aan eventuele negatieve definitives. Het is echter bekend dat marktwerking voor patiënten/cliënten ook negatieve aspecten kan hebben. Een voorbeeld hiervan is dat gebruikers van thuiszorg tegenwoordig vaak te maken krijgen met meer verschillende zorgverleners die minder tijd hebben voor hun verrichtingen, hetgeen veel cliënten niet prettig vinden (Verhagen, 2005).

Wat betekent dit nu voor het gebruik van het concept marktwerking in onderzoek? Het is goed ons te realiseren dat marktwerking geen enkelvoudig begrip is en dat er verschillende visies bestaan op wat marktwerking (in de zorg) is of hoe de uitvoering ervan er in de praktijk zou moeten uitzien. Dit verklaart namelijk waarom er zoveel discussie is rondom marktwerking in de gezondheidszorg. Het begrip wordt hierdoor echter niet onbruikbaar. Het is simpelweg een concept waaronder veel verschillende aspecten vallen. Voor dit onderzoek is het voldoende marktwerking in de gezondheidszorg te definiëren zoals in hoofdstuk 3 reeds is gedaan: als een gereguleerde vorm van competitie, waarbij patiënten/cliënten vrij zijn zich tot zorgverleners en –verzekeraars van hun eigen keuze te wenden en waar zorginkopers en zorgaanbieders binnen bepaalde grenzen kunnen onderhandelen over de aard, prijs en kwaliteit van producten en diensten (RIVM, 2008). De verschillende aspecten van marktwerking zoals beschreven vinden in een dergelijke definitie een plaats: als het systeem goed functioneert komen zij tot ontwikkeling. Men tracht al deze elementen tot stand te brengen door middel van zorgcontractering.

4.2.2 Zorgcontractering op zorgmarkten

Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is het Nederlandse gezondheidszorglandschap flink veranderd. Het onderscheid tussen particulier en ziekenfondsverzekerden is opgeheven en iedereen is verplicht verzekerd voor een door de overheid vastgesteld basispakket. In dit nieuwe stelsel probeert men

marktwerking te stimuleren door het centraal stellen van *zorgcontractering*. Zorginkopers en zorgaanbieders moeten onderling overeenstemming bereiken over welke zorg tegen welke prijs en onder welke voorwaarden wordt ingekocht. Beide partijen zijn daarbij in theorie vrij om te kiezen met wie zij contracten aangaan. Verzekeraars zijn sinds 2005 niet meer verplicht om alle aanbieders in een bepaalde regio te contracteren, zoals ziekenfondsen dat vroeger waren (Ministerie van VWS, z.j.-d).

Wie aanbieder en wie inkoper van zorg is, hangt af van de deelmarkt waarover we spreken. In hoofdstuk 3 is reeds een onderscheid gemaakt tussen de *zorginkoopmarkt*, *zorgverzekeringsmarkt* en *zorgverleningsmarkt*. Op de zorginkoopmarkt kan zorg worden ingekocht door zorgverzekeraars namens hun klanten en door consumenten zelf. Dit laatste kan het geval zijn wanneer mensen over een PGB beschikken, maar ook als ze hebben gekozen voor een (gedeeltelijke) restitutiepolis, waarbij de klant zijn zorgkosten achteraf declareert. Gemeenten treden op als inkopers van huishoudelijke thuiszorg in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die sinds 2007 van kracht is (Ministerie van VWS, z.j.-b) en zorgkantoren dragen de verantwoordelijkheid voor de inkoop van zorg die gefinancierd wordt krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Ministerie van VWS, z.j.-a). Met betrekking tot de zorginkoopmarkt moet wel worden vermeld dat de contracteervrijheid per type zorg en per regio kan verschillen. Vaak moeten verzekeraars alle aanbieders in een regio contracteren om voldoende zorg voor hun verzekerden te kunnen inkopen en daarmee aan hun zorgplicht te voldoen. Dit geldt ook op de verloskundige markt. Daarnaast kan de keuzevrijheid voor patiënten/cliënten beperkt zijn omdat het aanbod van bepaalde zorg in een regio, vaak de dun- en dichtbevolkte gebieden, onvoldoende is. Op de zorgverzekeringsmarkt treden verzekeraars op als aanbieders, in plaats van als vragers.

Op de zorgverleningsmarkt, tot slot, verlenen zorgaanbieders in de vorm van instellingen en zelfstandige professionals zorg aan patiënten/cliënten. Patiënten/cliënten kunnen meer of minder keuzemogelijkheden hebben, afhankelijk van het type verzekeringspolis dat zij hebben afgesloten, de aanwezigheid van een PGB en het aanbod van zorg in een bepaalde regio.

Er is zojuist besproken hoe de zorgcontractering op de verschillende zorgmarkten er globaal uitziet. Maar waarom moet de zorgcontractering op

zorgmarkten eigenlijk gereguleerd worden? Hierop zal nader worden ingegaan in de volgende paragraaf.

4.2.3 *Van verzorgingsstaat tot marktgeoriënteerde zorg: waarom een gereguleerde zorgmarkt?*

Om meer inzicht te krijgen in het hoe en waarom van een gereguleerde zorgmarkt bieden Helderma e.a. (2003) de nodige aanknopingspunten. Zij beschrijven hoe het Nederlandse gezondheidszorgstelsel zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld en doen dit aan de hand van *policy paradigms* (beleidsparadigma's), die zij in dezelfde tekst overigens ook wel aanduiden als *policy programs*. Volgens Helderma e.a. heeft zich in Nederland een ontwikkeling voorgedaan van een *corporatist policy program*³ via een *etatist program*⁴ naar een *market-oriented policy program*. Deze verschuiving in paradigma's vindt plaats doordat betrokkenen het gevoerde beleid steeds aanpassen op basis van gebeurtenissen in de samenleving en de kennis die daaruit voortkomt (*policy learning*) (Helderma e.a., 2003). Het tempo waarin dit proces van aanpassing zich voltrekt kan uiteraard variëren. Speerpunt is verder dat beleidsparadigma's elkaar niet radicaal vervangen, maar dat wanneer een nieuw paradigma dominant wordt hierin steeds elementen van voorgaande paradigma's meegenomen worden. Dit speelt een belangrijke rol in het beantwoorden van de vraag waarom de zorgmarkt een gereguleerde markt is en dit ook wenselijk wordt geacht, zoals uit onderstaande bespreking van de drie paradigma's zal blijken.

Het corporatistische programma ontstond in de tijd dat Nederland nog een verzuilde samenleving was. De verschillende levensbeschouwelijke groepen hadden op bijna alle terreinen van de samenleving hun eigen organisaties en ook de zorg voor zieken en sociaal zwakkeren was op die wijze georganiseerd. Het werd door de overheid dan ook wenselijk geacht dat deze organisaties de basis vormden voor de gezondheidszorg (corporatisme). Dit systeem was gebaseerd op twee principes, 'het principe van subsidiariteit' en 'het principe van sociale solidariteit op een georganiseerde basis' (Helderma e.a, 2003, p. 194). *Het principe van subsidiariteit* stelt dat wanneer zaken door mensen zelf of door private instellingen geregeld kunnen

³ Het corporatisme is een ideologie die samenwerkende corporaties als basis voor de staat ziet (van Dale studiewoordenboek).

⁴ Het etatisme is de opvatting dat de overheid de samenleving moet sturen in de door haar gewenste richting (van Dale professioneel online). Toegepast op de gezondheidszorg betreft het een sterke aansturing van die zorg door de centrale overheid.

worden, de overheid dit niet zou moeten doen. *Sociale solidariteit* verwijst naar het als gemeenschap opvangen van risico's en zorg dragen voor elkaar (Maarse en Paulus, 2003). Georganiseerde solidariteit impliceert echter bemoeienis van de overheid, waar dan ook in toenemende mate sprake van was. Op basis van dit alles kon een corporatistisch systeem ontstaan waarin de overheid de verantwoordelijkheid voor het verzekeren en leveren van zorg grotendeels uitbesteedde aan allerlei organisaties in wat ook wel het *maatschappelijke middenveld* wordt genoemd, terwijl de financiering voornamelijk publiekelijk van aard was.

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw waren het vooral de stijgende kosten van de verzorgingsstaat die de overheid ertoe dreven een andere koers te gaan varen. De overheid probeerde haar greep op de gezondheidszorg te vergroten door de invoering van allerlei kostenbeheersingsmaatregelen. In feite werd een etatistische (op staatssturing gerichte) visie toegepast op het corporatistische systeem. Zo kregen instellingen voor intramurale zorg voortaan een vooraf vastgesteld budget en konden zij hun kosten niet langer achteraf declareren. Dit beleid leidde echter tot allerlei schaarsteproblemen, waaronder wachtlijsten, personeelstekorten en een ineffektieve allocatie van middelen. De noodzaak tot veranderingen die deze problemen zouden oplossen, maar tegelijkertijd zouden bijdragen aan het in de hand houden van de zorgkosten, werd steeds groter. Dit was het startsein voor de ontwikkeling van een meer marktgestuurd zorgstelsel.

In 1987 kwam het Dekker comité met voorstellen om het zorgstelsel te hervormen. Deze voorstellen hielden de vorming van één verzekeringsstelsel met gereguleerde concurrentie in, waarbij onder andere sprake moest zijn van contracteervrijheid en het verminderen van prijsregulering en de regulering van de capaciteit van ziekenhuizen. Hoewel voor deze voorstellen, die bekend werden als het Simonsplan (naar de toenmalige secretaris van het Ministerie van Gezondheidszorg), aanvankelijk veel steun leek te zijn, stuitte de implementatie toch op zodanige weerstand dat dit uiteindelijk mislukte.

In de loop der jaren werden echter wel kleinere stappen gezet op weg naar een meer marktgestuurde zorg. Zo werd overgestapt van een retrospectief naar een prospectief kostenvergoedingssysteem voor de ziekenfondsen en kregen ziekenfondspatiënten in 1992 meer vrijheid in de keuze van het fonds waarbij ze zich wilden aansluiten. Ook werd in 2003 een begin gemaakt met de invoering van een vergoedingssysteem voor ziekenhuizen en medisch specialisten op basis van

diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Hierbij moet met verzekeraars onderhandeld worden over de prijs van een pakket dat bestaat uit de diagnosticering van een bepaalde aandoening en de bijbehorende behandeling. Het voert te ver om deze ontwikkelingen precies te beschrijven in deze literatuurstudie. Hiervoor verwijs ik naar het artikel van Helderma e.a. Waar het om gaat is dat deze ontwikkelingen het zorgstelsel rijp hebben gemaakt voor de nieuwe hervormingsplannen van 2001. De genomen maatregelen hadden onvoldoende effect om zaken als de wachtlijstproblematiek en klachten over een te weinig patiëntgeoriënteerde zorg op te lossen. De Sociaaleconomische Raad (SER) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) kwamen met een nieuw advies, dat wil zeggen, zij haalden het plan om tot één zorgverzekeringsstelsel te komen weer uit de kast.

Het nieuwe stelsel werd uiteindelijk ingevoerd in 2006 en de zorgmarkt zoals we die beschreven hebben in paragraaf 5.2.2 is zich aan het ontwikkelen. Er is echter geen sprake van alleenheerschappij van het market-oriented policy program. De andere paradigma's spelen ook nog steeds een rol en deze paradigma's representeren 'conflicterende beleidsdoelen' (Helderma e.a., 2003, p. 206). Hierin schuilt het antwoord op de vraag die ik in de eerste alinea van deze paragraaf stelde: waarom is de zorgmarkt een gereguleerde markt? Ook het marktmodel biedt geen garantie dat alle (publieke) belangen die we willen beschermen voldoende worden bevorderd. Sterker nog: een volledig vrije zorgmarkt zou deze belangen waarschijnlijk in gevaar brengen. Daarom stelt de overheid regels om de marktwerking te beperken.

4.3 Het Nederlandse verloskundig systeem en de markt voor verloskunde

4.3.1 Verloskundige zorg internationaal: het verloskundige en het medische model

Verloskundige zorg is zorg die betrekking heeft op de zwangerschap, bevalling en het kraambed, respectievelijk de *prenatale, natale en postnatale zorg* (NZa, 2009-b). Deze zorg is in Nederland heel anders georganiseerd dan in andere Westerse landen. Het Nederlandse systeem is gestoeld op wat Rooks *the midwifery model of care* noemt. In een gelijknamig artikel uit 1999 beschrijft zij de overeenkomsten en verschillen tussen dit model en *the medical model*. Binnen het verloskundige model worden zwangerschap en geboorte in de eerste plaats als natuurlijke processen gezien die, zolang er geen aanwijzingen zijn voor (dreigende) complicaties, geen medische interventie vereisen. De verloskundige richt zich niet alleen op de medische, maar ook

op de psychosociale en informatiebehoeften van haar cliënten (Rooks, 1999). Het is niet moeilijk om te zien dat een cliëntgerichte zorg gemakkelijk aansluit bij een dergelijke visie op zwangerschap en geboorte en in paragraaf 4.3.2 en 4.3.3 zal dan ook duidelijk worden dat dit een belangrijk speerpunt is voor Nederlandse verloskundigen. De gynaecoloog verleent zijn/haar zorg meer vanuit het medische model, waarin het opsporen en behandelen van pathologie centraal staan. Elke zwangerschap wordt beschouwd als potentieel risicovol en dus als een medische aangelegenheid. Er is minder aandacht voor andere behoeften van de zwangere, zoals ondersteuning bij leefstijlveranderingen (Rooks, 1999).

In de meeste Europese landen is de zorg voor laagrisico zwangeren geheel of gedeeltelijk in handen van verloskundigen. In Zweden bijvoorbeeld worden deze vrouwen tijdens alle fasen van de zorg voornamelijk gezien door verloskundigen en in Denemarken werken verloskundigen en gynaecologen samen, waarbij de vrouw beiden ziet tijdens haar zwangerschap (McKay, 1993). In de Verenigde Staten echter, is de rol van verloskundigen veel kleiner. In 2003 werd hier acht procent van de geboorten begeleid door een verloskundige (U.S. Census Bureau, 2001).

Een belangrijk verschil tussen de beroepsuitoefening van verloskundigen in Nederland en elders in de westerse wereld is, dat in geen enkel ander land verloskundigen werkzaam zijn in zelfstandige praktijken. Er kan wel sprake zijn van een min of meer autonome beroepsuitoefening, maar nergens is de verloskundige zorg in de eerste lijn zo gescheiden van de tweede lijn en heeft de verloskundige een dergelijke duidelijke eigen medische verantwoordelijkheid. Deze zelfstandige status hebben Nederlandse verloskundigen met name te danken aan de thuisbevalling: 29 procent van de vrouwen beviel in de periode 2005-2008 thuis, terwijl dit in het buitenland nauwelijks voorkomt. Het percentage thuisbevallingen daalt echter wel: tussen 1997 en 2000 beviel nog 35 procent thuis (KNOV, 2009-a).

We zien dus dat het Nederlandse verloskundig systeem een voorbeeld is van het verloskundige model, terwijl het systeem in de Verenigde Staten voornamelijk gebaseerd is op het medische model. Hierbij moet worden opgemerkt dat de beide modellen niet strikt van elkaar gescheiden zijn en kunnen worden gezien als twee uiteinden van een continuüm. Een deel van de gynaecologen onderschrijft in meerdere of mindere mate ideeën en werkwijzen die geassocieerd zijn met het verloskundige model en verloskundigen maken steeds meer gebruik van technische hulpmiddelen om pathologie op te sporen (Rooks, 1999). Behalve op individueel niveau kan dit

continuüm mijns inziens ook worden toegepast op landelijke systemen, die meer naar het ene of het andere model kunnen neigen.

4.3.2 *Het Nederlandse verloskundig systeem*

Zoals in hoofdstuk drie al is vermeld, maken we in Nederland een onderscheid tussen *eerste-, tweede- en derdelijns zorg*. Tweede- en derdelijns zorg wordt in principe alleen ingezet en is ook alleen toegankelijk wanneer een zorgverlener in de eerste lijn dit op basis van een risicobeoordeling van de situatie van een patiënt/cliënt nodig acht. Dit wordt ook wel de *poortwachtersfunctie* genoemd. In de verloskunde vervullen verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen die rol (KNOV, z.j.-c). Zwangeren kunnen direct contact opnemen met een praktijk. De *Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen* (KNOV) adviseert vrouwen dit te doen wanneer zij ongeveer zes weken zwanger zijn. In hoeveel procent van de gevallen vrouwen eerst naar de huisarts gaan is niet bekend (E. Feijen, persoonlijke communicatie, 7 januari 2010). In 2002 was nog slechts zes procent van de Nederlandse huisartsen verloskundig actief. Sinds dat jaar moeten huisartsen die verloskundige zorg willen verlenen hiervoor een aanvullende opleiding volgen.

Verloskundigen zijn meestal als zelfstandige werkzaam binnen een eerstelijns praktijk. Dit gold in 2008 voor 58.3% van de praktiserende verloskundigen. Nog eens 7.7% is in loondienst van een dergelijke praktijk. Het aantal groepspraktijken (met drie of meer verloskundigen) neemt toe; van 43.7% in 1998 naar 64.9% in 2008 (KNOV, z.j.-b). Dit past binnen een zorgsysteem waarin markprincipes een grotere rol gaan spelen. Wanneer verloskundigen in grotere verbanden samenwerken verstevigt dit immers hun positie ten opzichte van verzekeraars en andere zorgverleners in de verloskundige keten. Ook biedt het mogelijkheden de zorg efficiënter te organiseren. Het lijkt aannemelijk dat het willen verminderen van de 'onregelmatigheid en onvoorspelbaarheid van het werk' een belangrijk motief is voor verloskundigen om de voorkeur te geven aan het werken in een groepspraktijk (KPMG, 2002, p. 3).

Naast het aantal groepspraktijken neemt ook het aantal klinische verloskundigen toe. Dit zijn verloskundigen die in ziekenhuizen op de verlosafdeling werken en daar zwangeren met een verhoogd risico begeleiden in samenwerking met de gynaecoloog. In 2008 was 23.9% van alle verloskundigen werkzaam in een

klinische setting. Voor de klinische verloskunde bestaat een aparte vervolgopleiding, die na de vierjarige HBO-opleiding tot verloskundige gevolgd kan worden.

De zorgverlening van de verloskundige bestaat uit een intakegesprek en tien tot zestien vervolgconsulten, begeleiding van de bevalling, een aantal controles in het kraambed en een afsluitend spreekuurbezoek zes weken na de bevalling (NZa, 2009-b). Alleen gezonde zwangeren met een laag risico op complicaties mogen in de eerste lijn bevallen. Zij hebben daarbij de keuze uit een thuisbevalling of een poliklinische bevalling en in bepaalde regio's is het ook mogelijk te bevallen in een zogenaamd geboortecentrum⁵ of kraamhotel (KNOV, z.j.-a).

Verloskundige zorg maakt deel uit van de *verloskundige of perinatale zorgketen*. Een zorgketen bestaat uit vormen van zorg die elkaar (kunnen) opvolgen. Deze keten bestaat achtereenvolgens bijvoorbeeld uit de huisarts, de verloskundige, de gynaecoloog en de kinderarts. Even verderop komen het consultatiebureau en eventueel bureau jeugdzorg in beeld. Ook de verloskundige, kraamverzorgende en het consultatiebureau vormen een belangrijke zorgketen (KMPG, 2002). Een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is juist binnen het Nederlandse systeem met een gescheiden eerste en tweede lijn van groot belang. Omdat de perinatale sterfte (overlijden van een kind voor, tijdens of binnen 28 dagen na de geboorte) in Nederland al jaren relatief hoog is in vergelijking met andere EU-landen laait de discussie rondom het Nederlandse verloskundig systeem telkens weer op (TNO, 2008).

De Vries, Wiegers, Smulders en Van Teijlingen (2009) noemen de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners op verschillende plaatsen in de zorgketen goed. Deze kwalificatie wordt gegeven in het licht van een vergelijking met de situatie voor vrouwen die thuis willen bevallen in landen waar het systeem hier niet op gericht is en kan mijns inziens relatief gezien dan ook als juist worden beschouwd. Dat men in Nederland zelf niet altijd even tevreden is over de samenwerking blijkt uit de ZEMBLA-documentaire 'Babysterfte in Nederland' die op 22 november 2009 werd uitgezonden. Hierin wordt door verschillende gynaecologen en een kinderarts gerefereerd aan problemen met de personele bezetting in ziekenhuizen buiten kantoortijden. In veel (streek)ziekenhuizen zijn buiten de kantooruren geen

⁵ De term 'geboortecentrum' wordt behalve voor een locatie waar eerstelijnsbevallingen plaatsvinden in een huiselijke omgeving ook wel gebruikt voor eerstelijnscentra waar allerlei zorg rondom zwangerschap en jonge kinderen is samengebracht, maar waar men niet kan bevallen. In een dergelijk centrum vind je dan bijvoorbeeld een verloskundigenpraktijk, kraambureau, consultatiebureau, kinderdagverblijf etc. (www.geboortecentrum.nl).

gynaecoloog en operatieteam aanwezig. Wanneer een barende vrouw met spoed wordt binnengebracht moeten deze eerst nog worden opgeroepen, waardoor kostbare tijd verloren kan gaan. De babysterfte is 's nachts en in het weekend dertig procent hoger dan overdag, zo ontdekte gynaecoloog Visser van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Hij en verschillende andere gynaecologen zijn van mening dat schaalvergroting hiervoor de oplossing is, waarbij het aantal ziekenhuizen dat verloskundige zorg biedt zou moeten worden teruggebracht van honderd naar dertig tot veertig (www.zembla.vara.nl).

De relatie tussen dit soort plannen en marktwerking is reeds benoemd. Door concentratie van zorg zou de zorg efficiënter en kwalitatief beter kunnen worden, of althans kwalitatief beter ten aanzien van bepaalde aspecten. Anderen betogen dat meer marktwerking ook een negatief effect kan hebben op kwaliteit en bijvoorbeeld de keuzevrijheid van patiënten/cliënten. Behalve een concentratie van zorg, zien Visser en zijn collega gynaecoloog Steegers van het Universitair Medisch Centrum Rotterdam (UCMR) ook het versterken van de rol van klinisch verloskundigen als een belangrijk aspect van de oplossing (Visser en Steegers, 2008). Daarnaast zou het wenselijk zijn als meer bevallingen in kraamhotels/geboortecentra plaatsvinden. Het nadelige effect van schaalvergroting, namelijk dat niet overal in Nederland meer thuis kan worden bevallen, wordt dan gedeeltelijk gecompenseerd (Visser en Steegers, 2008). In de volgende paragraaf wordt de huidige stand van zaken ten aanzien van marktwerking in de verloskundige zorg nader besproken.

