

TNO-rapport

TNO/CH 2011.048

Implementatie van preconceptiezorg in de regio Leiden

Behavioural and Societal Sciences

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
infodesk@tno.nl

Datum	November 2011
Auteur(s)	Dr. K.M. van der Pal-de Bruin Drs. D.A. Verlinden Drs. Y.J.F.M. Jansen Drs. M.H.C. Theunissen Dr. A Broerse I. Aalhuizen, MSc
Aantal pagina's	54
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnaam	Implementation of pre-conception care'
Projectnummer	031.21207/01.01

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2011 TNO

Voorwoord

Door TNO is in samenwerking met de KNOV en de Kring regio Leiden en omstreken en in opdracht van ZonMw onderzoek uitgevoerd naar de implementatie van preconceptionele zorg in de regio Leiden. Er is onderzoek gedaan naar effectieve strategieën om vrouwen en hun partner voor de zwangerschap te informeren over het kinderwensspreekuur zodat zij een afspraak maken op het kinderwensspreekuur. Extra aandacht is besteed aan het bereiken van laag opgeleide vrouwen en allochtone vrouwen zodat ook zij het kinderwensspreekuur bezoeken. De resultaten zijn beschreven in dit rapport.

Tevens is in het kader van dit project kwalitatief onderzoek onder laag opgeleide vrouwen en allochtone vrouwen uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in hun houding ten opzichte van het kinderwensspreekuur en de manier waarop zij geïnformeerd willen worden. De resultaten hiervan zijn in een apart rapport beschreven.

Gedurende het project is een klankbordgroep ingesteld om de voortgang van het project te bewaken en de resultaten van het project te bespreken. De waardevolle reacties van de klankbordgroep zijn verwerkt in voorliggend rapport.

Klankbordgroep

Instelling	Naam
CVZ	Mw. J. Latta
Erasmus MC	Dr. S. Denktas
GGD Hollands Midden	Drs. A.G. Martens
Het Ouderschap	Mw. R. Verweij
Huisarts	Dr. L. de Jong-Potjer; N. van den Braken, arts
KNOV	Drs. I. Aalhuizen
LUMC	Prof.dr. J. van Lith, Dr. M.R. Crone
NIGZ	Mw. F. Alakay
REOS	Drs. M. Kruijt
RIVM	Drs. M. Beckers, Mw. W. Lijs, arts, Mw. H. van Veldhuizen, Dr. A. Meuwese
Kring Leiden en omstreken	Mw. P. Höcker, Mw. L. Kweekel
VSOP/Erfocentrum	Dr. E. van Vliet
VU Medisch Centrum	Prof.dr. M. Cornel
Zorg en Zekerheid	Mw. S. Faber, Dhr. E. Kramer, Mw. S. Brown

Inhoudsopgave

	Voorwoord	2
	Klankbordgroep	3
1	Inleiding	5
2	Methode	7
2.1	Strategieën	7
2.2	Kinderwensspreekuur in verloskundig centrum de Poort.....	10
2.3	Methodiek evaluatie effectiviteit van informatiestrategieën	11
2.4	Intentie van gedrag	12
3	Resultaten	15
3.1	Bekendheid kinderspreekuur	15
3.2	Gebruik van het kinderspreekuur	17
3.3	Leefstijl en risicofactoren van vrouwen die het kinderspreekuur hebben bezocht	20
4	Hoe zijn vrouwen geïnformeerd en hoe willen vrouwen geïnformeerd worden over het kinderspreekuur?	25
4.1	Manier waarop vrouwen zijn geïnformeerd over het kinderspreekuur.....	25
4.2	Voorkeur van vrouwen voor informatiebronnen om het kinderspreekuur te introduceren.....	29
4.3	Belang van het kinderspreekuur	33
4.4	Praktische voorwaarden	34
5	Intentie om naar het kinderspreekuur te gaan	35
5.1	Determinanten van gedrag	35
5.2	Belangrijke determinanten van het gedrag 'bezoeken van het kinderspreekuur'	45
6	Samenvatting, conclusie en aanbevelingen	47
7	Referenties	52