4.3.3 De markt voor verloskunde

Verloskundige zorg wordt beschouwd als '*incidentele, noodzakelijke en meestal niet-spoedeisende zorg*' (KPMG, 2002, p. 34). De zorg is incidenteel, omdat er slechts gedurende een bepaalde periode en enkele keren in het leven gebruik van gemaakt wordt. Hiermee hangt samen dat er sprake is van een *informatieasymmetrie*, waaraan ook al gerefereerd is in de inleiding (KPMG, 2002, p. 35). De meeste vrouwen kunnen niet bogen op eigen ervaring bij het maken van een keuze uit de beschikbare zorgverleners en beschikken ook niet over de kennis om te beoordelen of hun verloskundige optimale zorg levert. Volledige transparantie van de verloskundige zorgverleningsmarkt is daarom niet mogelijk. De zorg kan, met name tijdens de natale fase, een spoedeisend karakter hebben, maar omdat dit niet geldt voor het kiezen van een eerstelijnszorgverlener is de zorg niet spoedeisend in economische zin (KPMG,

2002). Deze kenmerken van de verloskundige zorg hebben invloed op het functioneren van de markt en de mate waarin marktwerking mogelijk is, evenals het feit dat de zorg grotendeels vergoed wordt door de basisverzekering.

De verloskundige zorgmarkt wordt op verschillende wijzen gereguleerd. De tariefregulering vindt op dit moment plaats via maximumtarieven. Het totaal tarief voor volledige zorgverlening (gedurende de prenatale, natale en postnatale periode) bedraagt per 1 januari 2009 921 euro voor 'standaard' cliënten en 1228 euro voor cliënten die woonachtig zijn in achterstandswijken die voor de verloskundige zorg als zodanig zijn aangemerkt. (NZa, 2009-b). Dit 'achterstandstarief' zou een positief effect kunnen hebben op het tekort aan verloskundigen in dichtbevolkte gebieden.

Verloskundigen zijn tamelijk ontevreden over de huidige tarieven en werkdruk. De NZa heeft inmiddels besloten om de normpraktijk per 1 januari 2010 te verlagen naar 105 zorgeenheden (in 2008 waren dit nog 120 en in 2009 110) en de tarieven gefaseerd te verhogen met 26% (NZa, 2008). De KNOV is van mening dat bij een werkweek van veertig uur 100 zorgeenheden haalbaar zijn (www.knov.nl). Ook geeft de KNOV aan dat zij pas akkoord kunnen gaan met een liberalisering van de markt als de tarieven eerst op het juist niveau zijn gebracht (KNOV, 2009-b). Het lijkt dan ook niet aannemelijk dat er op dit moment verzekeraars zijn die contracten afsluiten met verloskundigen onder de maximumtarieven. De liberalisering van de tarieven lijkt bovendien nog niet in zicht. Minister van VWS Klink gaf in antwoord op Kamervragen in mei 2009 nog aan dat hij het onderzoek van de NZa naar vrije prijsvorming in de verloskunde en kraamzorg wilde afwachten, alvorens hierover een beslissing te nemen (Ministerie van VWS, 2009). Nu de NZa naar aanleiding van een kostenonderzoek heeft besloten de tarieven de komende drie jaar te verhogen zal van vrije prijsvorming voorlopig nog geen sprake zijn.

Naast de tariefregulering is ook sprake van een capaciteitsregulering doordat de beroepen van verloskundige en huisarts zijn opgenomen in de *Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg* (wet BIG), hetgeen betekent dat de zogenoemde 'voorbehouden handelingen' die bij deze beroepen horen alleen door daartoe bevoegde en bekwame (lees daartoe opgeleide) personen mogen worden uitgevoerd (NZa, 2009, Ministerie van VWS, z.j.-e). Verder zijn op de opleiding tot verloskundige en de studie geneeskunde een numerus fixus van toepassing (NZa, 2009) en kent de opleiding tot verloskundige tevens een selectieprocedure (VAG, z.j.). Op dit moment is het aanbod van eerstelijns verloskundigen in de meeste regio's

voldoende. Het aanbod is het laagst in Zeeland, Groningen, West-Brabant, Zuid-Limburg en delen van de randstad (RIVM, 2008). In de jaren 2001 tot en met 2005 was de jaarlijkse instroom van studenten vastgesteld op 220, met een uitvalpercentage dat tussen de 11 en 17.5% schommelde (Wieger, van der Velden en Hingstman, 2005). In 2010 mogen nog slechts 190 studenten met de opleiding starten (VAG, 2009). Uit de 'Behoefteraming verloskundigen 2004-2015' (Wieger e.a., 2005) blijkt dat als de jaarlijkse instroom van 220 studenten zou worden gecontinueerd er in 2015 te veel verloskundigen zouden zijn.

Wieger e.a. (2005) geven een overzicht van ontwikkelingen in de verloskundige zorgverleningsmarkt. Bij de beleidsmatige ontwikkelingen die de vraag beïnvloeden, welke voornamelijk van invloed zijn op 'de verdeling van cliënten over de verschillende beroepsgroepen in de verloskundige zorg' (Wieger e.a., 2005, p. 33), is het vooral het steeds belangrijker worden van vraaggestuurde en vraaggerichte zorg dat voor veranderingen zorgt. Om de kwaliteit van de zorg te verhogen worden steeds meer samenwerkingsverbanden aangegaan, zoals de 'Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) voor de gehele eerste lijn' en de regionale 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' (VSV). De VSV's bestaan overigens al sinds 1987 en zijn gericht op samenwerking in de verloskundige zorgketen. Ook de toename van het aantal klinische verloskundigen is in het kader van beleidsmatige ontwikkelingen van belang, omdat het hier een voorbeeld van taakherschikking betreft. Door middel van een aanvullende opleiding breidt een klinisch verloskundige haar taken en verantwoordelijkheden uit en neemt een deel van het takenpakket van de gynaecoloog over. Het ontstaan van deze nieuwe functie kan van invloed zijn op de verdeling van cliënten over de verschillende beroepsgroepen (Wieger e.a., 2005).

Ook op andere gebieden zijn er ontwikkelingen met betrekking tot uitbreiding van het takenpakket gaande. Sinds 2005 krijgen alle zwangeren *prenatale screening* aangeboden, terwijl dit aanbod daarvoor alleen aan vrouwen van 36 jaar of ouder werd gedaan (Ministerie van VWS, 2007). De verloskundige mag de nekplooiemeting om de kans op een kind met het Downsyndroom te berekenen en het zogenaamde Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) om grote afwijkingen op te sporen zelf verrichten als zij hiervoor een aanvullende echoscopieopleiding heeft gevolgd. De verloskundige voert met haar cliënt en eventuele partner een counselingsgesprek om hen te helpen bij hun keuze om wel of geen prenatale screening te laten doen (KNOV, 2005-a). Verder willen verloskundigen graag *anti- en preconceptieadvies* gaan geven.

Verloskundigen houden nu al op kleine schaal zogenaamde *kinderwensspreekuren*, waar zij vrouwen adviseren over zaken als een gezonde leefstijl en erfelijke ziekten. De KNOV is van mening dat elke vrouw een preconceptioneel consult aangeboden zou moeten krijgen (KNOV, 2005-b).

De ontwikkelingen met betrekking tot het takenpakket van eerstelijns-verloskundigen worden door Wieger e.a. onder de ontwikkelingen aan de vraagzijde van de markt geschaard, maar hebben ook betrekking op de aanbodzijde. Verloskundigen breiden op basis van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, die vraag naar bepaalde dienstverlening met zich meebrengen, hun aanbod uit en omdat dit aanbod aanwezig is willen ook steeds meer vrouwen er gebruik van maken. In feite gaat het bij zaken als prenatale screening en conceptie zorg om aspecten van de verloskundige zorgverlening die, in ieder geval ten dele, ‘supplier induced’ genoemd zouden kunnen worden. De basiszorg is dit niet, omdat verloskundigen in principe geen invloed hebben op hoeveel vrouwen zwanger worden en verloskundige zorg nodig hebben.

Naast de tarief- en capaciteitsregulering zijn er ook nog verschillende vormen van kwaliteitsregulering, zowel extern als intern. De externe kwaliteitskaders worden gevormd door de wet BIG en de *Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)*. Deze wet bevat globale richtlijnen voor kwaliteit en heeft niet alleen betrekkingen op instellingen als zieken- en verpleeghuizen, maar ook op groepspraktijken van bijvoorbeeld verloskundigen. Alleen solopraktijken vallen er niet onder, maar voor hen is in de wet BIG een apart artikel opgenomen waarin vrijwel dezelfde kwaliteitseisen zijn opgenomen als in de KWZ worden vermeld (Ministerie van VWS, z.j.-f). De KNOV heeft verschillende algemene en onderwerpspecifieke standaarden en standpunten opgesteld en er is volop ontwikkeling op het gebied van de interne kwaliteitsregulering in de verloskundige zorg. Zo zijn er de *Beroepscode van Verloskundigen* en de *Verloskundige Indicatielijst (VIL)*, een handleiding voor de risicoselectie. Ook heeft de KNOV een eigen kwaliteitssysteem opgezet, dat bestaat uit een door praktijken zelf uit te voeren verbeterplan en (sinds dit jaar) de mogelijkheid om vrijwillig deel te nemen aan externe controle, waarmee een ‘praktijkaccreditatie’ kan worden verdiend. Dit is een soort keurmerk van de KNOV. Daarnaast is er een kwaliteitsregister waarin praktiserende verloskundigen zich individueel in kunnen laten inschrijven. Al meer dan tachtig procent van de

Nederlandse verloskundigen heeft zich aangemeld. Voor een aantal specifieke verrichtingen die extra scholing vereisen zijn aparte registers.

Wat kunnen we uit dit alles nu concluderen over de stand van zaken op het gebied van marktwerking in de verloskundige zorg? Het lijkt erop dat er aan de tariefregulering voorlopig geen einde komt, waardoor van vrije prijsvorming op de verloskundige zorgmarkt nog nauwelijks sprake is. Ook is er sprake van een stevige capaciteitsregulering. Gedeeltelijk is deze vorm van regulering onvermijdelijk, met het oog op verantwoorde zorg van voldoende kwaliteit. Verloskundigen zijn druk bezig met het verhogen van en inzichtelijk maken van hun kwaliteit en met het ontwikkelen van nieuwe diensten en ook samenwerking binnen de eerste lijn en de verloskundige zorgketen krijgen steeds meer aandacht. Dit betekent dat de meer kwalitatieve aspecten van marktwerking, zoals cliëntgerichte zorg, keuzevrijheid voor cliënten, samenwerking en innovatie zich sterk ontwikkelen, terwijl er van concurrentie op prijs nog nauwelijks sprake is. De ontwikkelingen spelen zich meer af op de zorgverleningsmarkt, dan op de zorginkoopmarkt. Dit maakt de vraagstelling van dit onderzoek juist zo interessant. Mijn vraagstelling richt zich immers op het marktgedrag van de aanbieders (de verloskundigen) en de vragers (de cliënten) op de verloskundige zorgverleningsmarkt. In de volgende paragraaf zal nader worden ingegaan op hoe verloskundigen invulling geven aan de kwalitatieve aspecten van marktwerking waar het in deze literatuurstudie speciaal om gaat: het vraaggericht werken.

4.3.4 Vraaggericht werken door verloskundigen: de cliënt centraal

Op welke manier geven verloskundigen momenteel invulling aan vraaggericht werken? Hoezeer de cliënt centraal staat, of in ieder geval geacht wordt centraal te staan, in de huidige uitoefening van het beroep van verloskundige wordt duidelijk uit de Beroepscode van Verloskundigen (2009-c) en het *Beroepsprofiel van de Verloskundige* (2006). Artikel 2.2 uit paragraaf 2 van de beroepscode, die betrekking heeft op 'het optreden van de verloskundige ten opzichte van haar cliënten' luidt: 'De verloskundige stemt haar zorg af op de fysieke, psychosociale en emotionele wensen en behoeften van de cliënte en informeert haar optimaal over eventuele keuzemogelijkheden'. Ook in andere artikelen van de beroepscode wordt de 'informed consent' en de autonomie van de cliënt benadrukt. 'De verloskundige betreft de cliënte actief bij de besluitvorming' zo dicteert artikel 2.6 (KNOV, 2009-c,

p. 7). In het beroepsprofiel wordt het vraaggericht werken expliciet genoemd in de beschrijving van één van de zeven rollen van de verloskundige, die van ‘coach en begeleider’. Vraaggericht werken wordt hier omschreven als ‘De verloskundige maakt via interactie de werkelijke wensen en behoeften van de cliënt helder, zodat door een juiste balans tussen de wens van de cliënt en de eigen professionele standaard de juiste zorg op het juiste moment mogelijk wordt’ (KNOV, 2006, p. 30). Het gaat hier uiteraard om vraaggericht werken in de directe relatie tussen zorgverlener en cliënt. Enig idee van de visie op het marketingaspect van vraaggericht werken zoals dat in hoofdstuk 3 is gedefinieerd kan worden verkregen uit de beschrijving van de verloskundige als ‘praktijkmanager’. De verloskundige ‘zet een duidelijke visie neer’, ‘bepaalt samen met medewerkers en collega’s doelen, beleid en prioriteit van de praktijk’, ‘maakt werkwijze, aanbod en diensten inzichtelijk voor derden’ en ‘is sensitief voor kansen en bedreigingen.’ (KNOV, 2006, p. 41). Het lijkt voor de hand liggend dat deze aspecten in ieder geval gedeeltelijk, doch niet geheel, gericht zijn op het aantrekken van potentiële cliënten voor de praktijk. Hoe verloskundigen in concrete zin vorm geven aan deze vorm van vraaggericht werken, zal uit het onderzoek blijken.

4.4 Individuele besluitvormingsprocessen

4.4.1 Kiezen uit verschillende alternatieven: discrete keuze-experimenten

In dit onderzoek naar keuzemotieven van cliënten bij het kiezen van een verloskundigenpraktijk wordt uitgegaan van een situatie waarin vrouwen kunnen kiezen uit verschillende praktijken bij hen in de buurt. Een tweede uitgangspunt is dat deze praktijken niet allen aan elkaar gelijk zijn en dat er voor de cliënt waarneembare verschillen zijn. Dit betekent dat er moet worden gekozen uit een aantal alternatieven met verschillende kenmerken. In dit hoofdstuk beantwoord ik de vraag hoe een dergelijk keuzeproces verloopt en welke factoren hierbij een rol spelen.

In de inleiding van dit onderzoek is al gerefereerd aan het onderzoek van Boonen naar de wijze waarop verzekeraars de keuze van klanten voor voorkeursaanbieders kunnen sturen (2009). Door middel van zogenaamde *discrete keuze-experimenten* heeft zij onderzocht wat het effect is van verschillende typen beloningen en kenmerken van huisartsen en apotheken op de keuze van cliënten voor een zorgverlener. In een discrete keuze-experiment krijgen respondenten

verschillende sets van twee of meer alternatieven voorgelegd, waaruit zij dat alternatief moeten kiezen dat, op basis van de beschreven kenmerken, hun voorkeur heeft. Zoals al genoemd, blijkt uit het onderzoek van Boonen dat bij de keuze van een huisarts met name kwalitatieve kenmerken een rol spelen en dat het tevens moeilijk is om patiënten/cliënten van huisarts te laten wisselen vanwege de sterke status quo bias. Sturing van de keuze is met name mogelijk wanneer cliënten voor het eerst of opnieuw een zorgverlener moeten kiezen. Dit heeft belangrijke implicaties voor de keuzesituatie in het geval van verloskundigenpraktijken, aangezien bij vrouwen die voor de eerste maal zwanger zijn de status quo bias geen rol kan spelen.

Kwalitatieve kenmerken van huisartsenpraktijken die in de keuze-experimenten zijn meegenomen zijn telefonische toegankelijkheid, beschikbaarheid van (niet spoedeisende) zorg buiten kantooruren, de aanwezigheid van een internetservice, praktijkassistenten en een kwaliteitscertificaat van het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG), het type praktijk (alleen huisarts, huisarts/apotheek of vestiging in een eerstelijns gezondheidscentrum) en de loopafstand vanaf het huisadres tot de praktijk. Al deze kenmerken hadden een significant effect op de keuze in de verwachte richting⁶ en het betreft kenmerken die ook heel goed relevant zouden kunnen zijn voor verloskundigenpraktijken. Het meest gewaardeerd werden goede toegankelijkheid van de zorg (telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg buiten kantooruren) en kwaliteitscertificaten. Voor verloskundige zorg geldt uiteraard dat een goede 24-uursbereikbaarheid belangrijk is en het zou goed mogelijk kunnen zijn dat met name kenmerken die hier aan gerelateerd zijn, zoals bijvoorbeeld veel telefonische spreekuren, hoog gewaardeerd worden en dat ook de afstand tot de praktijk belangrijk is. Meer subjectieve kenmerken als de kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en cliënt zijn veel moeilijker meetbaar en ook nauwelijks contracteerbaar door zorgverzekeraars. Boonen gaat ervan uit dat die in haar onderzoek tot uiting komen in de wens van veel respondenten om bij hun huidige arts te blijven, ook als er een alternatief wordt geboden dat beter scoort op de gemeten kenmerken⁷.

⁶ Er werd een positief verband gevonden tussen de keuze voor een praktijk en telefonische bereikbaarheid, beschikbaarheid van zorg buiten kantooruren, aanwezigheid van internetservice, praktijkassistenten en een kwaliteitscertificaat en een negatief verband tussen keuze voor een praktijk en de afstand tot de praktijk.

⁷ Als respondenten de keuze werd geboden tussen hun eigen huisarts en een hypothetische arts met de optimale combinatie van kenmerken, koos vijftig procent van de respondenten toch voor de eigen huisarts.

Financiële prikkels (kortingen, bonussen of bijbetalingen) speelden bij de huisartskeuze een minder grote rol dan bij de keuze van een apotheek en aangezien verloskundige zorg meer overeenkomsten vertoont met huisartsenzorg lijkt het aannemelijk dat financiële aspecten ook bij de keuze voor een verloskundige een beperkte rol spelen. In de praktijk kunnen ze slechts beperkt van belang zijn, gezien het feit dat het grootste deel van de verloskundige zorg wordt vergoed door de basisverzekering.

4.4.2 Factoren die een rol spelen bij het maken van keuzes

Hoe komen keuzes tussen alternatieven die elk een groot aantal kenmerken hebben nu tot stand? Wat maakt dat mensen het ene alternatief boven het andere prefereren? De *rationele keuzetheorie*, ook wel *utility theory* genoemd is lange tijd het theoretische raamwerk geweest voor de beschrijving en verklaring van de wijze waarop mensen keuzes maken. Deze theorie gaat ervan uit dat mensen zich bij het kiezen altijd laten leiden door *nutmaximalisatie*, ofwel dat zij altijd dat alternatief zullen kiezen dat hun belangen het meest dient. De context waarin een keuze gemaakt wordt of de wijze waarop deze wordt gepresenteerd speelt daarbij geen rol. Dit betekent dat het uitgangspunt is dat mensen volledig rationeel zijn in hun keuzes (Tversky en Kahneman, 2000).

In de praktijk blijkt dit echter lang niet altijd het geval te zijn. Het maken van keuzes is een ingewikkeld psychologisch proces, waarbij vele factoren een rol spelen, zeker als het complexe keuzes betreft waarbij de alternatieven vele kenmerken hebben. Het veld van de *multiattribute choice theory* (Tversky, Sattath en Slovic, 2000) is dan ook uitgebreid en het voert te ver om daar in deze literatuurstudie diep op in te gaan. Om toch een beeld te schetsen van de manier waarop complexe keuzen tot stand komen zal ik een uiteenzetting geven van het begrip *referentiekader* en de factoren die het referentiekader van mensen beïnvloeden. Het referentiekader speelt namelijk een belangrijke rol in het tot stand komen van voorkeuren en keuzes.

Glassman en Hadad beschrijven in hun boek ‘Approaches to psychology’ hoe mensen informatie selecteren, organiseren en interpreteren. De wereld wordt niet simpelweg waargenomen zoals deze is; onze hersenen bepalen in belangrijke mate wat we zien en hoe we dat zien door middel van processen als *selectieve perceptie* (het filteren van stimuli uit het enorme aanbod dat ons continu bereikt) en interpretatie. Bij deze processen spelen onze referentiekaders of *mentale schema's* een

belangrijke rol. Deze schema's worden gevormd door eerder opgedane kennis en ervaringen ten aanzien van bepaalde thema's, personen en objecten (Glassman en Haddad, 2004). Boonen refereert in haar proefschrift aan de *reference-dependence theory* die stelt dat de waardering van kenmerken van alternatieven en aldus de keuze voor een bepaald alternatief in belangrijke mate bepaald wordt door het referentiekader van mensen ten aanzien van deze kenmerken, hetgeen in feite hetzelfde is als de status quo (bias) die al eerder ter sprake is gekomen (Boonen, 2009). Hiermee wordt bedoeld dat mensen gewend zijn aan een bepaald niveau van de relevante kenmerken, bijvoorbeeld aan een bepaald niveau van kwaliteit van de geleverde service, en hierop hun eisen baseren ten aanzien van nieuwe alternatieven.

Het referentiekader waar mensen gebruik van maken bij het maken van een keuze, in dit geval de keuze van een verloskundigenpraktijk, bestaat echter uit veel meer dan alleen ervaringen met betrekking tot die specifieke keuze. Veel cliënten hebben immers nog geen ervaring met een verloskundigenpraktijk. Ook Slovic geeft aan hoe onder wetenschappers die besluitvormingsprocessen bestuderen het maken van keuzes steeds meer als een complex informatieverwerkingsproces wordt beschouwd, waarbij 'perceptie, cognitie en leren' (Slovic, 2000, p. 491), ofwel referentiekaders van mensen, een belangrijke rol spelen. In de referentiekaders van mensen spelen verschillende aspecten een rol, zoals attitudes, (stereotype) verwachtingen, sociale beïnvloeding en emoties. Een attitude is de houding die mensen hebben ten aanzien van een bepaald onderwerp, persoon of object. Een negatieve attitude wordt ook wel een vooroordeel of stereotype genoemd. Ze kunnen bovendien expliciet (bewust) of impliciet (onbewust) van aard zijn (Verkuyten, 2008). Persoonlijke kenmerken als persoonlijkheid, leeftijd en opleidingsniveau beïnvloeden het referentiekader indirect, omdat deze effect hebben op de ervaringen en kennis die mensen opdoen.

In het geval van verloskundige zorg kan men zich voorstellen dat vrouwen hier in meerdere of mindere mate ideeën over hebben, zonder dat zij ooit zelf bij een verloskundige zijn geweest. Deze attitudes en verwachtingen kunnen op allerlei wijzen tot stand gekomen zijn; bijvoorbeeld onder invloed van ervaringen van andere vrouwen of de media en zullen invloed hebben op de voorkeuren die vrouwen hebben. Slovic beschrijft ook hoe voorkeuren geconstrueerd worden onder invloed van de context waarin en de wijze waarop keuzes worden aangeboden. Ze zijn niet simpelweg aanwezig in de hoofden van mensen, maar kunnen veranderen al naar

gelang de context, hetgeen indruist tegen de rationele keuzetheorie. Hoe mensen een bepaalde keuzesituatie percipiëren is echter ook weer afhankelijk van hun referentiekader (Slovic, 2000).

Tot slot moet nog worden opgemerkt dat cliënten bij het kiezen van een verloskundigenpraktijk niet over alle informatie kunnen beschikken die van belang zou kunnen zijn. In de inleiding is immers al opgemerkt dat de transparantie ten aanzien van kwaliteit onvoldoende is. Ook zullen sommige vrouwen meer en gericht op zoek gaan naar informatie en een meer weloverwogen keuze maken dan anderen. Hoeveel en welke kenmerken zij werkelijk meenemen in hun keuze wil ik in dit onderzoek te weten komen.

4.5 Betekenis van de resultaten voor het primaire onderzoek

Wat is nu de betekenis van de uitkomsten van het literatuuronderzoek voor de beantwoording van de hoofdvraag en de daarbij te volgen strategie in het primaire onderzoek?

Uit hoofdstuk 5.2 is gebleken dat marktwerking in de zorg een complex begrip is waar veel verschillende (kwantitatieve en kwalitatieve) aspecten deel van uitmaken. Bovendien is in hoofdstuk 3 al aan de orde gekomen dat er verschillende vormen van vraagsturing zijn en dat 'vraaggericht werken' slechts één van deze vormen is. Daarnaast richt ik mij ook nog op een specifiek aspect van dat vraaggerichte werken, te weten de 'marketingkant'. Bij het verkrijgen van data, hetgeen vermoedelijk met behulp van zowel interviews als enquêtes zal plaatsvinden, is het belangrijk mij dit te realiseren en goed duidelijk te maken wat ik met 'marktwerking' en 'vraaggericht werken' bedoel. Als ik dit nalaat kan ik namelijk antwoorden krijgen die gebaseerd zijn op verschillende ideeën met betrekking tot deze concepten, die misschien niet altijd aansluiten bij de definiëring die ik er in dit onderzoek aan heb gegeven. De validiteit van de resultaten kan hierdoor in gevaar komen.

Het literatuuronderzoek heeft mij ideeën gegeven voor motieven die ik in ieder geval in de enquêtes wil opnemen. Gezien de overeenkomsten en verschillen tussen huisartszorg en verloskundige zorg (zie de inleiding en paragraaf 5.4.1) zijn een groot deel van de kenmerken die Boonen heeft opgenomen in haar onderzoek ook geschikt om in mijn enquêtes om te vormen tot mogelijke motieven. Ook zou er vanwege de status quo bias een verschil kunnen zijn in motieven tussen cliënten die voor de eerste maal zwanger zijn en cliënten die dat al eerder zijn geweest. Het aantal

zwangerschappen dat vrouwen hebben doorgemaakt is dus een belangrijke achtergrondvariabele om in de enquête op te nemen. Verder geldt dat, hoewel het waardevol is dat het literatuuronderzoek mij gevoelig heeft gemaakt voor te verwachten motieven, het belangrijk is een open vizier te houden en ook bedacht te zijn op geheel andersoortige motieven of zelfs de afwezigheid van motieven. Ik vraag mij immers af of cliënten van verloskundigenpraktijken wel zo kwaliteitsbewust zijn! Gerelateerd hieraan is het van belang mij te realiseren dat het maken van (complexe) keuzen een ingewikkeld proces is, waarbij ‘vage’ en moeilijk te articuleren factoren als emoties een rol kunnen spelen. Met dergelijke zaken zou ik rekening kunnen houden door in de enquête voor cliënten bij de vra(a)g(en) naar motieven ook opties als ‘dit was de eerste praktijk die ik tegenkwam’ of ‘deze praktijk gaf mij een goed gevoel omdat...’ op te nemen. Uiteraard moeten de uitkomsten wel analyseerbaar blijven. Naast het aantal zwangerschappen zijn ook andere achtergrondkenmerken zoals leeftijd en opleidingsniveau relevant omdat deze een rol spelen binnen het referentiekader van mensen en aldus de voorkeuren/motieven van vrouwen zouden kunnen beïnvloeden.

5) Dataverzameling

5.1 De onderzoekspopulaties, onderzoeksstrategie en wijze van dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden heb ik gegevens van zowel verloskundigen als cliënten van verloskundigenpraktijken verzameld. Hierbij heb ik mij gericht op (zelfstandige) eerstelijnspraktijken. Dit omdat de vraaggerichtheid zoals ik die heb gedefinieerd met name daar een rol speelt. Vrouwen die verloskundige zorg nodig hebben beginnen het zorgtraject meestal bij een eerstelijnspraktijk. De eerstelijnsverloskundige is als zelfstandige professional ook ondernemer en heeft, in tegenstelling tot verloskundigen die in ziekenhuizen werkzaam zijn, ook te maken met marketingaspecten van haar beroep. Bij het bepalen van steekproeven voor dit onderzoek heb ik mij voornamelijk laten leiden door praktische overwegingen. Hierop zal ik later verder ingaan.

Als onderzoeksstrategie heb ik gekozen voor een combinatie van een kwalitatief vooronderzoek en een kwantitatief hoofdonderzoek, omdat er, voor zover bekend, niet eerder onderzoek is verricht naar het onderwerp van mijn vraagstelling.

Ten eerste heb ik vijf interviews afgenomen bij verloskundigen van Utrechtse praktijken om mij een goed beeld te vormen van mogelijke keuzemotieven (van cliënten) en profileringsstrategieën van verloskundigen. Aangezien ik er al snel achter kwam dat de vragen die ik wilde stellen tamelijk specifiek waren, heb ik mijn topiclijst bewerkt tot een schriftelijke vragenlijst en een aantal praktijken via e-mail benaderd. De semigestructureerde interviews en reacties op de schriftelijke vragen heb ik met behulp van het programma MAXQDA bewerkt tot een codeboom. Vervolgens heb ik voor het hoofdonderzoek twee verschillende typen enquêtes geconstrueerd: een versie voor verloskundigen en een versie voor cliënten. Hierbij heb ik de codeboom, evenals gegevens uit de literatuurstudie, gebruikt om de enquêtevragen te maken. Ik heb gekozen voor enquêtering omdat dit een goede dataverzamelmethode is om informatie te verkrijgen over motieven, attitudes en gedragingen van een grotere groep mensen.

Behalve verloskundigen die momenteel praktiserend zijn in een eerstelijnspraktijk, was ik voornemens om ook een aantal personen te spreken die niet (meer) als verloskundige werken, maar vanuit een positie als docent of onderzoeker iets over marktwerking in de verloskundige zorg kunnen zeggen. Hiervoor heb ik contact opgenomen met twee docenten van de Verloskunde Academie Groningen (VAG) die ik nog ken uit de periode dat ik zelf aan de VAG studeerde. Met één van hen heb ik uiteindelijk kunnen spreken. Ook wilde ik in contact komen met iemand van de KNOV om meer te weten te komen over het standpunt van deze organisatie betreffende marktwerking. Dit zou meer inzicht kunnen geven in hoe verloskundigen als collectief tegen de toepassing van marktprincipes in hun vakgebied aankijken. Helaas was de KNOV van mening dat zij mij geen nuttige informatie te bieden hadden en was er niemand beschikbaar voor een gesprek.

Het benaderen van cliënten via de adressenbestanden van verloskundigenpraktijken was vanwege privacyaspecten helaas niet mogelijk. Om hen toch te bereiken heb ik drie strategieën toegepast, waarvan er uiteindelijk twee succesvol bleken. Ten eerste heb ik getracht respondenten te werven op de negenmaandenbeurs (een evenement voor zwangeren en jonge ouders) die van 17 tot en met 21 februari 2010 in de RAI Amsterdam is gehouden. Helaas bleek het zodanig druk op de toegangsweg tot de RAI, mede door het tegelijkertijd plaatsvinden van de huishoudbeurs, dat het aanspreken van mensen vrijwel onmogelijk was.

Meer succesvol was het enquêteren bij praktijken. De vijf verloskundigen die ik heb geïnterviewd heb ik gevraagd of ik bij hun praktijk respondenten mocht werven en zij gaven hier allen toestemming voor. In overleg met de praktijken is besloten hoe het enquêteren precies zou plaatsvinden. Ik heb onder andere gebruik gemaakt van het persoonlijk uitdelen van enquêtes, het laten aanbieden door verloskundigen of praktijkassistentes en het plaatsen van enquêtes in wachtkamers, met verschillende responspercentages (zie paragraaf 6.1). Ik heb cliënten niet de mogelijkheid geboden om de enquête per post te verzenden, omdat ik in dat geval gefrankeerde enveloppen ter beschikking had moeten stellen en dit een te kostbare aangelegenheid zou zijn geworden. Bovendien was mijn verwachting dat het direct laten invullen van een enquête bij de praktijk een hogere respons op zou leveren.

Een derde methode die ik heb toegepast om cliënten te benaderen is via websites voor zwangeren en moeders met een jonge baby. Na overleg via e-mail met de beheerders van de sites, heb ik een oproep geplaatst op www.babybytes.nl, www.zwanger.jongegezinnen.nl en www.zwangerzonderzorgen.nl. Alleen de website [babybytes.nl](http://www.babybytes.nl) leverde een goede respons op. Omdat ook veel jonge moeders reageerden, besloot ik dat vrouwen die maximaal zes maanden geleden zijn bevallen de enquête ook in mochten vullen. Bij de Utrechtse praktijken trof ik ook vrouwen die voor de nacontrole zes weken na de bevalling kwamen. Aangezien het mij gaat om de *initiële* keuze voor een praktijk, leek mij dit geen probleem.

Om praktijken te selecteren voor de verloskundigenenquête heb ik gebruik gemaakt van de zoekfunctie voor verloskundigenpraktijken op de website van de KNOV. Ik wilde een respons van minimaal vijftig behalen en heb hiervoor in eerste instantie ongeveer tachtig praktijken benaderd. Mijn cliënten zijn hoofdzakelijk afkomstig uit Utrecht-stad, maar hier zijn uiteraard geen tachtig praktijken gevestigd. Om de verloskundigenpopulatie qua (aard van de) woon/vestigingsplaats toch zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de cliëntenpopulatie heb ik ervoor gekozen zowel praktijken in meer landelijk Utrecht als praktijken uit een andere grote stad te benaderen. Hierbij heb ik gekozen voor Amsterdam. De zoekmachine van de KNOV biedt de mogelijkheid een lijst te genereren van praktijken binnen een bepaalde straal rondom een plaats naar keuze. Om voldoende praktijken te kunnen benaderen heb ik vrijwel alle praktijken in een straal van 30 kilometer rondom Utrecht en 5 kilometer rondom Amsterdam in het onderzoek betrokken. Het was niet nodig hieruit een steekproef te trekken. Omdat ik de meeste praktijken in Utrecht al had benaderd voor

een interview heb ik hen aanvankelijk niet gevraagd om ook de enquête in te vullen. In een later stadium heb ik dit alsnog gedaan. Ik heb de enquête digitaal laten invullen en per email laten retourneren. Dit leek mij zowel voor de verloskundigen als voor mijzelf het meest praktisch en bovendien is het gratis. Eén praktijk gaf er toch de voorkeur aan de enquête per post te ontvangen en drie praktijken hebben deze per post geretourneerd. De praktijken die een emailadres vermelden op hun website (ongeveer de helft) heb ik de enquête direct toegestuurd, de praktijken waarvoor dit niet gold heb ik eerst gebeld. Het bleek nodig herinneringsmails te sturen en terug te bellen (zie hiervoor paragraaf 6.1).

Een vraag waar ik tot slot nog op in wil gaan, is of mijn respondenten aan de verloskundigenzijde nu individuele verloskundigen zijn of praktijken. In de verloskundigenenquête is een deel van de vragen gericht op de individuele respondent en een deel op de praktijk waar hij/zij werkt als geheel. Omdat ik de enquête door individuele verloskundigen heb laten invullen (en ik niet de instructie heb gegeven deze in te vullen in een overlegsituatie) zal ik de individuele verloskundigen als mijn respondenten beschouwen. Zij zijn als het ware informanten over hun praktijk.

5.2 Beschrijving van de analysestrategie

Zoals reeds vermeld heb ik de interviews en antwoorden op schriftelijke vragen waarmee ik het onderzoek ben gestart geanalyseerd met MAXQDA. Omdat dit kwalitatieve vooronderzoek slechts diende om goede onderzoeksinstrumenten te maken voor het hoofdonderzoek (de codeboom en topiclijsten vindt u in de bijlage) en contacten te leggen in het veld, zal ik mij hier verder beperken tot de analysestrategie voor het hoofdonderzoek.

Zowel in de verloskundigenenquête als in de cliëntenenquête zijn de meeste variabelen nominaal. Sommige variabelen zijn dichotoom, anderen hebben juist veel waarden. Het lage meetniveau betekent dat de analyses voornamelijk beschrijvend van aard zijn en dat toepassing van gespecialiseerde statistische technieken uitgesloten is. Ik ben dan ook begonnen met een beschrijving van de samenstelling van de steekproeven op een aantal belangrijke variabelen. Waar mogelijk heb ik de gegevens vergeleken met landelijke of Utrechtse data (van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)).

Vervolgens was het voor de beantwoording van mijn onderzoeksvragen vooral van belang hoe verschillende nominale/categoriale variabelen met elkaar samenhangen. Hiertoe heb ik gebruik gemaakt van gepercenteerde kruistabellen. Met behulp van chikwadraattoetsen heb ik vastgesteld of er sprake was een samenhang tussen X en Y en de sterkte van het verband heb ik uitgedrukt in Cramés V. Om de analyse niet te uitgebreid te laten worden heb ik mij beperkt tot de relatie tussen het *belangrijkste keuzemotief* van cliënten en verschillende variabelen. Hierbij was het mogelijk om het aantal categorieën terug te brengen van 16 tot 9 en ook het simplificeren van een aantal andere variabelen was wenselijk. Door het creëren van enkele dichotome variabelen werd het toch mogelijk enkele t-toetsen uit te voeren in combinatie met de variabele leeftijd.

5.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Met behulp van een enquête is het mogelijk om een grotere groep mensen te onderzoeken en zo een bepaalde mate van externe validiteit (generaliseerbaarheid) te creëren. Een nadeel van enquêtes is dat de onderwerpen die aan de orde komen en de antwoordmogelijkheden vast liggen. Hierdoor ontstaat het risico dat relevante aspecten van het onderwerp buiten beschouwing blijven. Dit kan met name het geval zijn wanneer een enquête wordt toegepast bij een fenomeen waarover nog niet veel bekend is, zoals het thema waar dit onderzoek zich op richt. De interne validiteit kan dan in gevaar komen. Het kwalitatieve deel van het onderzoek is dan ook bedoeld om de validiteit te verhogen. Door met verloskundigen te praten over hun ideeën over de keuzemotieven van cliënten heb ik ideeën opgedaan over het soort motieven dat in de enquêtes moest worden opgenomen. Ik heb ervoor gekozen om niet in gesprek te gaan met cliënten omdat het kwalitatieve deel dan te omvangrijk zou worden voor de tijd en mankracht die voor dit onderzoek beschikbaar waren. Omdat ik een grotere groep personen wilde onderzoeken ligt het zwaartepunt van het onderzoek bij het kwantitatieve deel. Door een goede voorbereiding en ontwerp van de (topiclijst voor de) interviews en de enquêtes heb ik getracht problemen met de betrouwbaarheid en validiteit van beiden zoveel mogelijk te voorkomen. Een enquête dient goed geconstrueerd te zijn met duidelijke, ondubbelzinnige vragen en een overzichtelijke lay-out en routing, om het (systematisch) verkeerd interpreteren van vragen en invulfouten te voorkomen. Pretesting van enquêtes is wenselijk, omdat soms moeilijk is in te schatten hoe respondenten bepaalde vragen interpreteren. Helaas was hiervoor

bij dit onderzoek geen tijd, waardoor bij het invoeren van de gegevens toch enkele tekortkomingen in de vragenlijsten aan het licht zijn gekomen. Op deze tekortkomingen en de wijze waarop ik daarmee ben omgegaan zal nader worden ingegaan in de discussie.

Waar het het gebruik van (gepercenteerde) kruistabellen betreft, is het met name belangrijk om het aantal respondenten in de verschillende cellen in het oog te houden. Wanneer deze aantallen klein zijn, zijn al dan niet aanwezige verbanden gestoeld op weinig informatie en is de externe validiteit gering. Waar mogelijk heb ik dit voorkomen door variabelen te hercoderen tot een variant met minder waarden. Soms was echter toch niet te voorkomen dat het aantal respondenten kleiner was dan gewenst. Bij het interpreteren van de chikwaadraattoets is het van belang te controleren of de kruistabel voldoet aan de regel van Cochran: maximaal een vijfde van de verwachte celaantallen mag kleiner zijn dan 5 en het kleinste celaantal dient groter te zijn dan 1. Indien de uitslag van de chikwadraattoets dicht bij de significantiewaarde van 5% ligt, maar de tabel niet aan deze regel voldoet is de uitslag niet erg betrouwbaar. Bij sterk significante of juist niet significante toetsresultaten is de regel van Cochran minder belangrijk.

5.4 Ethische kwesties

Gezien de aard van het te onderzoeken onderwerp was mijn inschatting dat de vragen die ik wilde stellen door de meeste vrouwen niet als gevoelig zouden worden ervaren. Het kiezen van een verloskundigenpraktijk en de motieven die daarbij een rol spelen betreffen geen taboeonderwerp. Deze inschatting bleek juist. Het was mogelijk geweest dat sommige respondenten toch moeite gehad zouden hebben met het onderwerp van mijn onderzoek, bijvoorbeeld door negatieve ervaringen met een bepaalde praktijk tijdens een eerdere zwangerschap. Dergelijke situaties heb ik echter niet meegemaakt. Naar de cliënten toe was het met name van belang te benadrukken dat eventueel negatief commentaar op de praktijk waar zij op het moment van onderzoek onder controle zijn niet bij die praktijk terecht kan komen. Bij het invoeren van de gegevens in SPSS hebben alle respondenten uiteraard een nummer gekregen en in dit verslag is geen informatie te vinden die te herleiden is tot individuele personen of praktijken.

6) Resultaten van de analyse

6.1 Responspercentages

Van de 85 praktijken die zijn benaderd voor de verloskundigenenquête hebben 49 (57.6%) de enquête ingevuld. Voor drie praktijken waar ik alleen interviewgegevens van had heb ik de enquête zelf ingevuld, waardoor het totaal aantal respondenten op 52 komt. Om het genoemde responspercentage te verkrijgen was het noodzakelijk herinneringsmails te versturen. Vervolgens heb ik alle praktijken die ook op deze tweede mail niet reageerden (nogmaals) gebeld. De werkelijke respons bleef helaas achter bij het aantal praktijken dat aanvankelijk aangaf bereid te zijn de enquête in te vullen.

Bij de vijf Utrechtse praktijken A tot en met E heb ik achtereenvolgens de volgende aantallen cliëntenenquêtes uitgezet: A) 44 (waarvan 24 persoonlijk aangeboden), B) 55, C) 25 (alle persoonlijk aangeboden), D) 50, E) 40. De responspercentages waren achtereenvolgens: 59%, 90.9%, 100%, 82% en 32.5%. Daarnaast hebben nog 27 vrouwen gereageerd via de website babybytes.nl en één respondent via zwangerzonderzorgen.nl. Het totaal aantal cliëntrespondenten is 184. Dat de responspercentages per praktijk wisselen, komt met name omdat het persoonlijk enquêteren bij de praktijken A en C een 100% respons opleverde en het in de wachtkamer plaatsen of op een andere manier aanbieden van de enquête bij de ene praktijk goed werkte en bij de andere niet.

6.2 Samenstelling van de steekproeven

• De verloskundigen:

In de steekproef bevinden zich 44 groepspraktijken (drie of meer verloskundigen) (84.6%), 3 duopraktijken (5.8%) en 5 solopraktijken (9.6%). Landelijk werkt 81% van alle eerstelijnsverloskundigen in een groepspraktijk, 14% in een duopraktijk en 5% in een solopraktijk. Van de 503 praktijken is 62% een groeps-, 16% een solo- en 22% een duopraktijk (Hingstman en Kenens, 2009). Omdat ik de enquête door individuele verloskundigen heb laten invullen, vergelijk ik mijn steekproef ook met de cijfers voor individuele verloskundigen. De respondenten in mijn steekproef werken bij praktijken in de provincies Utrecht (40.4%, waaronder zes praktijken uit Utrechtstad), Noord-Holland (hoofdzakelijk in Amsterdam, 40.4%), Gelderland (9.6%),

Zuid-Holland (5.8%) en Flevoland (Almere, 3.8%). In Utrecht is de verdeling van verloskundigen over groeps-, duo- en solopraktijken respectievelijk 91.7%, 4.5% en 3.8%. Voor Noord-Holland gelden de volgende percentages: 82.6%, 11.1% en 6.3% (Hingstman en Kenens, 2009). Mijn steekproef komt dus redelijk overeen met het landelijke beeld, voornamelijk waar het het aandeel groepspraktijken betreft. De solopraktijken zijn echter oververtegenwoordigd en de duopraktijken ondervertegenwoordigd. Omdat de verdeling over de praktijktypen per regio kan verschillen en de steekproef een mix bevat van praktijken uit meerdere provincies zal ik in de analyse geen weging van de data toepassen.

Om de kans te verhogen dat de enquêtes zouden worden ingevuld door verloskundigen die ook actief betrokken zijn bij het beleid van hun praktijk, heb ik waarne(e)m(st)ers uitgesloten als respondenten. Van de 52 respondenten zijn er 48 zelfstandige maat (92.3%) en werken er 4 in loondienst. Van de 1585 verloskundigen die in 2008 werkzaam waren in één van de twee genoemde typen dienstverbanden (68.5% van het totaal), was 85.1% zelfstandige maat en 14.9% in loondienst. Het aantal verloskundigen in loondienst is dus ondervertegenwoordigd in de steekproef. Slechts één respondent (1.9%) was man en dit komt bijna precies overeen met het landelijke percentage van 2% mannelijke verloskundigen (Hingstman en Kenens, 2009).