1 Inleiding

Vergeleken met andere Europese landen heeft Nederland een relatief hoge perinatale sterfte (Mohangoo et al., 2008). Jaarlijks overlijden in Nederland ongeveer 1700 pasgeborenen (10 %) rond de geboorte. Tevens overlijden per jaar tien tot vijftien vrouwen aan complicaties tijdens zwangerschap en geboorte (Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Een groot deel van de perinatale sterfte wordt veroorzaakt door aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, groeivertraging en lage APGAR-score bij geboorte (Bonsel, 2010). Een deel van deze oorzaken vindt zijn oorsprong al in een zeer vroeg stadium van de zwangerschap. De aanleg van embryo en placenta zijn namelijk bepalend voor het verdere verloop van de zwangerschap en ontwikkeling van het kind. Al in de eerste weken van de zwangerschap, waarin de vrouw vaak nog niet weet dat zij zwanger is, wordt het embryo met de orgaanstelsels gevormd. In deze weken is het embryo zeer gevoelig voor allerlei invloeden. Het is daarom belangrijk om al voor de zwangerschap maatregelen te nemen ter bevordering van een gezonde zwangerschap en daarmee een optimale start voor de pasgeborene. (Gezondheidsraad, 2007). Dit kan tevens bijdragen aan het verminderen van de perinatale sterfte.

Het inventariseren van mogelijke aanwezige risico's en geven van advisering wordt preconceptiezorg genoemd. Preconceptiezorg is gericht op zowel de vrouw als haar partner. Een breed scala van onderwerpen wordt geïnventariseerd zoals medische voorgeschiedenis, obstetrische anamnese, familie-anamnese, medicatie gebruik (ook medicatie die vrij verkrijgbaar is), beroepsrisico's en leefstijlfactoren zoals foliumzuurgebruik, en advies over roken en alcoholgebruik.

Implementatie van preconceptiezorg wordt gezien als een noodzakelijke aanvulling aan de zorg rondom zwangerschap en geboorte. (De Stuurgroep zwangerschap en geboorte 2009). Eerder onderzoek van TNO/LUMC gaf aan dat laagopgeleiden en allochtonen minder vaak werden bereikt voor preconceptiezorg (De Jong-Potjer en Elsinga, 2006), terwijl in deze groepen zich vaker complicaties rond de zwangerschap en de geboorte voordoen (Frets, 2005; van Veldhuizen-Eshuis en Wieringa, 2009). Daarbij hebben hun kinderen op latere leeftijd vaak meer gezondheidsproblemen vergeleken met andere bevolkingsgroepen.

Er is echter weinig ervaring met het bereiken van vrouwen en hun partner met informatie over het kinderwensspreekuur. Het lastige hierbij is dat de groep vrouwen en hun partner met kinderwens niet vooraf te identificeren is en daardoor moeilijk rechtstreeks aan te spreken is. Ervaringen uit Maastricht en de KNOV wezen uit dat adverteren in de lokale krant een bruikbare manier is om mensen te informeren, maar het gebruik van het kinderwensspreekuur was beperkt en met name werden autochtone vrouwen met een hogere opleiding bereikt. Het is daarom nodig om effectieve strategieën te identificeren om vrouwen en hun partner te informeren over het kinderwensspreekuur. Daarbij is het van belang dat ook laagopgeleiden en allochtonen goed worden bereikt. In opdracht van ZonMw heeft TNO in de periode maart 2009-oktober 2011 binnen het project Implementatie Preconceptiezorg in Leiden onderzoek gedaan naar effectieve strategieën om deze groepen te bereiken (ZonMwsubsidie 120720010).

Vraagstellingen van het onderzoek zijn:

- 1 Welke strategieën konden worden ingezet en hoe is dit gegaan?
- 2 Wat is het bereik van de strategieën in termen van hoeveel vrouwen hebben gehoord van het kinderwensspreekuur en hoeveel vrouwen hebben gebruik gemaakt van het kinderwensspreekuur?
- 3 Zijn laagopgeleide vrouwen en allochtone vrouwen bereikt?
- 4 Welke strategieën worden door vrouwen aangegeven als bron van informatie of als gewenste bron van informatie?
- 5 Zijn er gedragsdeterminanten die het gebruik van het kinderwensspreekuur voorspellen?