De jongste respondent is 24, de oudste 63 jaar en de gemiddelde leeftijd is 35 jaar ($n = 49$, $M = 35.3$, $SD = 9.8$). Maar liefst 34.7% van de respondenten is tussen de 25 en 29 jaar oud en 26.5% tussen de 30 en 34 jaar. We zien dan ook dat de standaarddeviatie met bijna tien jaar behoorlijk groot is. Landelijk is het aandeel verloskundigen in deze leeftijdscategorieën 21.4% en 19.6%. Deze percentages hebben betrekking op verloskundigen in alle typen dienstverbanden (ook op klinisch werkende verloskundigen), maar de cijfers voor zelfstandigen, die veruit het grootste deel van de steekproef uitmaken, wijken niet veel af. Onder verloskundigen die in loondienst werken is het aandeel dat jonger is dan 35 jaar veel hoger, maar van de 4 respondenten uit de steekproef die in loondienst werken valt maar één persoon in deze leeftijdscategorie (Hingstman en Kenens, 2009). Dit betekent dat jonge verloskundigen zijn oververtegenwoordigd in de steekproef. Het is mogelijk dat leeftijd samenhangt met de visie van verloskundigen op vraaggericht werken en het keuzegedrag van hun cliënten. Jongere verloskundigen hebben mogelijk meer kennis op het gebied van vraaggericht werken en schatten het belang ervan hoger in, omdat

hier in de opleiding tegenwoordig meer aandacht voor is. Oudere verloskundigen zouden echter door hun ervaring weer veel kennis kunnen hebben van wat cliënten belangrijk vinden.

Tabel 1. *Leeftijd van de verloskundigen*

	Frequentie	Percentage
Jonger dan 25 jaar	1	2.0
25 -29 jaar	17	34.7
30-34 jaar	13	26.5
35-39 jaar	4	8.2
40-44 jaar	3	6.1
45-49 jaar	5	10.2
50-54 jaar	1	8.2
55-59 jaar	1	2.0
60 jaar en ouder	1	2.0
Totaal	49	100.0

Van de respondenten werkt 28.8% korter dan 5 jaar bij de huidige praktijk en 42.3% tussen de 5 en 9 jaar. Gezien het grote aantal jonge verloskundigen is dit voor de hand liggend.

In de steekproef komen 22 (42.3%) praktijken voor met een overwegend autochtone (minimaal zeventig procent van de cliënten) en hoogopgeleide populatie. 7 (13.5%) praktijken gaven aan dat hun cliëntenpopulatie overwegend autochtoon en gemengd opgeleid is, 20 (38.5%) noemden hun populatie gemengd en 3 (5.8%) praktijken hebben een overwegend allochtone en laagopgeleide populatie. De antwoordcategorieën bij de vraag over de samenstelling van de cliëntenpopulatie behoeven enige uitleg. In de enquête heb ik de keuze gegeven tussen ‘overwegend autochtoon en hoogopgeleid’, ‘overwegend autochtoon en laagopgeleid’, ‘overwegend allochtoon en hoogopgeleid’, ‘overwegend allochtoon en laagopgeleid’, ‘gemengd’ en ‘anders’. Een aantal praktijken hebben bij de optie anders aangegeven dat hun cliëntenpopulatie ‘overwegend autochtoon en gemengd opgeleid’ was en daarom heb ik dit antwoord als extra categorie aan mijn databestand toegevoegd. Het is echter mogelijk dat dit antwoord ook van toepassing is op een aantal praktijken die voor het antwoord ‘gemengd’ hebben gekozen.

• De cliënten:

De leeftijd van de cliënten is bij benadering normaal verdeeld ($n = 183$, $M = 31.3$, $SD = 9.8$). Dit komt (bijna) precies overeen met de gemiddelde leeftijd van zwangere

vrouwen in Nederland (31,4 jaar) (Wieger e.a., 2005). We zien dat veruit de meeste cliënten (44.8%) in de categorie 30 tot en met 34 jaar vallen. 23.5% is tussen de 25 en 29 jaar oud en 21,9% tussen de 35 en 39 jaar oud. Van één cliënt is de leeftijd onbekend. Onder de allochtone vrouwen en de niet-Utrechtenaren ligt de gemiddelde leeftijd overigens lager, respectievelijk 29.2 ($n = 40$, $SD = 5.2$) en 28.3 jaar ($n = 27$, $SD = 3,6$). Onafhankelijke t-toetsen laten zien dat het verschil voor etniciteit significant is ($t(181) = 3.00$, $p < 0.001$) en dat voor woonplaats eveneens ($t(181) = 4.15$, $p < 0.001$). Uiteraard dienen de cijfers met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, gezien de beperkte omvang van met name de groep niet-Utrechtse vrouwen. Dat de leeftijd van Utrechtse zwangeren hoger is, hangt vermoedelijk samen met het hogere opleidingsniveau in deze provincie (Traag, 2003). Hoger opgeleide vrouwen krijgen gemiddeld later kinderen (Van Agtmaal en Van Huis, 2008).

Tabel 2. *Leeftijd van de cliënten*

	Frequentie	Percentage
Jonger dan 25 jaar	15	8.2
25-29 jaar	43	23.5
30-34 jaar	82	44.8
35-39 jaar	40	21.9
40 jaar en ouder	3	1.6
Totaal	183	100.0

Maar liefst 71.7% van de respondenten in de steekproef is hoogopgeleid (HBO/universitair). Van de vrouwen tussen de 15 en 45 jaar die geen onderwijs meer volgen was in 2007 landelijk 30.0% hoger opgeleid (CBS, z.j.). Naarmate vrouwen jonger zijn is het opleidingsniveau hoger. Van de vrouwen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar, waar de meeste van mijn respondenten zich in bevinden, heeft 36% een studie in het hoger onderwijs afgerond (Latten en Van Dijk, 2007). Voor de provincie Utrecht liggen de cijfers eveneens hoger, omdat hier het aandeel hogeropgeleiden het hoogst is van heel Nederland (42% van de 25 tot 44-jarigen) (Traag, 2003). Dit alles neemt niet weg, dat de hogeropgeleiden sterk zijn oververtegenwoordigd in de steekproef. Gedeeltelijk wordt dit veroorzaakt door het feit dat de Utrechtse praktijken die deelnamen aan de cliëntenquêteering op één na een overwegend autochtone, hoogopgeleide cliëntenpopulatie hebben. Daarnaast speelt ook selectieve non-respons een rol. Van de niet uit de stad Utrecht afkomstige respondenten was 48.1% HBO- of universitair opgeleid en had 44.4% een MBO-opleiding gevolgd.

De hoogopgeleide vrouwen hebben eveneens een hogere gemiddelde leeftijd ($n = 131$, $M = 32.2$, $SD = 3.77$). Aangezien maar liefst 71.7% van de steekproef HBO- of universitair opgeleid is, 17.9% een MBO-opleiding heeft en de aantallen respondenten in de overige categorieën erg klein zijn, heb ik het aantal waarden teruggebracht tot twee: hoogopgeleid en niet-hoogopgeleid. In de steekproef is duidelijk sprake van een samenhang tussen leeftijd en opleidingsniveau. De gemiddelde leeftijd van de hoogopgeleide respondenten ligt hoger dan die van de lageropgeleiden ($n = 50$, $M = 29.1$, $SD = 4.86$) en dit verschil is significant ($t(179) = 4.0$, $p < 0.001$). Dit is een belangrijke samenhang, omdat een eventuele relatie tussen de leeftijd en keuzemotieven van vrouwen ook het gevolg zou kunnen zijn van een hoger opleidingsniveau onder de oudere respondenten.

Tabel 3. *Leeftijd van de cliënten naar opleidingsniveau (percentueel)*

	Hoogopgeleid (HBO/universitair)	Niet-hoogopgeleid
Jonger dan 25 jaar	3.0	22.0
25-29 jaar	20.5	30.0
30-34 jaar	48.5	34.0
35 jaar en ouder	28.0	14.0
Totaal	100.0 (= 132)	100.0 (= 50)

In de steekproef heeft 21.7% ($n = 182$) van de respondenten minimaal één in het buitenland geboren ouder en valt dus onder de definitie van allochtoon van het CBS. 13% is zelf niet in Nederland geboren. De voorlopige cijfers voor 2010 laten zien dat van de bijna 8,4 miljoen vrouwen in Nederland 19.8% van allochtone herkomst is (westerse en niet-westerse allochtonen) (CBS, 2010). Van de totale bevolking van de gemeente Utrecht is maar liefst 31.8% allochtoon (CBS, 2009). Ook in de steekproef zien we dat onder de respondenten uit de stad Utrecht het aandeel allochtonen hoger is dan onder de niet-Utrechtenaren (23.6 tegen 11.1%).

Ik heb ook gevraagd of vrouwen al vaker cliënt zijn geweest bij hun huidige praktijk en of zij ooit onder controle zijn geweest bij een andere praktijk. Vrouwen die voor het eerst cliënt zijn bij de huidige praktijk en nooit, of alleen tijdens de huidige zwangerschap onder controle zijn geweest bij een andere praktijk, zijn voor het eerst zwanger. De steekproef bevat 43.7% van deze zogenaamde primigravida.

35.3% van de respondenten is één keer of vaker onder controle geweest bij de huidige praktijk, maar nooit bij een andere praktijk. 20.7% van de vrouwen is tijdens een eerdere zwangerschap cliënt geweest bij een andere verloskundigenpraktijk en slechts 3.3% van de vrouwen stapte tijdens de huidige zwangerschap nog over. Deze informatie is belangrijk in verband met de mogelijke invloed van de ‘status quo bias’, zoals ik die in de literatuurstudie heb beschreven. Meer dan 56.3% van de vrouwen in de steekproef is eerder zwanger geweest en de verwachting is dat zij vaak hebben aangekruist voor hun huidige praktijk te hebben gekozen omdat zij hier al eerder cliënt waren en dit goed is bevallen.

6.3 Analyses bij deelvraag 1 en 2: de keuzemotieven van cliënten en hun behoefte aan informatie over kwaliteit

Als we kijken naar wat volgens de respondenten de belangrijkste reden was om te kiezen voor de praktijk waar zij onder controle zijn ($n = 179$), dan valt meteen op dat maar liefst een derde aangeeft dat de afstand tot het woonadres doorslaggevend was. 20.7% koos voor de praktijk omdat zij hier al eerder cliënt zijn geweest en 10.6% koos de praktijk die de huisarts noemde/aanraadde. Opvallend genoeg scoort ‘dit was de eerste praktijk die ik tegenkwam’ laag (3.9%) en spelen inhoudelijke argumenten als ‘het aantal verloskundigen dat je ziet is klein’ (6.1%) en ‘de visie van de praktijk op zwangerschap en geboorte spreken mij aan’ (4.5%) een bescheiden rol als eerste argument. 7.8% gaf aan een andere reden te hebben dan de opties die ik in de enquête heb geboden.

Ook als tweede/volgend motief ($n = 180$) wordt ‘deze praktijk is het dichtst bij mijn woonadres’ door maar liefst een derde van de respondenten gekozen. 15% heeft geen extra redenen en andere motieven als ‘dit is de eerste praktijk die ik tegenkwam’ (10%) of ‘de praktijk is mij aangeraden door iemand uit mijn omgeving’ (8.3%) scoren bescheiden. 97 van de 180 respondenten die een geldig antwoord invulden bij vraag 5 (53.3%) hebben geen derde en 136 (75.5%) geen vierde motief gekozen. Bij hen die dat wel deden, zijn voornamelijk ‘het aantal verloskundigen dat je ziet is klein’ (18.1% van 80 respondenten die een tweede motief aankruisten) en ‘de praktijk geeft veel persoonlijke aandacht’ (16.1%) populair. Ook ‘de praktijk is mij aangeraden door iemand uit mijn omgeving’ en de praktijk is mij aangeraden door mijn huisarts’ (beiden 13.3%) worden regelmatig genoemd door deze groep. Als

derde motief wordt 'de visie van de praktijk op zwangerschap en geboorte spreken mij aan' het meest genoemd ($n = 44$, 22.7%).

Ook uit cijfers over het totaal aantal keren dat een motief gekozen is (als belangrijkste of volgend motief) blijkt dat naast de afstand van de praktijk tot het woonadres (68.3%) voornamelijk het advies van bekenden (23.3%) en van de huisarts (21.6%), de hoeveelheid persoonlijke aandacht (22.9%) en de grootte van de praktijk (20.7%) veel genoemde motieven zijn. Het motief dat men al eerder cliënt is geweest werd door 31.6% van de respondenten aangekruist.

We zien dus dat vrouwen voornamelijk kiezen op basis van praktische motieven en dat inhoudelijke argumenten die te maken hebben met de kwaliteit van zorg pas in tweede instantie een rol spelen. Als we alleen kijken naar de groep die voor het eerst zwanger is, dan zien we dat 43.6% van hen als belangrijkste argument opgeeft dat de praktijk het dichtst bij hun woonadres is, 22.5% geen extra redenen heeft en dat respectievelijk 63.3 en 82.3% geen derde of vierde motief aankruist. Door de primigravida die wel een tweede motief aankruisten ($n = 29$) zijn 'de praktijk houdt ook spreekuur in de avonduren' ($n = 7$) 'de praktijk is mij aangeraden door iemand uit mijn omgeving' ($n = 6$), en 'het aantal verloskundigen dat je ziet is klein' ($n = 5$) het meest gekozen. Het lijkt er op dat primigravida nog minder vaak zorginhoudelijke argumenten aangeven als keuzemotief, aangezien zij naast het belangrijkste, vaak praktische motief nog vaker dan de groep als geheel geen extra motieven zeggen te hebben. Op de (mogelijke) betekenis hiervan zal nader worden ingegaan in de conclusie.

Tot slot zal ik hier ook nog kort ingaan op de bereidheid van vrouwen om over te stappen naar een andere praktijk. Zoals zojuist vermeldt geeft bijna een derde van alle vrouwen aan dat het feit dat zij al eerder cliënt geweest zijn bij de praktijk een reden is geweest om terug te komen. In totaal is 43.2% van de respondenten al eerder onder controle geweest bij haar huidige praktijk. Van de 24% ($n = 43$) die ooit onder controle was bij een andere praktijk (tijdens deze of een vorige zwangerschap) geeft 62.8% aan dat zij van praktijk zijn gewisseld vanwege een verhuizing. Slechts 5 respondenten (11.5%) stapten over omdat zij niet tevreden waren over de vorige praktijk en 6 respondenten (14%) leek de huidige praktijk simpelweg beter. De bereidheid van vrouwen om bij een tweede of volgende zwangerschap over te stappen naar een andere praktijk is dus klein.

Tabel 4. Redenen voor de praktijkkeuze van vrouwen (gehele steekproef), met de motieven uitgesplitst naar gekozen als 1^e of volgend motief

	1 ^e motief	2 ^e motief	3 ^e motief	4 ^e motief	Totaal
Geen andere reden		15.0			15.0
Eerste praktijk die ik tegen kwam	3.9	8.3			12.2
Praktijk het dichtst bij mijn woonadres	33.0	33.9	3.6		68.3
Praktijk aangeraden door iemand uit mijn omgeving	6.1	10.0	13.3	4.5	23.3
Praktijk aangeraden door mijn huisarts	10.6	3.9		4.5	21.6
Al eerder cliënt geweest	20.7	6.1	8.4	4.5	31.6
Ook spreekuur in de avonduren	.6	3.3	9.6		8.2
Ruime telefonische spreekuren		.6	1.2		1.1
Praktijk maakt zelf echo's	.6	2.8		2.3	7.7
Praktijk geeft veel persoonlijke aandacht	2.8	8.3	16.9	18.2	22.9
Aantal verloskundigen dat je ziet is klein	6.1	2.2	18.1	18.2	20.7
Visie praktijk op zwangerschap/geboorte spreekt aan	4.5	1.1	3.6	22.7	12.6
Bevallen in ziekenhuis naar keuze mogelijk	1.1		1.2	15.9	5.5
Bevallen in specifiek ziekenhuis mogelijk	1.1				1.1
Praktijk biedt specifieke dienst aan	.6	.6		2.3	1.6
Praktijk bevindt zich in gezondheidscentrum	.6	.6			1.1
Anders	7.8	3.3	2.4	6.8	12.6
Totaal	100.0 (= 179)	100.0 (= 180)	100.0 (= 83)	100.0 (= 44)	

Noot 1. In de enquête is respondenten eerst gevraagd om de belangrijkste reden voor hun praktijkkeuze op te geven; daarna mochten zij nog maximaal drie andere redenen noemen. Het 1^e motief is dus het belangrijkste motief.

Noot 2. Voor het 3^e en 4^e motief zijn de percentages opgenomen op basis van de respondenten die een derde en vierde motief hebben gekozen (in plaats van op basis van het totaal aantal respondenten). Alleen voor het 2^e motief staat daarom aangegeven welk aandeel van de groep geen 2^e of volgend motief heeft gekozen.

Noot 3 De kolom 'Totaal' geeft weer hoe vaak een motief in totaal is gekozen.

Tabel 5. Redenen voor de praktijkkeuze van primigravida, met de motieven uitgesplitst naar gekozen als 1^e of volgend motief

	1 ^e motief	2 ^e motief	3 ^e motief	4 ^e motief	Totaal
Geen andere reden		22.8			22.8
Eerste praktijk die ik tegen kwam	3.8	12.7			16.5
Praktijk het dichtst bij mijn woonadres	43.6	29.1	3.4		73.4
Praktijk aangeraden door iemand uit mijn omgeving	9.0	10.1	20.7		26.6
Praktijk aangeraden door mijn huisarts	14.1	2.5	6.9	7.1	20.3
Ook spreekuur in de avonden		2.5	24.1		11.4
Ruime telefonische gesprekken		1.3			1.3
Praktijk maakt zelf echo's		2.5	6.9		5.1
Praktijk geeft veel persoonlijke aandacht	3.8	7.6	6.9	7.1	15.2
Aantal verloskundigen dat je ziet is klein	5.1	3.8	17.9	21.4	19.0
Visie praktijk op zwangerschap/geboorte spreekt aan	3.8	1.3	6.9	21.4	11.4
Bevallen in ziekenhuis naar keuze mogelijk	1.3			21.4	5.1
Bevallen in specifiek ziekenhuis mogelijk	1.1				1.1
Praktijk biedt specifieke dienst aan				7.1	1.1
Anders	14.1	3.8	6.9	14.3	22.8
Totaal	100.0 (= 78)	100.0 (= 79)	100.0 (= 29)	100.0 (= 14)	

Noot 1. In de enquête is respondenten eerst gevraagd om de belangrijkste reden voor hun praktijkkeuze op te geven; daarna mochten zij nog maximaal drie andere redenen noemen. Het 1^e motief is dus het belangrijkste motief.

Noot 2. Voor het 3^e en 4^e motief zijn de percentages opgenomen op basis van de respondenten die een derde en vierde motief hebben gekozen (in plaats van op basis van het totaal aantal respondenten). Alleen voor het 2^e motief staat daarom aangegeven welk aandeel van de groep geen 2^e of volgend motief heeft gekozen.

Noot 3 De kolom 'Totaal' geeft weer hoe vaak een motief in totaal is gekozen.

Bij de analyse van relaties tussen de keuzemotieven van cliënten en andere variabelen als leeftijd en opleidingsniveau, heb ik mij omwille van de omvang beperkt tot het belangrijkste motief. Daarnaast heb ik, om de tabellen niet te groot te laten worden, een aantal keuzecategorieën samengevoegd en tevens het aantal waarden van verschillende andere variabelen verkleind. ‘Het aantal verloskundigen dat je ziet is klein’ en ‘Je krijgt hier veel persoonlijke aandacht’ zijn samengevoegd, omdat deze twee zaken vermoedelijk vaak met elkaar samenhangen. ‘Ik kan bevallen in een ziekenhuis naar keuze’ en ‘ik kan bevallen in een specifiek ziekenhuis’ zijn eveneens samengevoegd, omdat ze inhoudelijk dicht bij elkaar liggen en het goed mogelijk is dat cliënten het onderscheid vaak niet kunnen maken. Een aantal antwoorden die weinig zijn gekozen als belangrijkste motief, zoals ‘de praktijk houdt ook spreekuur in de avonduren’ en ‘de praktijk bevindt zich in een gezondheidscentrum met nog meer zorgverleners’ zijn ondergebracht bij de categorie ‘anders’, waarbij ik een onderscheid maak tussen diverse *zorginhoudelijke* en *niet-zorginhoudelijke* motieven.

Ten eerste heb ik onderzocht of er een verband is tussen het motief dat respondenten aangeven als het meest belangrijk voor hun keuze en hun leeftijd. Om een enigszins betrouwbare chikwadraat te genereren heb ik het aantal leeftijdscategorieën teruggebracht tot drie: tot en met 29 jaar, 30 tot 34 jaar en 35 jaar en ouder. De waarde van Cramér's V duidt een sterk verband aan ($n = 179$, $V = 0.17$), maar dit is bij lange na niet significant ($\chi^2(18) = 11.84$, $p = 0.86$). Bovendien voldoet 70% van de cellen in de kruistabel niet aan de regel van Cochran. Het terugbrengen van de keuzemotieven tot vier hoofdcategorieën, te weten a) niet-zorginhoudelijk, b) gebaseerd op mondelinge informatie (huisarts, bekenden), c) al eerder cliënt geweest en d) zorginhoudelijk, leidt weliswaar tot een chikwadraat die wel aan deze regel voldoet, maar ook dan is het resultaat niet significant: ($\chi^2(6) = 4.85$, $p = 0.56$). Toetsen voor de primi- en multigravida apart geven eveneens geen significante resultaten. Dit betekent dat er, op basis van de data die voor dit onderzoek zijn verzameld, geen aanknopingspunten bestaan om aan te nemen dat er een relatie is tussen de leeftijd van zwangeren en de redenen waarom zij voor een bepaalde verloskundigenpraktijk kiezen.

Tabel 6. *Toetsresultaten voor de relatie tussen 'Belangrijkste keuzemotief' en 'leeftijd'*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Keuzemotief gered. cat. x leeftijd	179	11.84	18	.85
Keuzemotief 4 hoofdc. x leeftijd	179	4.85	6	.56
Keuzemotief gered. cat. x leeftijd P.	77	13.56	16	.63
Keuzemotief 4 hoofdc. x leeftijd P.	77	4.59	4	.34
Keuzemotief gered. cat. x leeftijd M.	101	19.05	18	.39
Keuzemotief 4 hoofdc. x leeftijd M.	101	1.51	6	.96

Noot 1. 'P' staat voor 'primigravida' en M. voor 'multigravida'.

Noot 2. 'Keuzemotief gered. cat.' verwijst naar een variant van de variabele 'Keuzemotief' waarbij het aantal motieven is teruggebracht tot 10. 'Keuzemotief 4 hoofdc.' verwijst naar een variant waarbij alle motieven uit de oorspronkelijke enquêtevraag zijn ondergebracht bij 4 hoofdcategorieën.

Noot 3. De variabele leeftijd bestaat hier uit drie categorieën: tot en met 29 jaar, 30 tot en met 34 jaar en 35 jaar en ouder.

Zoals al eerder vermeld, is er een sterke samenhang tussen leeftijd en opleidingsniveau. Ook tussen het belangrijkste keuzemotief en het opleidingsniveau zijn echter geen significante verbanden te vinden. Dit geldt zowel voor een toets met de keuzevariabele met tien categorieën (die niet aan de regel van Cochran voldoet) als voor een toets met de variabele met slechts vier hoofdcategorieën. Ook tussen de primi- en multigravida is er geen verschil, zoals onderstaande tabel laat zien.

Tabel 7. *Toetsresultaten voor de relatie tussen 'Belangrijkste keuzemotief' en 'opleidingsniveau'*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Keuzemotief gered. cat. x opleidingsniveau	177	5.69	9	.77
Keuzemotief 4 hoofdc. x opleidingsniveau	177	2.52	3	.47
Keuzemotief gered. cat. x opleidingsniveau P.	76	7.11	8	.52
Keuzemotief 4 hoofdc. x opleidingsniveau P.	76	.15	2	.93
Keuzemotief gered. cat. x opleidingsniveau M.	101	10.11	9	.34
Keuzemotief 4 hoofdc. x opleidingsniveau M.	101	4.21	3	.24

Ook het verband tussen het belangrijkste keuzemotief en etniciteit ($n = 179$, $V = 0.17$) is voor beide gereduceerde varianten van de variabele 'belangrijkste keuzemotief' en zowel voor de multi- als primigravida niet significant. Dit geldt tevens voor de woonplaats van de respondenten (Utrecht/anders).

Tabel 8. *Toetsresultaten voor de relatie tussen 'Belangrijkste keuzemotief' en 'eticiteit'*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Keuzemotief gered. cat. x etniciteit	179	7.11	9	.63
Keuzemotief 4 hoofdc. x etniciteit	179	2.02	3	.57
Keuzemotief gered. cat. x etniciteit P.	77	7.74	8	.46
Keuzemotief 4 hoofdc. x etniciteit P.	77	3.30	2	.19
Keuzemotief gered. cat. x etniciteit M.	101	6.80	9	.66
Keuzemotief 4 hoofdc. x etniciteit M.	101	1.17	3	.76

Tabel 9. *Toetsresultaten voor de relatie tussen 'Belangrijkste keuzemotief' en 'woonplaats'*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Keuzemotief gered. cat. x woonplaats	179	7.12	9	.64
Keuzemotief 4 hoofdc. x woonplaats	179	1.19	3	.76
Keuzemotief gered. cat. x woonplaats P.	77	5.16	8	.74
Keuzemotief 4 hoofdc. x woonplaats P.	77	1.86	2	.39
Keuzemotief gered. cat. x woonplaats M.	101	15.12	9	.09
Keuzemotief 4 hoofdc. x woonplaats M.	101	.80	3	.85

Aan de respondenten is ook gevraagd of zij een partner hebben waarmee zij de opvoeding van hun kind gaan delen en of hij/zij betrokken is geweest bij de keuze voor een verloskundigenpraktijk. 65.5% van de respondenten ($n = 180$) was alleenbeslissend (twee van hen hadden geen partner). Zowel voor de groep als geheel ($n = 175$, $V = 0.15$) als voor de primigravida ($n = 76$, $V = 0.22$) en de multigravida ($n = 98$, $V = 0.36$) was geen sprake van een significant verband tussen het belangrijkste keuzemotief en het al dan niet betrokken zijn van de partner bij de praktijkkeuze. Uit de resultaten blijkt dus ook niet dat vrouwen met een meebeslissende partner vaker kiezen voor een praktijk met avondspreekuren, of andere faciliteiten die het makkelijker maken voor mannen om mee te gaan naar de controles.

Tabel 10. *Toetsresultaten voor de relatie tussen ‘Belangrijkste keuzemotief’ en ‘betrokkenheid partner’*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Keuzemotief gered. cat. x betr. partner	179	7.12	9	.64
Keuzemotief 4 hoofdc. x betr. partner	179	1.19	3	.76
Keuzemotief gered. cat. x betr. partner P.	77	5.16	8	.74
Keuzemotief 4 hoofdc. x betr. partner P.	77	1.86	2	.39
Keuzemotief gered. cat. x betr. partner M.	101	15.12	9	.09
Keuzemotief 4 hoofdc. x betr. partner M.	101	.80	3	.85

De respondenten is eveneens verzocht om aan te geven hoe zij hun praktijk gevonden hebben en of zij informatie over verschillende praktijken hebben *vergeleken* voordat zij een keuze hebben gemaakt. Het merendeel gaf aan haar praktijk op het internet te hebben gevonden (45.5%). Anderen wisten al dat de praktijk in de buurt was (18%), hoorden erover van een bekende (12.6%) of werden doorverwezen door hun huisarts (17.5%). Het telefoonboek werd slechts door 4 respondenten (2.2%) geraadpleegd. Maar liefst 35.3% heeft naar eigen zeggen helemaal geen informatie opgezocht, een kwart heeft alleen informatie opgezocht over de praktijk waar zij onder controle is en 37% heeft de websites van praktijken met elkaar vergeleken. Niemand gaf aan gebruik te hebben gemaakt van een vergelijkingssite of praktijkfolders. Sommige respondenten hebben mondelinge informatie gebruikt ter vergelijking (ondergebracht bij de categorie ‘anders’, 4.4%). Respondenten die informatie hebben vergeleken konden meerdere (ja)opties aankruisen, maar slechts één respondent heeft dit gedaan.

Het is mogelijk dat het begrip ‘informatie opzoeken’ door verschillende respondenten verschillend is geïnterpreteerd. In het licht van de vraag doel ik hierbij op *inhoudelijke* informatie die gebruikt kan worden voor een zorginhoudelijke vergelijking van praktijken. Een adres is echter ook informatie. Bovendien zullen vrijwel alle vrouwen die de internetsite van één of meer praktijken hebben bezocht in meerdere of mindere mate inhoudelijke informatie zijn tegengekomen. Toch komt het

ook voor dat vrouwen internet als vindplaats noemen en tegelijkertijd aangeven helemaal geen informatie te hebben opgezocht. Om deze reden, en om de samenhang tussen de variabele ‘heeft u informatie vergeleken?’ en het belangrijkste keuzemotief beter te kunnen interpreteren, heb ik de antwoordmogelijkheden hergecodeerd tot ‘ja’ en ‘nee’.

Kijken we vervolgens naar de relatie tussen het belangrijkste keuzemotief en de vindplaats van de praktijk dan vinden we een samenhang die logischerwijs te verwachten is ($n = 178$, $V = 0.49$) en dit resultaat is wel significant ($\chi^2(36) = 1.71^{E2}$, $p < 0.001$). Een vergelijkbaar resultaat ($p < 0.001$) geldt voor de primi- en multigravida apart en de variant van de variabele ‘keuzemotief’ met vier categorieën. Van de respondenten die aangeven door de huisarts over het bestaan van hun praktijk te zijn geïnformeerd, geeft 54.8% aan dat dit ook de belangrijkste reden was om voor de praktijk te kiezen. Vrouwen die al wisten dat de praktijk in de buurt was of hier via een bekende over hoorden, noemen in bijna de helft van de gevallen de locatie van de praktijk als belangrijkste keuzemotief. Voor 40.9% van de respondenten die door een bekende werden geattendeerd op de praktijk waar zij onder controle zijn was dit ook het belangrijkste keuzemotief. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de wijze waarop zwangeren voor het eerst op de hoogte komen van een praktijk vaak doorslaggevend is voor hun keuze.

Tabel 11. *Toetsresultaten voor de relatie tussen ‘Belangrijkste keuzemotief’ en ‘vindplaats praktijk’*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
Keuzemotief gered. cat. x vindplaats praktijk	178	1.71 ^{E2}	36	.000	.49
Keuzemotief 4 hoofdc. x vindplaats praktijk	178	79.49	12	.000	.39
Keuzemotief gered. cat. x vindplaats praktijk P.	77	1.16 ^{E2}	32	.000	.61
Keuzemotief 4 hoofdc. x vindplaats praktijk P.	77	55.29	8	.000	.60
Keuzemotief gered. cat. x vindplaats praktijk M.	100	77.70	36	.000	.44
Keuzemotief 4 hoofdc. x vindplaats praktijk M.	100	25.92	12	.01	.29

Tabel 12. *Belangrijkste keuzemotief van de cliëntrespondenten naar manier waarop men de praktijk heeft gevonden (gehele steekproef)*

	Internet	Wist al dat deze praktijk in de buurt was	Van iemand uit omgeving over praktijk gehoord	Huisarts heeft over praktijk verteld	Anders
Eerste praktijk die ik tegenkwam	4.9	3.2		3.2	8.3
Praktijk het dichtst bij mijn woonadres	45.1	48.4		12.9	25.0
Praktijk aangeraden door iemand uit mijn omgeving	1.2	3.2	40.9		
Praktijk aangeraden door mijn huisarts	1.2	3.2	36.4	54.8	
Al eerder cliënt geweest	13.4	25.8	22.7	16.1	33.3
Klein aantal vk's/veel persoonlijke aandacht	11.0			3.2	8.3
Visie praktijk op zwangerschap/geboorte spreekt aan	8.5				8.3
Bevallen in ziekenhuis eigen keuze mogelijk	3.7				8.3
Divers, zorginhoudelijk	8.5	6.5		6.5	
Divers, niet zorginhoudelijk	2.4	9.7		3.2	8.3
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100
	(= 82)	(= 31)	(= 22)	(= 31)	(= 12)

Verder blijkt dat vrouwen die geen informatie hebben vergeleken vaker kiezen voor de praktijk die het dichtst in de buurt is en zich vaker baseren op mondelinge bronnen ($n = 179$, $V = 0.44$). Dit resultaat is significant ($\chi^2(9) = 34.44$, $p < 0.001$) en blijft (sterk) significant voor de variabele 'keuzemotief met vier hoofdcategorieën' en de primi- en multigravida apart. Vrouwen die wel een vergelijking hebben gemaakt, geven vaker een zorginhoudelijk argument als belangrijkste keuzemotief.

Tabel 13. *Toetsresultaten voor de relatie tussen ‘belangrijkste keuzemotief’ en ‘informatie vergeleken’*

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
Keuzemotief gered. cat. x informatie vergeleken	179	34.44	9	.001	.44
Keuzemotief 4 hoofdc. x informatie vergeleken	179	31.30	3	.001	.42
Keuzemotief gered. cat. x informatie vergeleken P.	77	19.11	8	.001	.50
Keuzemotief 4 hoofdc. x informatie vergeleken P.	77	17.35	2	.001	.48
Keuzemotief gered. cat. x informatie vergeleken M.	101	20.16	9	.002	.45
Keuzemotief 4 hoofdc. x informatie vergeleken M.	101	17.49	3	.001	.42

Tabel 14. *Belangrijkste keuzemotief van de cliëntrespondenten naar of men informatie van praktijken heeft vergeleken (gehele steekproef)*

	Geen informatie vergeleken	Wel informatie vergeleken
Eerste praktijk die ik tegenkwam	5.6	1.4
Praktijk het dichtst bij mijn woonadres	38.9	23.9
Praktijk aangeraden door iemand uit mijn omgeving	7.4	4.2
Praktijk aangeraden door mijn huisarts	14.8	4.2
Al eerder cliënt geweest	21.3	19.7
Klein aantal vk's/ veel persoonlijke aandacht	3.7	16.9
Visie praktijk op zwangerschap/geboorte spreekt aan	.9	9.9
Bevallen in ziekenhuis eigen keuze mogelijk	1.9	2.8
Divers, zorginhoudelijk	1.9	12.7
Divers, niet-zorginhoudelijk	3.7	4.2
Totaal	100.0 (= 108)	100.0 (= 71)

Wanneer aan respondenten gevraagd wordt of zij vinden dat er genoeg informatie over verloskundigenpraktijk beschikbaar is om een goede keuze te maken, dan geeft het merendeel (57%) aan dat zij alle informatie hebben kunnen vinden die zij nodig hadden. Slechts 10.1% vindt dat dit beter zou kunnen en voor een derde van de respondenten was deze vraag niet van toepassing, omdat zij bij de voorgaande vraag over het vergelijken van informatie hadden aangegeven helemaal geen informatie te hebben opgezocht.

De slechts 18 respondenten die vonden dat de informatievoorziening beter zou kunnen/moeten gaven voornamelijk aan dat zij graag meer informatie hadden gewild over de hoeveelheid persoonlijke aandacht die een praktijk geeft ($n = 8$) en de

mogelijkheden/diensten die een praktijk biedt ($n = 10$). Slechts 3 respondenten misten informatie over kwaliteitskeurmerken. Omdat zo weinig respondenten van mening zijn dat de informatievoorziening ontoereikend is om een goede keuze te maken, kunnen geen uitspraken worden gedaan over de relatie tussen deze variabele en het belangrijkste keuzemotief of andere variabelen.

6.4 Analyses bij deelvraag 3: een vergelijking van de keuzemotieven van cliënten en de ideeën van verloskundigen hierover

Om te beoordelen in hoeverre verloskundigen zich bewust zijn van de keuzemotieven van cliënten zal een vergelijking gemaakt worden tussen de motieven die cliënten hebben opgegeven en wat volgens de verloskundigen de belangrijkste redenen van cliënten zijn om voor een praktijk te kiezen. Als eerste is aan de verloskundigen gevraagd waarom zij denken dat cliënten *in het algemeen* voor een praktijk kiezen.

Maar liefst 77.6% van de verloskundigen ($n = 49$) gaf aan dat zij geloofden dat veel cliënten voor een praktijk kiezen omdat deze hen is aangeraden door iemand uit hun omgeving. Dit is in overeenstemming met de interviews, waarin het belang van mond tot mondreclame ook regelmatig werd benadrukt. 65.3% van de verloskundigen noemden de afstand tot het woonadres als één van de belangrijkste motieven. Ook het advies van de huisarts werd vaak onder de belangrijkste redenen voor de praktijkkeuze geschaard (42.9%). Veel verloskundigen denken verder dat het belangrijk is dat een praktijk zelf echo's maakt en een aantrekkelijke website heeft (beiden 40.8%). Ook regelmatig genoemd als aantrekkelijk werden een avondspreekuur (28.6%) en een kleine praktijk waar cliënten een beperkt aantal verloskundigen zien (26.5%). Een aansprekende visie en identiteit en veel aandacht voor persoonlijke wensen kwamen minder vaak voor in de opsomming van belangrijkste keuzemotieven (respectievelijk 14.3 en 16.3%).

Als we kijken naar de redenen waarom cliënten volgens de verloskundigen specifiek *voor hen* kiezen, dan wordt het effect van de mond tot mondreclame nog sterker ingeschat. 82% ($n = 50$) noemt dit als één van de belangrijkste vier keuzemotieven. 64% noemt de afstand tot het woonadres en 58% het advies van de huisarts. Wederom vaak gekozen worden een aantrekkelijke website (38%) en een kleine praktijk (22%). Opvallend is dat als het om aantrekkelijke aspecten van de eigen praktijk gaat, aandacht voor persoonlijke wensen veel vaker genoemd wordt als één van de belangrijkste keuzemotieven (40%). Klaarblijkelijk zijn veel

verloskundigen van mening dat zij zich onderscheiden door veel persoonlijke aandacht voor de cliënt en denken zij goede mond op mondreclame te genereren.

Tabel 15. *Per keuzemotief het percentage verloskundigen dat dit motief gekozen heeft, uitgesplitst naar algemene en praktijkspecifieke motieven*

	Algemene motieven	Praktijkspecifieke motieven
Praktijk is het dichtst bij hun woonadres	65.3	64.0
Praktijk is hen aangeraden door iemand uit omgeving	77.6	82.0
Praktijk is hen aangeraden door de huisarts	42.9	58.0
Praktijk heeft een ruim telefonisch spreekuur	8.2	4.0
Praktijk houdt ook 's avonds spreekuur	28.6	18.0
Praktijk heeft aantrekkelijke website	40.8	38.0
Praktijk heeft aansprekende visie en identiteit	14.3	16.0
Praktijk is klein/mensen zien beperkt aantal vk's	26.5	22.0
Praktijk heeft veel aandacht voor persoonlijke wensen	16.3	40.0
Vk's van de praktijk hebben veel ervaring	4.1	8.0
Praktijk maakt zelf echo's	40.8	22.0
Praktijk gaat mee met moderne ontwikkelingen	2.0	6.0
Cliënten kunnen bevallen in een ziekenhuis naar keuze	6.1	12.0
Cliënten kunnen bevallen in specifiek ziekenhuis (plekgarantie)	2.0	
Praktijk bevindt zich in een gezondheidscentrum	8.2	8.0
Praktijk heeft praktijkaccreditatie KNOV	2.0	
Anders	2.0	2.0

Noot 1. Aan de verloskundigen is gevraagd wat volgens hen in het algemeen belangrijke keuzemotieven van cliënten zijn (algemene motieven) en waarom cliënten specifiek voor hen kiezen (praktijkspecifieke motieven).

Noot 2. Algemene motieven: $n = 49$, Praktijkspecifieke motieven: $n = 50$

Tabel 16. *Top 6 van de meest gekozen motieven van cliënten en verloskundigen*

	Cliënten		Verloskundigen	
	Alle	Primigravida	Algemeen	Praktijkspecifiek
1	Afstand woonadres	Afstand woonadres	Advies bekenden	Advies bekenden
2	Al eerder cliënt geweest	Advies bekenden	Afstand woonadres	Afstand woonadres
3	Advies bekenden	Anders (divers)	Advies huisarts	Advies huisarts
4	Veel persoonlijke aandacht	Advies huisarts	Aantrekkelijke website/ praktijk maakt zelf echo's	Veel aandacht voor persoonlijke wensen
5	Advies huisarts	Kleine praktijk	Ook 's avonds spreekuur	Aantrekkelijke website
6	Kleine praktijk	Veel aandacht voor Persoonlijke wensen	Kleine praktijk	Kleine praktijk/ praktijk maakt zelf echo's

Het lijkt erop dat de motieven van de cliënten en de verloskundigen tamelijk goed met elkaar overeenkomen. Het effect van mond tot mond reclame is echter minder doorslaggevend dan verloskundigen denken. Het belang van zelf echo's kunnen maken wordt overschat door verloskundigen. 40.8% kruiste dit motief aan, terwijl slechts 7.2% van alle cliënten en 5.1% van de primigravida hiervoor kozen. Het hebben van een aantrekkelijke website is helaas niet opgenomen als motief in de cliëntenenquête, terwijl deze reden in de verloskundigenenquête wel vaak is aangekruist. Twee respondenten noemden de website wel onder de optie 'anders', maar het is goed mogelijk dat dit motief vaker gekozen zou zijn als deze expliciet in de lijst met keuzemotieven vermeld was.

Er is voor gekozen om in deze resultatensectie geen relaties op te nemen tussen de door de verloskundigen opgegeven keuzemotieven en andere variabelen, zoals praktijkgrootte, samenstelling van de cliëntenpopulatie en de leeftijd van de respondenten, omdat analyses op dit gebied weinig significante resultaten opleverden. Bovendien waren veel van deze variabelen niet geschikt om valide resultaten te genereren. Zo is het aantal solo- en duopraktijken in de steekproef erg klein en is bij de variabele 'samenstelling cliëntenpopulatie' niet duidelijk welke praktijken zich precies in de categorie 'gemengd' bevinden.

6.5 Analyses bij deelvraag 4 en 5: het transparant maken van kwaliteit en praktijkprofilering

Om inzicht te krijgen in de mate waarin verloskundigen bezig zijn met het transparant maken van hun kwaliteit, kijken we naar de antwoorden op de volgende vragen uit de verloskundigenenquête:

Vraag 4: Van welke middelen en activiteiten maakt uw praktijk gebruik om zich bekend te maken bij potentiële cliënten?

Vraag 5: Maakt u, in de informatievoorziening naar potentiële cliënten, expliciet melding van bepaalde diensten die uw praktijk biedt?

Vraag 6: Over welke van de volgende kwaliteitskeurmerken/registraties beschikt u?

Vraag 7: Maakt u, in uw informatievoorziening naar potentiële cliënten, expliciet melding van uw kwaliteitscertificaten?

Vraag 9: Is de communicatie naar potentiële cliënten toe een onderwerp dat wordt besproken tijdens het teamoverleg?

Vraag 10: Doet u aan meting van de cliënttevredenheid?

Vraag 11: Op welke wijze meet u de cliënttevredenheid?

Van de 52 geënquêteerden geven maar liefst 49 aan dat hun praktijk een website heeft (94.2%). 71.2% adverteert in de Gouden Gids en eenzelfde percentage heeft flyers/folders liggen bij huisartsen en/of andere zorgverleners. 6 praktijken (11.5%) flyeren huis aan huis, 34.6% adverteert in minstens één lokale krant en 7 praktijken (13.5%) houden open dagen. Verder komt het plaatsen van reclame op auto's en/of kleding regelmatig voor: 15.4% van de verloskundigen geeft aan dat haar praktijk dit doet. Nog eens 15.4% geeft aan gebruik te maken van diverse andere manieren om bekendheid te geven aan de praktijk, zoals een krantenartikel of column in een dagblad, reclame op een lichtmast of informatieavonden (alhoewel deze doorgaans bedoeld zijn voor *bestaande* cliënten, zeker als ze over specifieke onderwerpen als bevallen gaan). Een analyse van het aantal ingezette middelen laat zien dat 34.6% van de praktijken minder dan drie verschillende middelen/activiteiten gebruikt om cliënten aan te trekken, 44.2% 3 of 4 middelen inzet en 21.2% 5 of meer verschillende manieren gebruikt.

Alle respondenten zijn werkzaam bij praktijken waarvan de verloskundigen staan ingeschreven in het individuele kwaliteitsregister van de KNOV. Het betreffende register, dat bestaat sinds 2006 en waarin in 2008 reeds 80% van de verloskundigen stond ingeschreven, is openbaar en te raadplegen op de website van de KNOV⁸. 57.7% van de respondenten staat ingeschreven in het echoscopieregister en 11.5% in het versieregister⁹ (eveneens van de KNOV). 17.3% heeft een borstvoedingscertificaat van de stichting 'Zorg voor Borstvoeding' en slechts 3 praktijken hebben een zogenaamde praktijkaccreditatie van de KNOV (zie voor meer informatie hierover paragraaf 4.3.3 van het literatuurverslag).

Wanneer verloskundigen gevraagd wordt of zij in hun informatievoorziening naar (potentiële) cliënten toe expliciet melding maken van hun kwaliteitscertificaten, dan geeft 51.9% aan dit te doen. 73.1% maakt naar eigen zeggen melding van bepaalde diensten die de praktijk biedt, zoals een kinderwensspreekuur of veel

⁸ Het is belangrijk het kwaliteitsregister van de KNOV niet te verwarren met het register van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG-register). Inschrijving in het BIG-register is voor verloskundigen verplicht om hun beroep uit te mogen oefenen. Een KNOV-geregistreerde verloskundige houdt zich daarnaast vrijwillig aan de standaarden en richtlijnen van de beroepsorganisatie.