In dit rapport is beschreven welke strategieën zijn uitgezet en welke resultaten hiermee zijn behaald. In hoofdstuk 2 is een beschrijving van de strategieën die ingezet zijn gegeven. In hoofdstuk 3 is beschreven in hoeverre vrouwen en hun partner zijn bereikt, welke doelgroepen zijn bereikt en op welke manier zij zijn bereikt. In hoofdstuk 4 is ingegaan op welke manieren vrouwen aangeven te willen worden geïnformeerd, of zij van het kinderwensspreekuur gebruik willen maken en wat hiervoor praktische voorwaarden zijn. In hoofdstuk 5 is gekeken of er gedragverklarende factoren aan te wijzen zijn die het gebruik van het kinderwensspreekuur bevorderen. Hoofdstuk 6 geeft een samenvatting van de resultaten met conclusies en aanbevelingen.

2 Methode

2.1 Strategieën

Gebaseerd op eerder uitgevoerd onderzoek en in gezamenlijk overleg met de verloskundige Kring Leiden en omgeving en de Reos (regionale ondersteuningsstructuur) is besloten welke strategieën in te zetten binnen het project. Voor alle wervingstrategieën geldt dat vooraf een plan is opgesteld waar monitoring onderdeel van was. De verschillende strategieën zijn hieronder beschreven.

Uitnodiging via een publieke gezondheidsinstelling.

Het programmatisch benaderen van vrouwen in de vruchtbare leeftijd lijkt een goede manier om vrouwen en hun partner te informeren over het kinderwensspreekuur. Een dergelijke aanpak is binnen het project Ouders van Straks uitgevoerd middels het sturen van een uitnodiging via de huisarts. Het bleek echter dat huisartsen 45% van vrouwen in de vruchtbare leeftijd niet uitnodigden voor preconceptiezorg terwijl een groot deel van deze vrouwen wel zwanger werd (De Jong-Potjer en Elsinga, 2006). Terughoudendheid voor niet uitnodigen kwam voort uit angst vrouwen te kwetsen omdat zij bijvoorbeeld alleenstaand zijn of hun gezin compleet vinden. Anderzijds heeft de programmatische aanpak er wel toe geleid dat vrouwen voor preconceptiezorg naar het kinderwensspreekuur gingen. Een programmatische aanpak kan dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan het bereiken van vrouwen met kinderwens en hun partner (De Jong-Potjer en Elsinga, 2006).

Door de GGD worden verschillende landelijke screeningen georganiseerd. Zij hebben dus ruime ervaring met het programmatisch uitnodigen en zouden mogelijk ook de uitnodiging voor het kinderwensspreekuur programmatisch kunnen uitvoeren. Uit overleg met de GGD bleken er echter verschillende ethische, voorlichting technische en organisatorische bezwaren te zijn. Er werd getwijfeld aan de opbrengst van het versturen van grote mailings en flyeren omdat de ervaring leert dat veel mensen de mailings niet lezen of begrijpen terwijl dit tegelijkertijd een enorme inspanning van de GGD vraagt. Hierdoor is van deze methode afgezien.

Poster en folder

Om vrouwen en hun partner te informeren over het kinderwensspreekuur is een poster met een folder getiteld 'Kinderwens? Denk er nu al over na.....' opgesteld. De poster op A3 formaat laat een vrouw zien denkend aan een baby. In de tekst wordt aangegeven dat een afspraak bij het kinderwensspreekuur kan worden gemaakt waarbij het telefoonnummer duidelijk is vermeld. De folder heeft dezelfde herkenbare voorkant. De folder geeft informatie over het kinderwensspreekuur en beschrijft het belang aan om voor de zwangerschap naar de verloskundige of huisarts te gaan.