⁹ Een versie houdt het uitwendig draaien in van een baby die in stuitligging ligt. Voor opname in het versieregister moet een training worden gevolgd en moet een verloskundige daarnaast aan verschillende andere kwaliteitseisen voor de versie voldoen.

aandacht voor persoonlijke wensen. 53.2% van de respondenten van niet-solopraktijken geeft aan de communicatie met potentiële cliënten af en toe te bespreken tijdens teamvergaderingen en 40.4% doet dit regelmatig. Daarnaast meet driekwart van de praktijken op enigerlei wijze met een gestandaardiseerd instrument de cliënttevredenheid, hetzij periodiek, hetzij continu.

De antwoorden op de genoemde enquêtevragen zeggen allemaal iets over de mate waarin praktijken werken aan het transparant maken van hun kwaliteit. Al met al kan geconcludeerd worden dat verloskundigen tamelijk actief zijn als het gaat om promotie van hun praktijk. Om de relatie met de meest genoemde keuzemotieven te analyseren, heb ik de praktijken ingedeeld naar het aantal (verschillende) middelen dat zij inzetten om zich bekend te maken bij cliënten: minder dan 3, 3 of 4 en 5 of meer. Vraag 5 en 7 heb ik samengevoegd. Verloskundigen die zeggen dat hun praktijk zowel haar diensten als haar keurmerken aanprijst krijgen codering 2, praktijken die één van beiden gebruiken in de communicatie naar cliënten toe code 1 en praktijken die geen van beiden gebruiken code 0.

Het verband tussen het aantal ingezette middelen en de keuzemotieven 'afstand praktijk tot woonadres' en 'advies bekenden' is sterk ($n = 50$, V respectievelijk 0.35 en 0.34), waarbij de eerste relatie net significant is ($\chi^2(2) = 5.95$, $p = 0.05$) en de tweede net niet ($\chi^2(2) = 5.71$, $p = 0.06$). Voor de relatie tussen het advies van bekenden en het aantal ingezette middelen geldt echter dat niet aan de regel van Cochran is voldaan, waardoor zeker niet mag worden uitgegaan van een (bijna) significante relatie. In de kruistabellen is overigens geen duidelijke stijgende of dalende lijn te onderscheiden. Praktijken die 3 of 4 middelen inzetten geven bijvoorbeeld minder vaak de afstand tot het woonadres op als één van de belangrijkste motieven dan praktijken die minder dan drie middelen/activiteiten toepassen (45.5 tegen 76.5%), maar de praktijken die 5 of meer verschillende promotiewijzen gebruiken doen dit weer vaker (81.8%). Dit betekent dat de rond het significantiepunt schommelende verbanden waarschijnlijk geen echte, interpreteerbare relatie weergeven, maar op toeval berusten. De relatie tussen het aantal ingezette middelen en de overige twee motieven is niet significant.

Tabel 17. *Toetsresultaten voor de relatie tussen de belangrijkste praktijkspecifieke motieven en 'aantal ingezette middelen'*

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
Afstand woonadres x aantal ingezette middelen	5.95	2	.05	.35
Advies bekenden x aantal ingezette middelen	5.71	2	.06	.34
Advies huisarts x aantal ingezette middelen	.52	2	.77	
Aandacht pers. wensen x aantal ingezette middelen	1.10	2	.58	

Noot n = 50

Praktijken met aandacht voor de expliciete vermelding van diensten en keurmerken in hun communicatiemiddelen noemen significant vaker het advies van bekenden als één van de belangrijke keuzemotieven ($n = 49$, $V = 0.50$, $\chi^2(2) = 12.39$, $p = 0.00$). Ook de relatie met de afstand tot het woonadres is significant ($V = 0.38$, $\chi^2(2) = 6.79$, $p = 0.03$), maar hier is de aard van het verband onduidelijk. Praktijken die één van beide zaken bewust aanprijzen kiezen veel minder vaak voor dit motief dan praktijken die hier helemaal geen aandacht voor hebben (35.7 tegen 81.1%), maar bij praktijken die zowel diensten als keurmerken expliciet vermelden stijgt het percentage dat het woonadres noemt weer tot 70.8%. De andere twee verbanden zijn wederom niet significant.

Tabel 18. *Toetsresultaten voor de relatie tussen de belangrijkste praktijkspecifieke motieven*

	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
Afstand woonadres x keurmerken/diensten	6.79	2	.03	.38
Advies bekenden x keurmerken/diensten	12.39	2	.02	.50
Advies huisarts x keurmerken/diensten	2.64	2	.27	
Aandacht pers. wensen x Keurmerken/diensten	3.07	2	.22	

Noot n = 49

Tabel 19. *Het noemen van het advies van bekenden naar of men diensten en keurmerken expliciet vermeldt in de communicatie naar cliënten*

	Geen expliciete vermelding	Alleen expliciete vermelding van één van beiden	Expliciete vermelding van beiden	Totaal
Advies bekenden niet gekozen	54.5	7.1	8.3	18.4
Advies bekenden wel gekozen	45.5	92.9	91.7	81.6
Totaal	100.0 (= 11)	100.0 (= 14)	100.0 (= 24)	100.0 (= 49)

Klaarblijkelijk heeft de aandacht die een praktijk besteedt aan het expliciet benadrukken van de eigen voordelen en positieve punten in reclame/communicatiemiddelen invloed op hoe sterk het effect van mond tot mond reclame wordt ingeschat.

Een interessante vraag is ook, of praktijken die zeggen concurrentie te ervaren en/of zich daardoor meer bezig te houden met promotieactiviteiten, zich ook meer inspannen om hun kwaliteit inzichtelijk te maken. Van de 52 verloskundigen in de steekproef gaf 40.4% aan dat er één andere praktijk in het werkgebied van haar praktijk opereerde en 50.0% dat het om twee of meer praktijken ging. Dit betekent dat slechts 5 praktijken (9.6%) een monopolie hebben op de eerstelijnsverloskunde in hun gebied. 80.4% van de verloskundigen die hun werkgebied (gedeeltelijk) moeten delen, was van mening dat er sprake was van concurrentie met de andere praktijk(en). 73% van hen zeiden daardoor ook meer bezig te zijn met activiteiten om cliënten aan te trekken. Van de verloskundigen die geen monopoliepositie hebben in hun werkgebied, maar desondanks geen concurrentie ervaren ($n = 9$), gaven 6 aan dat dit volgens hen komt omdat er meer dan voldoende cliënten in het gebied aanwezig zijn voor alle praktijken. 3 verloskundigen waren van mening dat de praktijken zodanig van elkaar verschillen dat zij een verschillende doelgroep aantrekken en 4 noemden een samenwerkingsverband tussen de praktijken als reden voor het ontbreken van concurrentie (het was bij deze vraag mogelijk om meer dan één antwoord aan te kruisen).

Er blijkt een duidelijke relatie te zijn tussen het aantal middelen dat praktijken inzetten om bekendheid te genereren en het al dan niet ervaren van concurrentie ($n = 51$, $V = 0.44$, $\chi^2(2) = 9.76$, $p = 0.01$). 28.6% van de praktijken die concurrentie ervaren maken gebruik van vijf of meer middelen/activiteiten, terwijl geen enkele praktijk die geen concurrentie ervaart zoveel middelen inzet. Hetzelfde geldt voor het bewust

aanprijzen van diensten en keurmerken. Van de praktijken die geen concurrentie ervaren, doet de helft dit helemaal niet, tegen 8.8% van de praktijken die wel concurrentie ervaren ($n = 50$, $V = 0.46$, $\chi^2(2) = 10.75$, $p = 0.01$).

Tabel 20. *Het aantal middelen dat wordt ingezet ter promotie naar het ervaren van concurrentie door praktijken*

	Nee, geen concurrentie	Ja, wel concurrentie	Totaal
Minder dan 3 middelen	62.5	22.9	35.3
4 of 5 middelen	37.5	48.6	45.1
Meer dan 5 middelen		28.6	19.6
Totaal	100.0 (= 16)	100.0 (= 35)	100.0 (= 51)

Tabel 21. *Expliciete vermelding van diensten en keurmerken naar het ervaren van concurrentie*

	Nee, geen concurrentie	Ja, wel concurrentie	Totaal
Geen expliciete Vermelding	50.0	8.8	22.0
Alleen expliciete vermelding van één van beiden	18.8	35.3	30.0
Expliciete vermelding van beiden	31.2	55.9	48.0
Totaal	100.0 (= 16)	100.0 (= 34)	100.0 (= 50)

Van de praktijken die te maken hebben met concurrentie zegt driekwart zich daardoor meer bezig te houden met activiteiten om cliënten aan te trekken. De relatie met het aantal ingezette promotiemiddelen is duidelijk: een derde van de praktijken die zich door concurrentie meer bezighouden met het aantrekken van cliënten zet vijf of meer middelen in, tegen 12.5% van de praktijken die naar eigen zeggen niet meer aandacht besteden aan promotie. 62.5% van deze laatste groep maakt gebruik van minder dan drie strategieën ($n = 35$, $V = 0.51$, $\chi^2(2) = 9.25$, $p = 0.01$). De relatie tussen meer aandacht voor het op de kaart zetten van de praktijk en het bewust aanprijzen van diensten en keurmerken is niet significant ($n = 36$, $\chi^2(2) = 0.27$, $p = 0.87$).

Tabel 22. *Aantal ingezette middelen ter promotie naar of verloskundigen*

	<i>zeggen door concurrentie meer bezig te zijn met promotie</i>		
	Nee, geen extra aandacht voor promotie	Ja, wel extra aandacht voor promotie	Totaal
Minder dan 3 middelen	62.5	11.1	22.9
4 of 5 middelen	25.0	55.6	48.6
Meer dan 5 middelen	12.5	33.3	28.6
Totaal	100.0 (= 8)	100.0 (= 27)	100.0 (= 35)

7) *Conclusies*

De resultaten van het onderzoek laten zien dat hypothese A (niet-zorginhoudelijk motieven spelen een grotere rol dan zorginhoudelijke) gedeeltelijk waar is. Ruim een derde van alle vrouwen noemt immers de afstand van de praktijk tot het woonadres als belangrijkste keuzemotief en in totaal kiest 68.3% dit motief. Al eerder cliënt zijn geweest (20.7%) en het advies van de huisarts (10.6%) staan op de tweede en derde plaats als belangrijkste redenen om voor een praktijk te kiezen en het advies van bekenden wordt in totaal door 23.3% van de respondenten genoemd. Zoals bij de formulering van de hypothesen is beschreven, is het zorginhoudelijke gehalte van op mondelinge bronnen gebaseerde motieven en het al eerder cliënt zijn geweest moeilijk vast te stellen. Hierop wordt in de discussie nader ingegaan.

Van de echt zorginhoudelijke motieven scoren ‘veel aandacht voor persoonlijke wensen’ (23.3%) en ‘de praktijk is klein’ (21.6%) goed, maar als belangrijkste motief spelen ze nauwelijks een rol. Primigravida geven nog minder vaak zorginhoudelijke motieven op dan de groep als geheel. 43.6% geeft aan dat de afstand tot het woonadres het belangrijkste keuzemotief was en 22.5% heeft naast het hoofdmotief geen enkele andere reden. Een verklaring hiervoor is, dat voor multigravida die al eerder cliënt zijn geweest bij hun huidige praktijk de positieve aspecten van deze praktijk redenen zijn om *opnieuw* voor deze praktijk te kiezen. Is voorkennis uit eigen ervaring niet aanwezig, dan wordt de rol van zorginhoudelijke motieven nog kleiner.

De overstapbereidheid van multigravida blijkt inderdaad klein (hypothese C). 36.5% van hen geeft ‘ik ben al eerder cliënt geweest’ als belangrijkste keuzemotief.

Van de 43 respondenten die ooit onder controle waren bij een andere praktijk stapten slechts 5 (11.5%) over uit ontevredenheid over de vorige praktijk en 6 (14%) omdat de huidige praktijk hen beter leek. Op basis van deze bevindingen lijkt de status quo ook in de verloskundige zorg een belangrijke rol te spelen. In de enquête wordt echter niet vermeld of cliënten die al vaker onder controle waren bij de huidige praktijk moeten aangeven waarom zij *de eerste* keer voor deze praktijk kozen of waarom zij tijdens deze zwangerschap *opnieuw* voor de praktijk kozen. Dit heeft gevolgen voor de interpretatie van de resultaten en met name het effect van de status quo (bias) die in de discussie verder zullen worden besproken.

Op de vraag of cliënten behoefte hebben aan meer informatie over de kwaliteit van verloskundigenpraktijken kan ontkennend worden geantwoord. 60.3% van de respondenten zegt geen informatie van verschillende praktijken te hebben *vergeleken* en slechts 10.1% vindt dat de informatievoorziening beter zou kunnen. Dit hoeft uiteraard niet te betekenen dat de beschikbare informatie ook voldoende is, of dat cliënten geen gebruik zouden willen maken van meer informatie als die er zou zijn. Het betekent simpelweg dat de meeste zwangeren de informatievoorziening niet als onvoldoende *ervaren*. Dit hangt vermoedelijk samen met het gegeven dat het keuzeprocess op dit moment weinig zorginhoudelijk is georiënteerd.

Hypothese B (hoogopgeleide zwangeren kiezen vaker op basis van zorginhoudelijke argumenten dan laagopgeleide zwangeren) wordt niet gestaafd door de resultaten. De analyse laat geen significante relatie zien tussen het belangrijkste keuzemotief en opleidingsniveau. Ook leeftijd en etniciteit hebben geen significante invloed. Wat wel een rol speelt is de wijze waarop vrouwen voor het eerst in contact komen met een praktijk. Uit de relatie tussen het belangrijkste keuzemotief en de 'vindplaats' van de praktijk, blijkt dat deze vindplaats (internet, huisarts, bekenden, et cetera) vaak doorslaggevend is. Vrouwen die geen informatie van praktijken hebben vergeleken kiezen bovendien significant vaker voor de praktijk die het dichtst in de buurt is en baseren hun keuze vaker op mondelinge bronnen.

Komen de ideeën van verloskundigen over wat hun cliënten belangrijk vinden ook overeen met de werkelijkheid? De verloskundigen schatten de invloed van praktische argumenten hoger in dan die van zorginhoudelijke argumenten, wat overeenkomt met de werkelijke keuzemotieven van de cliënten (hypothese D). Zij weten dat de afstand tot het woonadres en mondelinge informatiebronnen (huisarts, bekenden) voor de meeste cliënten doorslaggevend zijn. Ook lijken zij zich ervan

bewust dat cliënten persoonlijke aandacht belangrijk vinden. De top zes van meestgekozen motieven van cliënten en verloskundigen laat zien dat het effect van mond tot mond reclame minder sterk, of in ieder geval minder doorslaggevend is dan de verloskundigen denken.

De praktijken doen tamelijk veel moeite om bekendheid te genereren en hun kwaliteit inzichtelijk te maken. Vrijwel alle praktijken hebben een website en er worden ook diverse andere middelen en activiteiten aangewend. Een aanzienlijk deel zet haar diensten en keurmerken ook expliciet in in de communicatie en in de meeste praktijken is de communicatie met potentiële cliënten ook een onderwerp dat aan de orde komt tijdens teamvergaderingen. Er bestaat een duidelijke relatie tussen het aantal middelen dat praktijken inzetten en de aandacht voor diensten en keurmerken enerzijds en het al dan niet ervaren van concurrentie anderzijds. Praktijken die concurrentie zeggen te ervaren (67.3%) zijn actiever op dit gebied. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen het aantal promotiemiddelen en het antwoord op de vraag of men door concurrentie meer bezig is met promotie. Praktijken die hier bevestigend op antwoorden zetten meer middelen/activiteiten in om potentiële cliënten te bereiken. Alles in ogenschouw genomen, kan gesteld worden dat er in redelijke mate sprake is van een actieve toepassing van de kennis over de keuzemotieven van cliënten in activiteiten om potentiële cliënten aan te trekken. Verloskundigen zijn hier in ieder geval meer mee bezig dan ik had verwacht.

Het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek is dat er sprake is van een tamelijk goede aansluiting tussen keuzemotieven van cliënten en de wijze waarop verloskundigenpraktijken invulling geven aan vraaggericht werken. Cliënten van verloskundigenpraktijken maken hun keuze voornamelijk op basis van praktische argumenten en mondelinge informatie. Daarnaast vinden zij met name persoonlijke aandacht belangrijk. Verloskundigen zijn hiervan op de hoogte, ervaren concurrentie en proberen hun praktijk op de kaart te zetten met verschillende middelen en activiteiten.

8) Discussie

In deze discussiesectie zal eerst worden ingegaan op enkele beperkingen van het onderzoek en de reikwijdte van de resultaten. Vervolgens zal ik het een en ander zeggen over de relatie tussen de resultaten en de in de literatuurstudie gepresenteerde

theorie. Op basis van dit alles worden tot slot nog enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

Zoals reeds vermeld was er in dit onderzoek geen tijd voor pre-testing van de enquêtes, waardoor de mogelijkheden om aanpassingen te doen naar aanleiding van gesignaleerde knelpunten beperkt waren. Zo kwam het regelmatig voor dat respondenten meer dan het toegestane aantal antwoorden hadden aangekruist. Waar mogelijk heb ik logisch beredeneerd wat het juiste antwoord diende te zijn, soms ook met behulp van omliggende vragen. Met betrekking tot de keuzemotiefvragen in de verloskundigenenquête (vraag 2 en 3) heb ik ervoor gekozen ook vijf, in plaats van vier antwoorden goed te rekenen, omdat de betekenis van de vraag hierdoor niet wezenlijk verandert. Helaas leverden een aantal vragen interpretatieproblemen op. Soms waren de antwoorden op verschillende vragen hierdoor in combinatie met elkaar moeilijk te duiden. Gedeeltelijk heb ik dit soort zaken kunnen oplossen door het hercoderen van vragen. Uiteraard hebben foutief ingevulde vragen en verschillende interpretatiewijzen door respondenten altijd enige invloed op respectievelijk de betrouwbaarheid en (interne) validiteit van een onderzoek. Door hier bewust en zorgvuldig mee om te gaan heb ik getracht dit zoveel mogelijk te voorkomen.

Ook wil ik nog opmerken dat het begrip 'praktijkprofilering' beter tot uiting had kunnen/moeten komen in de verloskundigenenquête. De in paragraaf 6.5 genoemde vragen zeggen zowel iets over het transparant maken van kwaliteit als over praktijkprofilering. Toch is het kernaspect van praktijkprofilering, namelijk het zich trachten te *onderscheiden* van andere praktijken, onvoldoende aan bod gekomen.

De resultaten zijn met name van toepassing op hoogopgeleide, autochtone cliënten uit stedelijke gebieden die kunnen kiezen uit twee of meer verloskundigenpraktijken. Hoewel de analyses geen significante verschillen laten zien in keuzemotieven voor opleidingsniveau en woonplaats (Utrecht/anders) waren de aantallen lageropgeleiden (niet HBO/universitair) en niet-Utrechtenaren te klein om hier zekere uitspraken over te kunnen doen. Aangezien de meeste verloskundigen aangaven over een overwegend autochtone en hoogopgeleide of gemengd opgeleide populatie te beschikken, lijkt het aannemelijk dat de cliëntenpopulaties van de geënuquêteerde verloskundigen qua kenmerken redelijk overeenkomen met de geënuquêteerde cliënten. Het was echter wenselijk geweest om meer laagopgeleide cliënten in de steekproef te hebben.

Waren de gevonden resultaten te verwachten in het licht van de kennis over de (verloskundige) zorgmarkt en besluitvormingsprocessen? In de literatuurstudie hebben we gezien dat de cliënt reeds een centrale plaats inneemt in de verloskundige zorgverlening. Dit past ook bij het gepresenteerde midwifery model of care. Klaarblijkelijk zijn verloskundigen niet alleen vraaggericht tijdens de zorgverlening, maar zijn zij deze werkwijze ook aan het uitbreiden naar potentiële cliënten. De onderzoeksresultaten laten zien dat het ervaren van concurrentie hiervoor een stimulans is. De kwaliteitsbewustheid van cliënten lijkt beperkt, alhoewel juist die motieven waarvan het zorginhoudelijk gehalte ambigu is in de top zes voorkomen. Dat maar zeer weinig multigravida overstappen naar een andere praktijk omdat deze hen beter lijkt kan betekenen dat de zorgverlening van verloskundigenpraktijken van hoge kwaliteit is, maar ook dat cliënten simpelweg weinig kritisch zijn. Daar is op basis van dit onderzoek moeilijk achter te komen. Een belangrijk probleem is namelijk daarin gelegen dat voor de multigravida die al eerder onder controle waren bij hun huidige praktijk waarschijnlijk niet duidelijk was of zij moesten aangeven waarom zij *in eerste instantie* voor de praktijk hebben gekozen of waarom zij dit tijdens de *huidige zwangerschap* hebben gedaan. In principe werd op dat laatste gedoeld. Om te kijken of de status quo (bias) zoals Boonen die beschrijft in haar onderzoek ook een rol speelt bij de keuze voor een verloskundigenpraktijk heb ik ook het keuzemotief 'ik ben al eerder cliënt geweest bij deze praktijk en dat is mij goed bevallen' opgenomen in de vragenlijst. Wat de positie is van dit motief ten opzichte van andere motieven bij een tweede of volgende zwangerschap is echter moeilijk te duiden. Om er werkelijk achter te komen wat de rol is van de status quo bias bij de keuze voor een verloskundigenpraktijk zouden discrete keuze-experimenten moeten worden gedaan. Alleen dan is het mogelijk vast te stellen of cliënten ook bij hun praktijk blijven als er een alternatief met objectief hoger gewaardeerde kenmerken beschikbaar is. Dit zou dan ook een interessant vervolgonderzoek kunnen zijn. In deze studie was het vermoedelijk beter geweest mij te richten op de *eerste* keuze voor een praktijk.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is, dat specifiekere gekeken zou moeten worden naar de rol van mond tot mond reclame en de huisarts. Klaarblijkelijk speelt sociale beïnvloeding een belangrijke rol in het referentiekader dat vrouwen gebruiken bij de keuze voor een verloskundigenpraktijk, maar in hoeverre het advies van bekenden en de huisarts zorginhoudelijk is, is op dit moment onduidelijk.

Ondanks de nodige beperkingen geeft dit onderzoek een interessante kijk op de redenen waarom cliënten voor een verloskundigenpraktijk kiezen, hoe kwaliteitsbewust zij zijn bij hun keuze en of verloskundigen zich hier actief mee bezig houden. Tot slot de hamvraag: zal meer transparantie de vraagsturing stimuleren, zoals de NZa verwacht? Dat praktijken hun best doen om potentiële cliënten te informeren en hun praktijk op de kaart te zetten betekent nog niet dat kwaliteitsverschillen daarmee voldoende inzichtelijk zijn en cliënten voldoende kennis hebben om die verschillen te beoordelen. Vermoedelijk blijft dit een probleem, zeker gezien het incidentele karakter van verloskundige zorg en de daarmee gepaard gaande informatieasymmetrie. Misschien proberen zwangeren wel voor deze asymmetrie te compenseren door de ervaringen van anderen bij hun keuze te betrekken. Meer onderzoek hiernaar zou dit duidelijk moeten maken. Vooralsnog wijst dit onderzoek niet in de richting van een sterke positieve relatie tussen het transparant maken van kwaliteit en een toename van de vraagsturing.

9) Literatuurlijst

- Agtmaal, E., van en Huis, M., van. (2008). *Uitstel moederschap leidde niet altijd meer tot afstel*. Retrieved May 27, 2010 from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2008/2008-2503-wm.htm>.
- Boonen, L.H.H.M. (2009). *Consumer channeling in health care: (im)possible?* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Callahan, D. (2008). Consumer-directed health care: promise of puffery? *Health economics, policy and law*, 3, 301-311.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Bevolking; leeftijd, herkomstgroepering, geslacht en regio, 1 januari*. (tabel). Retrieved May 12, 2010, from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37713&D1=0&D2=0&D3=1,3-4,31-32,40-41&D4=5-16,115,123,126,131,135,195,244,259,267,270,272,309,314,321,323,360,418,457,509,592,659,670,758,771,1&D5=1&HD=090630-1722&HDR=G4,T,G1,G2&STB=G3>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering, 1 januari*. (tabel). Retrieved May 12, 2010 from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=a&D3=0&D4=0&D5=2-4,11,38,46,95-96,137,152,173,177,194,215,232&D6=0,4,8,12,1&HD=100209-1037&HDR=T,G2,G3,G5&STB=G1,G4>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.j.). *Personen van 15 tot 65 jaar die geen onderwijs volgen, naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau*. (Tabel). Retrieved May 12, 2010 from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/cijfers/incidenteel/maatwerk/2008-2436-maatwerk.htm>.
- Glassman, W.E. and Hadad, M. (2004). *Approaches to psychology*. New York: Open University Press.
- Helderma, J.K., Schut, F.T., Grinten, E.D., van der e.a. (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of health politics, policy and law*, 30, 1, 189-209.
- Hingstman L. en Kenens, R.J. (2009) *Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008*. Utrecht: Nivel.
- Klynveld, Peat, Marwick en Goerdeler (KPMG) (2002). *De markt voor verloskunde. Deelmarktanalyse*. Retrieved November 3, 2009 from www.minvws.nl. *Dit document is niet langer beschikbaar op het internet*.

- Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (2005-a). *Standpunt prenatale diagnostiek*. Retrieved June 15, 2010 from http://www.knov.nl/docs/uploads/100760-PND_12_juli_2005.pdf.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (2005-b). *Standpunt preconceptiezorg*. Retrieved June 15, 2010, from http://www.knov.nl/docs/uploads/Standpunt_preconceptiezorg_zonder_witte_paginas.pdf.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (2009-a). *Aantal thuisbevallingen verminderd*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.knov.nl/voor-zwangeren/nieuws/aantal-thuisbevallingen-verminderd/>.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (2009-b). *Kwaliteit van verloskundige zorg in gevaar: KNOV in actie*. Retrieved June 15, from <http://www.knov.nl/voor-anderen/nieuws/kwaliteit-van-verloskundige-zorg-in-gevaar-knov-in-actie/>.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (2009-c). *KNOV beroepscode van verloskundigen*. Retrieved June 15, 2010 from http://www.knov.nl/docs/uploads/KNOV_Beroepscode_van_Verloskundigen_1.PDF
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (z.j.-a). *Het Nederlands verloskundig systeem*. Retrieved November 3, 2009 from <http://www.knov.nl/voor-anderen/het-verloskundig-systeem>.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (z.j.-b). *Verloskundigen in aantallen*. Retrieved November 25, 2009 from <http://www.knov.nl/voor-anderen/het-verloskundig-systeem/verloskundigen-in-aantallen/>.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (z.j.-c). *Eerste en tweedelijns verloskunde*. Retrieved June 25, 2010, from <http://www.knov.nl/voor-anderen/het-verloskundig-systeem/eerste-en-tweedelijns-verloskunde/>.
- Latten, J., Dijk, W, van. (2007). *Jonge vrouwen hoger opgeleid dan mannen*. Retrieved May 12, 2010 from <http://www.cbs.nl/nr/exeres/20F7E2BC-6E02-4F71-A668-2AEC94FA2EF3.htm>.
- Liefhebber, S., Dam, C., van en Waelpuut, A. (2006). *De kern van de eerstelijns verloskunde. Beroepsprofiel van de verloskundige*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.verloskundige.info/files/beroepsprofiel-samenvatting.pdf>.

- Maarse, H. en Paulus, A. (2003). Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. *Journal of health politics, policy and law*, 28, 4, 585-614.
- McKay, S. (1993). Models of midwifery care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38, 2, 114-120.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). *Stand van zaken prenatale screening, perinatale sterfte en perinatale audit*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/09/04/stand-van-zaken-prenatale-screening-perinatale-sterfte-en-perinatale-audit.html>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). *Antwoorden op kamervragen van Arib over marktwerking in de verloskundige zorg*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2009/antwoorden-op-kamervragen-van-arib-over-marktwerking-in-de-verloskundige-zorg.asp>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.-a). *Vraag en antwoord: Welke hulp valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?* Retrieved May 3, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/welke-zorg-valt-onder-de-algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz.html>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.-b). *Vraag en antwoord: Welke hulp biedt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?* Retrieved May 3, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo/vraag-en-antwoord/welke-hulp-en-voorzieningen-biedt-de-wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo.html>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.-c). *Persoonsgebonden budget*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.-d). *Zorgverzekering*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.-e). *Wat zijn voorbehouden handelingen en wie mag ze uitvoeren?* Retrieved June 15, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-zijn-voorbehouden-handelingen-en-wie-mag-ze-uitvoeren.html>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.j.-f). *Hoe is de kwaliteit van een verpleeghuis of een verzorgingstehuis geregeld?* Retrieved June 15, 2010 from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/hoe-is-de-kwaliteit-van-een-verpleeghuis-of-een-verzorgingshuis-geregeld.html>.
- Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek. (2008). *Babysterfte in Nederland bijna hoogste van Europa*. Retrieved November 25, 2009 from http://www.tno.nl/content.cfm?context=overtno&content=persbericht&laag1=37&item_id=200812110062.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008). *NZa verhoogt tarief verloskunde*. Retrieved June 15, 2010 from <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/129769/>.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2009-a). *Consultatiebijeenkomst eerstelijns verloskundige zorg*. Retrieved November 3, 2009 from http://www.nza.nl/7113/9233/88767/88800/Samenvatting_Consultatiebijeen_verloskundige_zorg_11_mei_2009.pdf.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2009-b). *Consultatiedocument eerstelijns verloskundige zorg. Een analyse van de mogelijkheden van vrije prijsvorming*. Retrieved November 3, 2009 from http://www.nza.nl/7113/9233/DEF_codo_verloskunde_zHandt.pdf.
- Paulus, A., Raak, A., van, Made, J., van der e.a. (2003). Market competition: everybody is talking, but what do they say? A sociological analysis of market competition in policy networks. *Health policy*, 64, 279-289.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006). *Preventie van erfelijke en aangeboren aandoeningen in de prenatale periode. Organisatie en aanbod. Welke middelen worden ingezet*. Retrieved November 27, 2009 from <http://www.minvws.nl/zoeken/default.asp?querytext=dossier+prentale+screening&zoek=zoek>.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2007). *Hoge verloskundigendichtheid in het zuiden van Gelderland*. Retrieved November 19, 2009 from http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o2366n21255.html.
- Rooks, J.P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, 4, 370-373.
- Slovic, P. (2000). The construction of preference. In: D. Kahneman en A. Tversky (Ed.), *Choices, values, and frames* (pp. 209-223). Cambridge: Cambridge University Press.

- Traag, T. (2003). *Utrecht telt meeste hoogopgeleiden*. Retrieved May 12, 2010 from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2003/2003-1222-wm.htm>.
- Tversky, A. and Kahneman, D. (2000). Rational choice and the framing of decisions. In: D. Kahneman en A. Tversky (Ed.), *Choices, values, and frames* (pp. 209-223). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tversky, A., Sattath, S. and Slovic. P. (2000). Contingent weighting in judgement and choice. In: D. Kahneman en A. Tversky (Ed.), *Choices, values, and frames* (pp. 209-223). Cambridge: Cambridge University Press.
- U.S. Census Bureau. (2001). *Nurses and midwives are top prenatal care providers. (Results from the 2000 Maternal and Child Health Survey)*. Retrieved December 9, 2009 from <http://www.census.gov/ph/data/pressrelease/2001/pr0171tx.html>.
- Verkuyten, M. (2008). Attitude: expliciete en impliciete vooroordelen. (Hoorcollege). In: *Inleiding in de gedragswetenschappen*. (Bachelorcursus). Retrieved January 7, 2008 from www.uu.blackboard.com.
- Verloskunde Academie Groningen. (z.j.). *Aanmelden*. Retrieved November 26, 2009 from <http://www.verloskunde-academie-groningen.nl/Aanmelden.aspx>.
- Visser, G.H.A. en Steegers, E.A.P. (2008). *Beter Baren. Nieuwe keuzen nodig in de zorg voor zwangeren. Medisch Contact*, 63, 3, 96-99.
- Vries, de, R., Wiegers, T.A, Smulders, B. e.a. (2009). The Dutch obstetrical system. Vanguard of the future in maternity care. In: R.I. Davis-Floyd (Ed.), *Birth models that work* (pp. 31-53). Berkely: University of California Press.
- Westert, G.P., Berg, M.J., van den, Koolman, X. e.a. (2008). *Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Retrieved June 15, 2010 from http://www.rivm.nl/vtv/object_binary/o5906_Zorgbalans-boek.pdf
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: University Press. Retrieved November 3, 2009 from <http://www.wrr.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1XIWdtD8XH5!f8xG1jmb5WBRDacGa59bs5WzcV!ns3t!8jhb9oWMdxXGwqyxTagM&objectid=2404&!dsname=default&isapidir=/gvisapi/>.
- Wiegers, T.A., Velden, L.F.J., van der en Hingstman, L. (2005). *Behoefteraming verloskundigen 2004-2015*. Utrecht: Nivel.

- Zembla (2009). *Babysterfte in Nederland*. (documentaire). Retrieved November 25, 2009 from http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=19229&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1974&cHash=266db1a528.

10) Bijlagen

A. Topiclijst voor eerstelijnsverloskundigen

Introductie

Zoals ik via email heb uitgelegd wil ik onderzoek doen naar de motieven van cliënten om voor een eerstelijns verloskundigenpraktijk te kiezen en de wijze waarop verloskundigen invulling geven aan vraaggericht werken. Voordat ik enquêtes ga verspreiden wil ik graag eerst een aantal oriënterende interviews houden met verloskundigen over dit thema en daarom heb ik contact met u opgenomen. In mijn onderzoek definieer ik vraaggericht werken vooral in termen van activiteiten die praktijken ondernemen om potentiële cliënten aan te trekken. Het gaat mij dus niet in de eerste plaats om het inspelen op wensen en behoeften van individuele cliënten tijdens de zorgverlening, maar op de ‘marketingkant’ van vraaggericht werken. Ik begin met een paar algemene vragen over de praktijk waar u werkt.

Praktische zaken:

Het interview zal dertig tot zestig minuten duren.

Vindt u het goed als ik het interview opneem?

Heeft u vooraf nog vragen?

A) Algemene vragen

1. Sinds wanneer werkt u bij deze praktijk? OF (indien van toepassing) Wanneer heeft u deze praktijk opgezet of overgenomen?
2. Bent u werkzaam als zelfstandige maat of in loondienst?
3. Hoe ziet de cliëntenpopulatie van uw praktijk eruit? / Hoe zou u de cliëntenpopulatie van uw praktijk typeren? (*overgangsvraag*).

B) Beeld van de verloskundige van de keuzemotieven van cliënten

Startvraag:

- Kunt u mij vertellen wat volgens u de belangrijkste redenen zijn van cliënten om voor een bepaalde verloskundigenpraktijk te kiezen? *Alternatief:* Waar denkt u dat cliënten op letten als zij een verloskundigenpraktijk moeten kiezen? *Alternatief:* Op basis waarvan kiezen cliënten volgens u een verloskundigenpraktijk?

- Aspecten die de eigen praktijk aantrekkelijk maken. (Waarom kiezen zwangeren voor uw praktijk, denkt u?)
- Relatie tussen het type cliëntenpopulatie en hun keuzemotieven.
- Keuzemogelijkheden in de regio waar de praktijk van de participant gevestigd is.
- Concurrentie met andere praktijken in de buurt. (In hoeverre is hiervan sprake?)
- Rol van de huisarts bij het kiezen van een praktijk. (Nemen zwangeren in de regel meteen contact op met een verloskundigenpraktijk of gaan zij eerst naar de huisarts? Verwijst de huisarts specifiek door naar (een) bepaalde praktijk(en)?)

C) Wijze waarop de praktijk bezig is met vraaggericht werken

Startvraag:

- Als u uw praktijk zou moeten beschrijven, hoe zou u dat dan doen? *Alternatief:* Kunt mij iets vertellen over de visie en kenmerken van uw praktijk?
- Onderneemt u / uw praktijk activiteiten die specifiek gericht zijn op het aantrekken van nieuwe cliënten? *Alternatief:* Hoe communiceert de praktijk met (potentiële) cliënten? Welke middelen worden daarvoor ingezet?
- Is profilering van de praktijk / communicatie naar buiten toe een onderwerp dat specifiek aan de orde komt in het teamoverleg? Zo ja, hoe vaak en op welke manier?

Open einde:

- Zijn er verder nog zaken die u toe zou willen voegen, aspecten die u nog wilt bespreken?
- *Bespreken of en hoe je cliënten van de praktijk kunt enquêteren.*

Slot:

Dan bedank ik u voor dit interview.

Stelt u er prijs op een verslag van het onderzoek te ontvangen? Indien ja: dit verslag kunt u begin juli 2010 verwachten, ik zal het u per mail toezenden.

B. Topiclijst voor overige professionals in de verloskunde

Introductie

Zoals ik via email heb uitgelegd wil ik onderzoek doen naar de motieven van cliënten om voor een eerstelijns verloskundigenpraktijk te kiezen en de wijze waarop verloskundigen invulling geven aan vraaggericht werken. Voordat ik enquêtes ga verspreiden wil ik graag eerst een aantal oriënterende interviews houden over dit thema met personen die werkzaam zijn binnen het vakgebied van de verloskunde en daarom heb ik contact met je opgenomen. In mijn onderzoek definieer ik vraaggericht werken vooral in termen van activiteiten die praktijken ondernemen om potentiële cliënten aan te trekken. Het gaat mij dus niet in de eerste plaats om het inspelen op wensen en behoeften van individuele cliënten tijdens de zorgverlening, maar op de ‘marketingkant’ van vraaggericht werken. Behalve over deze specifieke invulling van het begrip wil ik echter ook graag meer in het algemeen weten wat je ideeën over en ervaringen met verschillende aspecten van marktwerking zijn. Ik zal dan ook zowel vragen stellen die algemeen als vragen die meer specifiek van aard zijn. Ik begin met een paar algemene vragen over je functie en wat je tot op heden gedaan hebt binnen het vakgebied van de verloskunde.

Praktische zaken:

Het interview zal dertig tot zestig minuten duren.

Vind je het goed als ik het interview opneem?

Heb je vooraf nog vragen?

A) Algemene vragen

1. Wat is je huidige functie en hoe lang oefen je deze al uit?
2. Heb je in het verleden gewerkt als eerstelijns verloskundige en zo ja, waar en wanneer?
3. Heb je nog andere functies uitgeoefend binnen de verloskundige zorg (bijvoorbeeld als klinisch verloskundige)? Zo ja, welke functie(s), waar en wanneer?

Introductie eerste topic

Binnen de verloskundige zorg wordt tegenwoordig veel nadruk gelegd op de wensen en behoeften van de cliënt en is het vraaggericht werken een belangrijk begrip geworden. Zelf heb je hiervoor een communicatiemodel ontwikkeld. Daarnaast wordt van zorgaanbieders ook steeds meer verwacht dat zij hun kwaliteit inzichtelijk maken voor derden en zich actief

opstellen naar potentiële cliënten toe. Ik zou graag willen weten wat je mij kunt vertellen over vraaggericht werken binnen de verloskunde in algemene zin (overgang naar de eerste vraag).

B) Vraaggericht binnen de verloskundige zorg

Startvraag:

▪ Zou je mij wat meer kunnen vertellen over vraaggericht werken binnen de verloskunde?

Alternatief: Welke ontwikkelingen zie je op het gebied van vraaggericht werken in de verloskunde? *Alternatief:* Hoe zijn verloskundigen naar jouw idee op dit moment bezig met vraaggericht werken?

▪ Keuzemogelijkheden voor cliënten (Is er voldoende aanbod om van een echte keuze te kunnen spreken? → Concurrentie tussen praktijken (In hoeverre is hiervan sprake?))

▪ Belangrijkste motieven van cliënten om voor een bepaalde praktijk te kiezen (volgens participant).

▪ Relatie tussen het type cliëntenpopulatie en hun keuzemotieven.

▪ Rol van de huisarts bij het kiezen van een praktijk.

▪ Zijn verloskundigen naast het zich richten op de behoeften van de cliënt in de directe zorgrelatie ook bezig met de ‘marketing’ van hun praktijk? Zo ja, op welke manieren?

Uitleg voor aanvang van het laatste topic:

Na deze specifieke vragen over vraaggericht werken zou ik nog graag willen weten wat je het algemeen voor ontwikkelingen ziet met betrekking tot marktwerking in de verloskundige zorg. Behalve aan vraaggericht werken kun je dan denken aan zaken als onderlinge concurrentie, samenwerking en innovatie en andere aspecten die er in uw beleving bij horen.

C Marktwerking in de verloskundige zorg

Startvraag:

▪ Kunt je mij in het algemeen iets vertellen over marktwerking binnen de verloskunde?

Alternatief: Wat vind je belangrijke marktgerichte ontwikkelingen binnen de verloskunde ?

▪ Visie van de participant op deze ontwikkelingen.

▪ Sentimenten verloskundigen met betrekking tot marktwerking (in het algemeen). Welke voordelen/problemen zien zij?

Open einde:

▪ Zijn er verder nog zaken die u toe zou willen voegen, aspecten die u nog wilt bespreken?

Slot:

Dan bedank ik u voor dit interview.

Stelt u er prijs op een verslag van het onderzoek te ontvangen? Indien ja: dit verslag kunt u begin juli 2010 verwachten, ik zal het u per mail toezenden.

C. E-mailvragenlijst voor verloskundigen

Beste verloskundige van praktijk X

Hieronder vindt u de vragen zoals ik die in de interviews voorleg. Zoals ik in mijn brief heb uitgelegd wil ik onderzoek doen naar de motieven van cliënten om voor een eerstelijns verloskundigenpraktijk te kiezen en de wijze waarop verloskundigen invulling geven aan vraaggericht werken. In mijn onderzoek definieer ik vraaggericht werken vooral in termen van activiteiten die praktijken ondernemen om potentiële cliënten aan te trekken. Het gaat mij dus niet in de eerste plaats om het inspelen op wensen en behoeften van individuele cliënten tijdens de zorgverlening, maar op de ‘marketingkant’ van vraaggericht werken. Ik begin met een paar algemene vragen.

A) Algemene vragen

1. Hoe lang werkt u al bij deze praktijk of, indien van toepassing, wanneer hebt u deze praktijk opgezet of overgenomen?
2. Bent u werkzaam als zelfstandige maat of in loondienst?
3. Hoe ziet de cliëntenpopulatie van jullie praktijk eruit? (Hoe zou u deze beschrijven qua kenmerken?)

B) Beeld van de keuzemotieven van cliënten

- 4) Wat zijn volgens u de belangrijkste redenen waarom cliënten voor een bepaalde verloskundigenpraktijk kiezen?
- 5) Wat maakt jullie eigen praktijk aantrekkelijk? (Waarom denkt u dat cliënten voor jullie kiezen?)
- 6) Ziet u een relatie tussen het type cliëntenpopulatie dat jullie hebben en hun keuzemotieven? (Zijn er bepaalde zaken die jullie bieden die door deze populatie specifiek belangrijk worden gevonden?)

7) Hoe groot is de keuzevrijheid voor (potentiële) cliënten in jullie regio? (Zijn er veel andere praktijken in de buurt waar zij ook naartoe zouden kunnen gaan?)

8) Is er volgens u sprake van concurrentie tussen praktijken in de regio? Zo ja, waar blijkt dat uit?

9) Wat is de rol van de huisarts bij het kiezen van een praktijk? Nemen zwangeren in de regel meteen contact op met een verloskundigenpraktijk of gaan zij eerst naar de huisarts? Verwijst de huisarts specifiek door naar (een) bepaalde praktijk(en)?

C) Wijze waarop de praktijk bezig is met vraaggericht werken

10) Als u jullie praktijk zou moeten beschrijven, hoe zou u dat dan doen? (Bijv. visie, kenmerken)

11) Ondernemen jullie activiteiten die specifiek gericht zijn op het aantrekken van nieuwe cliënten? (Hoe communiceert de praktijk met (potentiële) cliënten?) Welke middelen worden daarvoor ingezet? (Bijv. internet, folders, flyers etc.)

12) Is profilering van de praktijk / communicatie naar buiten toe een onderwerp dat specifiek aan de orde komt in het teamoverleg? Zo ja, hoe vaak en op welke manier?

Dit waren de vragen. Als u verder nog opmerkingen of toevoegingen hebt zijn die uiteraard welkom!