De folder en poster zijn getest op aanspreekbaarheid onder laagopgeleide en allochtone vrouwen. Resultaat was aanpassing van de afbeelding van de vrouw naar een meer algemeen uiterlijk en kleine aanpassingen in de tekst om beter aan te sluiten bij de doelgroep.

De verloskundigen in de regio hebben zeer actief bijgedragen aan het verspreiden van de poster en folder over het kinderwensspreekuur. Zij hebben de poster en folder op veel verschillende plekken verspreid waar mogelijk vrouwen en hun partner met kinderwens komen. Plekken waar en zorgverleners bij wie de folder en poster zijn verspreid zijn huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, consultatiebureau,

crèches en peuterspeelzalen. De verspreiding heeft twee keer plaatsgevonden. De eerste keer één week voor de officiële start medio september en nogmaals in maart 2010. Beide keren is door de verloskundigen een paar weken na verspreiding steekproefsgewijs gecontroleerd of de poster en folders op een zichtbare plek waren opgehangen dan wel neergelegd.

Gebruik van massamedia.

Uit onderzoek in de regio Maastricht (Schrandt-Stumpel en de Nijs Bik, 2000) en van de KNOV-pilot preconceptiezorg is bekend dat de meeste paren zich voor preconceptiezorg aanmelden na het lezen van een advertentie in een huis-aan-huis krant. Deze methode is ook in de regio Leiden ingezet. De advertentie is een verkleinde versie van de poster. Bij de start van het project is drie keer wekelijks geadverteerd in de Leidse huis-aan-huis krant. Dit is na twee maanden nogmaals herhaald. Daarna is besloten om de advertentie om de week in de krant te laten verschijnen. Dit gebeurde in de periode april 2010-april 2011

Uitnodiging via de gemeente.

Vrouwen van niet-Noord-Europese afkomst lijken het meest open te staan voor preconceptiezorg rond de tijd van hun huwelijk (Hosli et al., 2005). Informatie over het kinderwensspreekuur zou daarom in die periode aangeboden moeten worden. Een mogelijkheid is om de informatie via de gemeente te overhandigen bij ondertrouw. Dit is overlegd met de ambtenaar van de Burgerlijke Stand van de gemeente Leiden. Alhoewel de ambtenaar aan gaf dat een dergelijke methode mogelijk kan werken vond de ambtenaar dit toch een zaak van persoonlijke aard waardoor deze benadering niet is uitgevoerd. Wel is het mogelijk gemaakt om folders via de folderzuil in de algemene hal van het gemeentehuis aan te bieden.

Uitnodiging via verloskundigen.

Op de websites van de verloskundigen is informatie over het kinderwensspreekuur opgenomen. Verder is uit de KNOV-pilot preconceptiezorg gebleken dat een deel van de vrouwen ingaat op een uitnodiging voor een preconceptieconsult van de verloskundige na een miskraam (niet gepubliceerde data). Ook kunnen verloskundigen vrouwen in het kraambed en bij de nacontrole (ongeveer zes weken na de bevalling) informeren en folders meegeven voor vriendinnen en familie (zie ook bereik via sociale netwerken). De verloskundigen hebben aangegeven dit ook te hebben gedaan.

Huisartsen

Door de werkgroep Preconceptiezorg van de Kring Leiden zijn voorlichtingsbijeenkomsten gehouden bij alle HAGRO's in de regio om het belang van preconceptiezorg te benadrukken en te vragen mogelijke cliënten te informeren over het kinderwensspreekuur. Daarnaast zijn alle huisartsen in de regio via een brief van de afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde van het LUMC geïnformeerd over het project en eveneens gevraagd cliënten naar het kinderwensspreekuur te verwijzen. De reactie van de huisartsen was verdeeld; een deel van de huisartsen stond achter het initiatief, een ander deel gaf aan preconceptiezorg via de eigen praktijk te willen verzorgen.

Bereik via sociale netwerken en intermediairs.