D. Codeboom interviews

- ontwikkeling marktwerking
 - concurrentie
 - vanuit de markt zelf
 - vrije vestiging praktijken
 - nadruk op kwalitatieve aspecten
 - verloskunde als zelfstandige discipline
 - rolverdeling 1^e/2^e lijn
 - continuïteit van zorg
 - regie bij de eerste lijn?
 - uitbreiding takenpakket
 - cliëntgerichte zorg als traditie
 - toegenomen mondigheid en beschikbaarheid van informatie
 - cliëntgerichtheid impliciet/expliciet
 - invloed tekort aan verloskundigen op cliëntgerichte dienstverlening
 - achterlopen in vergelijking met andere disciplines
 - verloskundige zorg in eerstelijnscentra
 - reproductieve zorg als traject

- rol overheid
- betaling/tarieven
- domeinen van vraaggericht werken
- profileringsactiviteiten/middelen
 - servicegerichtheid
 - zorgen voor goede fysieke bereikbaarheid
 - openingstijden/avondspreekuur
 - uitgebreid telefonisch spreekuur/altijd bereikbaar
 - reclame op auto's/kleding
 - opening/open dag
 - adverteren in lokale krant
 - adverteren in Gouden Gids
 - alle verloskundige diensten in de praktijk
 - kleine praktijk
 - persoonlijke aandacht
 - Bevalplan
 - zelf echo's maken
 - speciale diensten
 - huis aan huis flyeren
 - goede samenwerking met de 2^e lijn
 - mond tot mondreclame
 - website
 - profileren richting speciale groepen
- keuzemotieven cliënten
 - geen mannelijke verloskundigen
 - verloskundigen hebben veel ervaring
 - servicegerichtheid
 - ruim telefonisch spreekuur/altijd bereikbaar
 - ruime openingstijden/avondspreekuur
 - beschikbaarheid moderne technieken
 - ziekenhuis naar keuze of plekgarantie in specifiek ziekenhuis
 - alle verloskundige diensten in de praktijk
 - praktijk spreekt gevoelsmatig aan
 - locatie praktijk (dichtbij woonadres/parkeergelegenheid)
 - aantrekkelijke website
 - advies huisarts
 - aansprekende visie/identiteit
 - advies bekenden (mond tot mondreclame)
 - goede voorlichting
 - goed contact met de verloskundige/persoonlijke benadering
 - kleine praktijk
 - weten wie er bij de bevalling zal zijn
 - rol medische kwaliteit beperkt
- rol huisarts bij de keuze voor een praktijk en tijdens de zwangerschap
- visie op marktwerking praktijken
- visie op zwangerschap en geboorte praktijken
- praktijkprofilering in teambespreking
- kenmerken cliëntenpopulatie
- kwaliteitsbewustheid cliënten
- praktijk vinden/informatie zoeken

- meten cliënttevredenheid via enquêtes
- wettelijke beperkingen van marketingactiviteiten

E. Cliëntenenquête

Beste cliënt van verloskundigenpraktijk X,

Voor mijn opleiding Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht ben ik bezig met een afstudeeronderzoek. In dit onderzoek wil ik graag ontdekken waarom zwangere vrouwen voor een bepaalde verloskundigenpraktijk kiezen. Daarvoor heb ik deze enquête gemaakt. De enquête bevat dan ook vragen over de redenen waarom u zich bij deze praktijk hebt gemeld, welke informatie u heeft gebruikt om uw keuze te maken en wie daarbij een rol heeft gespeeld. Daarnaast vraag ik, om de informatie goed te kunnen verwerken, naar enkele achtergrondgegevens, zoals uw leeftijd en de plaats waar u woont.

De enquête bestaat uit meerkeuzevragen. U kunt het antwoord dat op u van toepassing is aankruisen. Bij een aantal vragen heeft u de mogelijkheid zelf iets in te vullen, als er geen antwoord is dat op u van toepassing is. Het invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten en uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Dit betekent dat u anoniem blijft. De bedoeling van dit onderzoek is om verloskundigen te helpen nog beter rekening te houden met uw wensen. Het is dan ook erg nuttig als u wilt meedoen en ik bedank u daarvoor hartelijk.

Met vriendelijke groeten,

Corry Dozeman
Studente ASW, Universiteit Utrecht

A) De keuze voor een praktijk

Onderstaande vragen gaan over de redenen waarom u voor de praktijk hebt gekozen waar u nu onder controle bent, en of u ooit onder controle bent geweest bij een andere praktijk.

1. Bent u al eerder onder controle geweest bij deze verloskundigenpraktijk, tijdens een eerdere zwangerschap?

Het gaat hier niet om het aantal zwangerschappen dat u heeft gehad, maar om het aantal keren dat u cliënt was bij deze praktijk.

- Nee, dit is de eerste keer
- Ja, één keer eerder
- Ja, twee keer of vaker

2. Bent u ooit onder controle geweest bij een andere praktijk?

- Nee (**ga verder met vraag 4**)
- Ja, tijdens deze zwangerschap
- Ja, tijdens een eerdere zwangerschap

De vragenlijst gaat op de volgende bladzijde verder

3. Waarom bent u daar nu niet meer onder controle?

- Ik ben verhuisd
- Ik was niet tevreden over deze praktijk / heb een nare ervaring gehad
- Deze praktijk bestaat niet meer / is opgeheven
- Toen ik over de praktijk hoorde waar ik nu onder controle ben, leek deze mij beter
- Anders, namelijk.....

4. Wat is *de belangrijkste* reden dat u voor de praktijk hebt gekozen waar u nu cliënt bent?
U kunt hier slechts één antwoord aankruisen.

- Dit was de eerste praktijk die ik tegenkwam toen ik op zoek ging naar een praktijk **C**
- Deze praktijk is het dichtst bij mijn woonadres **C***
- Deze praktijk is mij aangeraden door iemand uit mijn omgeving **B**
- Deze praktijk is mij aangeraden door mijn huisarts **B**
- Ik ben al eerder cliënt geweest bij deze praktijk en dat is mij goed bevallen **B**
- De praktijk heeft ruime telefonische spreekuren **A**
- De praktijk houdt ook spreekuur in de avonden **A**
- De praktijk maakt zelf echo's **A**
- Je krijgt bij deze praktijk veel persoonlijke aandacht **A**
- Het aantal verloskundigen waar je mee te maken krijgt is klein **A**
- De visie van de praktijk op zwangerschap en geboorte spreken mij aan **A**
- Ik kan bevallen in een ziekenhuis naar keuze **A**
- Ik heb de zekerheid dat ik kan bevallen in een specifiek ziekenhuis (plekgarantie) **A**
- De praktijk biedt een dienst aan waarvan ik graag gebruik wil maken, namelijk.....
.....**A**
- De praktijk bevindt zich in een gezondheidscentrum met nog meer zorgverleners **A**
- Anders, namelijk.....

5. Welke redenen heeft u *nog meer* gehad om voor deze praktijk te kiezen?

U mag hier maximaal drie antwoorden aankruisen.

- Geen andere reden **C**
- Dit was de eerste praktijk die ik tegenkwam toen ik op zoek ging naar een praktijk.
- Deze praktijk is het dichtst bij mijn woonadres
- Deze praktijk is mij aangeraden door iemand uit mijn omgeving
- Deze praktijk is mij aangeraden door mijn huisarts
- Ik ben al eerder cliënt geweest bij deze praktijk en dat is mij goed bevallen.
- De praktijk heeft ruime telefonische spreekuren
- De praktijk houdt ook spreekuur in de avonden
- De praktijk maakt zelf echo's
- Je krijgt bij deze praktijk veel persoonlijke aandacht
- Het aantal verloskundigen waar je mee te maken krijgt is klein

A = sterk zorginhoudelijk, B = matig zorginhoudelijk, C = niet-zorginhoudelijk

- De visie van de praktijk op zwangerschap en geboorte spreken mij aan
- Ik kan bevallen in een ziekenhuis naar keuze
- Ik heb de zekerheid dat ik kan bevallen in een specifiek ziekenhuis (plekgarantie)
- De praktijk biedt een dienst aan waarvan ik graag gebruik wil maken, namelijk.....
.....
- De praktijk bevindt zich in een gezondheidscentrum met nog meer zorgverleners
- Anders, namelijk.....

B. Informatie zoeken

De volgende vragen gaan over de manieren waarop u informatie heeft gezocht om een verloskundigenpraktijk te kiezen.

6. Hoe heeft u de praktijk waar u nu cliënt bent gevonden?

- Op internet
- In het telefoonboek
- Ik wist al dat deze praktijk in de buurt was
- Ik heb van iemand uit mijn omgeving over deze praktijk gehoord
- Mijn huisarts heeft me over deze praktijk verteld
- Een gynaecoloog heeft mij doorverwezen
- Anders, namelijk.....

7. Heeft u informatie over verschillende verloskundigenpraktijken *vergeleken* voor u een keuze heeft gemaakt?

U kunt hier meerdere antwoorden aankruisen.

- Nee, ik heb helemaal geen informatie opgezocht (**ga verder met vraag 10**)
- Nee, ik heb alleen informatie over deze praktijk opgezocht
- Ja, door het bekijken van de internetsites van praktijken
- Ja, door het bekijken van een vergelijkingssite, zoals www.kiesbeter.nl
- Ja, door het bekijken van praktijkfolders
- Ja, op een andere manier, namelijk.....

8. Vindt u dat er genoeg informatie te vinden is over verloskundigenpraktijken om een goede keuze te maken?

Het gaat hier om informatie die u heeft gekregen / kon vinden voordat u zich had aangemeld.

- Ja, ik heb alle informatie kunnen vinden die ik nodig had (**ga verder met vraag 10**)
- Nee, dat zou beter kunnen

De vragenlijst gaat op de volgende bladzijde verder

9. Welke informatie heeft u gemist toen u op zoek ging naar een praktijk?

U mag hier meerdere antwoorden aankruisen.

- Informatie over de toegankelijkheid van de praktijk (dagen en tijden waarop er spreekuur en telefonisch spreekuur is)
- Informatie over het aantal verloskundigen dat je tijdens je zwangerschap te zien krijgt
- Informatie over de hoeveelheid persoonlijke aandacht die je krijgt
- Informatie over de mogelijkheden en diensten die een praktijk biedt
- Informatie over kwaliteitskeurmerken van de praktijk

Hiermee worden keurmerken van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) bedoeld. Verloskundigen kunnen zich individueel inschrijven in een kwaliteitsregister. Ook kan een praktijk een keurmerk verdienen, een 'praktijkaccreditatie'.

- Anders, namelijk.....

C. Afsluitende vragen

Tot slot nog een paar algemene vragen.

10. Heeft u een partner met wie u de zorg voor uw kind gaat delen?

Als u wel een partner heeft, maar deze niet de rol van tweede ouder gaat vervullen, kruis dan 'nee' aan.

- Nee (**ga verder met vraag 12**)
- Ja

11. Heeft uw partner meebeslist in de keuze voor de praktijk waar u nu onder controle bent?

- Nee
- Ja

12. Wat is uw leeftijd?

.....jaar

13. Wat is de hoogste opleiding die u genoten heeft?

Als u nog onderwijs volgt, wilt u dan het onderwijstype aankruisen dat u nu volgt?

- Basisonderwijs / geen opleiding
- VMBO (LBO/MAVO)
- HAVO/VWO
- MBO
- HBO/Universitair

14. Bent u in Nederland geboren?

- Ja
- Nee

Zie voor de laatste vragen de volgende bladzijde

15. Zijn uw beide ouders in Nederland geboren?

- Ja
- Nee, één ouder is in het buitenland geboren
- Nee, beide ouders zijn in het buitenland geboren

16. In welke plaats woont u?

.....

EINDE

Dit is het einde van de vragenlijst. Nogmaals bedankt voor het invullen! Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van mijn onderzoek, dan kunt u een e-mail sturen naar corrydozeman@live.nl. U krijgt het verslag dan toegestuurd, zodra het onderzoek is afgerond (eind juni – begin juli 2010). Eventuele opmerkingen en vragen naar aanleiding van deze enquête kunt u ook sturen naar mijn e-mailadres.

F. Verloskundigenenquête

Beste verloskundigen van praktijk X,

Voor mijn opleiding Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht ben ik bezig met een afstudeeronderzoek. Het is mijn bedoeling om onderzoek te doen naar keuzemotieven van cliënten om voor een bepaalde eerstelijns praktijk te kiezen en de wijze waarop verloskundigen invulling geven aan vraaggericht werken. Hierbij ben ik vooral geïnteresseerd in de ‘marketing kant’ van het vraaggerichte werken, ofwel in activiteiten die praktijken ondernemen om potentiële cliënten aan te trekken. Om dit te onderzoeken heb ik deze enquête gemaakt.

De enquête kan door één verloskundige worden ingevuld en bevat zowel vragen over de praktijk als geheel als meer individueel gerichte vragen. Verder wil ik u vragen deze enquête in te laten vullen door een verloskundige die werkzaam is als zelfstandige maat of in loondienst **en niet door een waarneemster/waarnemer**.

De enquête bevat vragen over wat volgens u de belangrijkste keuzemotieven van cliënten zijn, hoe u communiceert met potentiële cliënten en of dit laatste een onderwerp is dat veel besproken wordt binnen uw praktijk. Ook komt aan de orde of u concurrentie ervaart in uw werkgebied. Daarnaast vraag ik, om de gegevens goed te kunnen verwerken, naar enkele achtergrondvariabelen, zoals uw leeftijd en het aantal jaren dat u al werkzaam bent bij uw huidige praktijk.

De enquête bestaat uit meerkeuzevragen. Omdat het aankruisen van antwoorden bij een digitale enquête niet goed mogelijk is, wil ik u vragen de gekozen antwoordoptie(s) vetgedrukt te maken. Een andere manier van markeren mag eventueel ook, zolang maar duidelijk is welk(e) antwoord(en) u kiest. Bij een aantal vragen heeft u de mogelijkheid zelf iets in te vullen, als er geen antwoord is dat u van toepassing vindt. Het invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten en uw gegevens worden anoniem verwerkt.

Het doel van mijn onderzoek is om kennis te verkrijgen die verloskundigen kan helpen hun activiteiten op het gebied van vraaggericht werken (nog) beter af te stemmen op de cliënt. Het is dan ook erg nuttig als u wilt meedoen en ik bedank u daarvoor hartelijk.

Met vriendelijke groeten,

Corry Dozeman
Studente ASW, Universiteit Utrecht

Zie voor het begin van de enquête de volgende pagina

A) Uw cliëntenpopulatie en hun keuzemotieven

Onderstaande vragen gaan over de samenstelling van uw cliëntenpopulatie en wat volgens u de belangrijkste redenen zijn van cliënten om voor een praktijk te kiezen.

1) Wat is de samenstelling van uw cliëntenpopulatie?

- Overwegend autochtoon en hoogopgeleid
- Overwegend autochtoon en laagopgeleid
- Overwegend allochtoon en hoogopgeleid
- Overwegend allochtoon en laagopgeleid
- Gemengd
- Anders, namelijk.....

Met 'overwegend' wordt bedoeld, een percentage van minimaal zeventig procent autochtone dan wel allochtone cliënten. Indien geen van beide groepen dit aandeel haalt, vul dan 'gemengd' in.

Voor de betekenis van het begrip 'allochtoon' kunt u uitgaan van de standaarddefinitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek, namelijk dat een persoon allochtoon genoemd kan worden als tenminste één van zijn/haar ouders in het buitenland geboren is.

2) Wat zijn volgens u de belangrijkste redenen waarom cliënten voor een bepaalde verloskundigenpraktijk kiezen?

Hierbij gaat het om de vraag wat u denkt dat cliënten in het algemeen belangrijk vinden, niet waarom ze specifiek voor u kiezen.

U kunt maximaal vier antwoorden aankruisen.

- De praktijk is het dichtst bij hun woonadres **C**
- De praktijk is hen aangeraden door iemand uit hun omgeving **B**
- De praktijk is hen aangeraden door de huisarts **B**
- De praktijk heeft een ruim telefonisch spreekuur of is altijd bereikbaar **A**
- De praktijk houdt ook 's avonds spreekuur **A**
- De praktijk is fysiek goed bereikbaar (ruime parkeermogelijkheden e.d.) **C**
- De praktijk heeft een aantrekkelijke website **B**
- De praktijk heeft een aansprekende visie en identiteit **A**
- De praktijk is klein / mensen zien een beperkt aantal verloskundigen **A**
- De praktijk heeft veel aandacht voor persoonlijke wensen **A**
- De verloskundigen van de praktijk hebben veel ervaring **A**
- De praktijk maakt zelf echo's **A**
- De praktijk gaat mee met moderne ontwikkelingen / kan de nieuwste technieken Aanbieden **A**
- Cliënten kunnen bevallen in een ziekenhuis naar keuze **A**
- Cliënten hebben de zekerheid dat zij kunnen bevallen in een specifiek ziekenhuis (plekgarantie) **A**
- De praktijk bevindt zich in een gezondheidscentrum met nog meer zorgverleners **A**
- De praktijk heeft een praktijkaccreditatie van de KNOV **A**
- Anders, namelijk.....

3) Wat zijn volgens u de belangrijkste redenen dat cliënten voor uw praktijk kiezen?
U kunt maximaal vier antwoorden aankruisen

- De praktijk is het dichtst bij hun woonadres
- De praktijk is hen aangeraden door iemand uit hun omgeving
- De praktijk is hen aangeraden door de huisarts
- De praktijk heeft een ruim telefonische spreekuur of is altijd bereikbaar
- De praktijk houdt ook 's avonds spreekuur
- De praktijk is fysiek goed bereikbaar (ruime parkeermogelijkheden e.d.)
- De praktijk heeft een aantrekkelijke website
- De praktijk heeft een aansprekende visie en identiteit
- De praktijk is klein / mensen zien een beperkt aantal verloskundigen
- De praktijk heeft veel aandacht voor persoonlijke wensen
- De verloskundigen van onze praktijk hebben veel ervaring
- De praktijk maakt zelf echo's
- De praktijk gaat mee met moderne ontwikkelingen / kan de nieuwste technieken aanbieden
- Cliënten kunnen bevallen in een ziekenhuis naar keuze
- Cliënten hebben de zekerheid dat zij kunnen bevallen in een specifiek ziekenhuis (plekgarantie)
- De praktijk bevindt zich in een gezondheidscentrum met nog meer zorgverleners
- De praktijk heeft een praktijkaccreditatie van de KNOV
- Anders, namelijk.....

B) Communicatie met potentiële cliënten

Onderstaande vragen gaan over de middelen die u inzet om uw praktijk bekend te maken bij potentiële cliënten en of dit onderwerp (indien u in een groepspraktijk werkt) regelmatig aan de orde komt in het teamoverleg.

4) Van welke middelen en activiteiten maakt uw praktijk gebruik om u bekend te maken bij potentiële cliënten?

U mag zoveel antwoorden aankruisen als van toepassing zijn

- Website
- Adverteren in de Gouden Gids
- Adverteren in (een) lokale krant(en)
- Open dagen
- Flyer of folder bij huisartsen en/of andere zorgverleners
- Huis aan huis flyeren
- Reclame op auto's en/of kleding
- Anders, namelijk.....

De enquête gaat verder op de volgende pagina

5) Maakt u, in de informatievoorziening naar potentiële cliënten, expliciet melding van bepaalde diensten die uw praktijk biedt?

Hiermee wordt bedoeld dat u uw diensten bewust zo presenteert dat voor potentiële cliënten duidelijk is wat u te bieden heeft en wat eventueel uw voordelen zijn in vergelijking met andere praktijken.

- Nee
- Ja

6) Over welke van de volgende kwaliteitskeurmerken/registraties beschikt u?

- Individuele inschrijving vanverloskundigen in het kwaliteitsregister van de KNOV. *Hier graag het aantal verloskundigen invullen dat in dit register staat ingeschreven*
- Een praktijkaccreditatie van de KNOV
- Inschrijving in het versieregister van de KNOV
- Inschrijving in het echoscopieregister van de KNOV
- Een borstvoedingscertificaat van de stichting 'Zorg voor Borstvoeding'
- Anders, namelijk.....
- Geen kwaliteitskeurmerken (**ga verder met vraag 8**)

7) Maakt u, in uw informatievoorziening naar potentiële cliënten, expliciet melding van uw kwaliteitscertificaten?

- Nee
- Ja

8) Wat is de grootte van uw praktijk?

- solopraktijk (**ga verder met vraag 10**)
- duopraktijk
- groepspraktijk metverloskundigen. *Graag het aantal verloskundigen invullen, exclusief waarneemsters/waarnemers*

9) Is de communicatie naar potentiële cliënten toe een onderwerp dat besproken wordt tijdens het teamoverleg?

- Nee, (vrijwel) nooit
- Ja, af en toe
- Ja, regelmatig

De enquête gaat verder op de volgende pagina

C. Meting van cliënttevredenheid

Met de volgende twee vragen wil ik graag te weten komen of uw praktijk zelf de tevredenheid van cliënten onderzoekt en zo ja, op welke manier

10) Doet u aan meting van de cliënttevredenheid?

- Nee (**ga verder met vraag 12**)
- Ja, periodiek
- Ja, continu

11) Op welke wijze meet u de cliënttevredenheid?

U kunt hier meerdere antwoorden aankruisen

- Cliënten krijgen na afloop van het kraambed een enquête thuisgestuurd
- Cliënten kunnen via de website een enquête invullen
- Wij nemen aan het einde van het kraambed mondeling een enquête/vragenlijst af
- In onze wachtkamer(s) liggen enquêtes die cliënten mee kunnen nemen
- Wij bieden cliënten een enquête aan tijdens de nacontrole
- Op een andere manier, namelijk.....

D) Concurrentie met andere praktijken

De volgende vragen gaan over of er andere praktijken aanwezig zijn in uw werkgebied en of u enige concurrentie ervaart tussen uw praktijk en deze andere praktijk(en).

12) Zijn er andere praktijken die (gedeeltelijk) werkzaam zijn in uw gebied?

- Nee (ga door met vraag 15)
- Ja, er is één andere praktijk actief in ons werkgebied
- Ja, er zijn twee of meer andere praktijken actief in ons werkgebied

13) Is er volgens u sprake van concurrentie tussen uw praktijk en deze andere praktijk(en)?

Hiermee wordt bedoeld of u op de één of andere manier iets merkt van de aanwezigheid van deze andere praktijk(en)

- Nee (ga door met vraag 15)
- Ja (ga door met vraag 14, sla vraag 15 over)

14) Bent u, door deze concurrentie, meer bezig met activiteiten om cliënten aan te trekken?

- Nee
- Ja

Zie voor de laatste vragen van de enquête de volgende pagina

15) Waarom is er volgens u geen sprake van concurrentie?

Deze vraag alleen invullen als u bij vraag 13 'nee' hebt geantwoord

U mag hier meerdere antwoorden aankruisen

- Er zijn meer dan voldoende (potentiële) cliënten in het gebied voor alle praktijken
- De praktijken verschillen erg van elkaar en trekken een verschillende doelgroep aan
- Wij hebben met deze praktijken een samenwerkingsverband
- Anders, namelijk.....

D) Afsluitende vragen

Tot slot nog een paar algemene vragen

16) Bent u werkzaam als zelfstandige maat of in loondienst?

- Als zelfstandige maat
- In loondienst

17) Hoeveel jaren bent u al werkzaam bij deze praktijk?

.....jaar

18) Wat is uw leeftijd?

.....jaar

19) Wat is uw geslacht?

- vrouw
- man

EINDE

Dit is het einde van de vragenlijst. Nogmaals bedankt voor het invullen! Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van mijn onderzoek, dan kunt u een e-mail sturen naar corrydozeman@live.nl. U krijgt het verslag dan toegestuurd, zodra het onderzoek is afgerond (eind juni – begin juli 2010). Ook eventuele vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze enquête kunt u sturen naar mijn e-mailadres.