Uit het onderzoek van Aalhuizen blijkt dat vrouwen met een lage opleiding bereikt kunnen worden via hun familie en vrienden en via bestaande projecten op locaties waar ze vaak komen, zoals buurthuizen (Aalhuizen, 2006). Uit de KNOV-pilot preconceptiezorg en een KNOV- voorlichtingsproject over foliumzuur bleek dat ook

vrouwen van niet-Noord-Europese afkomst vooral op deze manier bereikt worden (mondelijke communicatie). Zo werd een folder over foliumzuur, uitgedeeld in de kraamperiode, regelmatig meegenomen door familieleden of vriendinnen.

Het bereiken van allochtone vrouwen wordt belemmerd door taal- en cultuurbarrières. Peervoorlichters en 'voorlichters in eigen taal en cultuur' (VETC-ers) kunnen deze barrières overbruggen. Peervoorlichters kunnen effectief zijn in het benaderen van vrouwen met een lage opleiding (Aalhuizen, 2006). Binnen het project zijn zeven vrouwen waarvan vijf van niet-Nederlandse afkomst, aangetrokken als peervoorlichter. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), die de uitgebreide training tot VETC'er geeft, heeft hiervoor een 1-daagse training met een terugkommiddag verzorgd om de peervoorlichters basisvaardigheden te leren. Twee van de zeven vrouwen zijn echter niet als peervoorlichter gestart. Van de overige vijf vrouwen waren er drie vrouwen die vroegtijdig zijn gestopt omdat het binnen het project niet mogelijk was de vrouwen een vaste aanstelling te geven. Dit was voor hun reden om met hun werkzaamheden voor het project te stoppen. Twee peervoorlichters hebben de gehele periode binnen het project gewerkt. De peervoorlichters hebben op vele verschillende momenten vrouwen aangesproken. Voorbeelden zijn tijdens buurtfeesten, op verjaardagen, het brengen en halen naar de peuterspeelzaal, bij de kapper en bij winkels.

Doordat de toestroom naar het kinderwensspreekuur in het begin van het project achterbleef bij de verwachtingen en er een groot effect van het benaderen via peervoorlichters verwacht was is besloten intensiever op deze methode in te zetten. Hiervoor zijn naast de bestaande peervoorlichters, vier ervaren VETC'ers van ERC Research ingezet in de periode mei – december 2010. De resultaten hiervan zijn in het volgende hoofdstuk beschreven.

Informatie door apotheker

Binnen de apotheek bestaat positieve ervaring met het geven van voorlichting over het gebruik van foliumzuur ter preventie van neuraalbuisdefecten. Middels stickers op de anticonceptiepil worden vrouwen er op geattendeerd dat als gestopt wordt met de anticonceptiepil vanwege kinderwens het wordt aanbevolen om foliumzuur te gebruiken. Ook maakt de apotheek gebruik van pro-actieve medicatiebewakingstaken bij kinderwens, zwangerschap en borstvoeding. Het is daarom denkbaar dat vrouwen met kinderwens via de apotheek geïnformeerd kunnen worden over het kinderwensspreekuur. TNO heeft MediClara Projects opdracht gegeven een pilotonderzoek uit te voeren naar de uitvoerbaarheid en het bereik van voorlichting over het kinderwensspreekuur via de openbare apotheek. De doelstelling van de pilot is voldoende draagvlak te vinden en een proefimplementatie te realiseren. De onderzoeksvragen betreffen het draagvlak voor implementatie van de preconceptie-voorlichtingstaak, het bereik van de preconceptiezorg-voorlichting en de acceptatie en effecten onder de doelgroep. De resultaten van de pilot zijn beschreven in een apart rapport door MediClara (Mediclara 2011). Kort samengevat bleek voor de proefimplementatie voldoende draagvlak gecreëerd te kunnen worden en kon de pilot volledig worden uitgevoerd. Voor de bredere implementatie van de preconceptiezorg-voorlichtingstaak kan op een goed draagvlak binnen de openbare farmacie gerekend worden. Via de apotheek kan een relevant deel van de doelgroep van preconceptie-voorlichting worden bereikt. Het onderzoek geeft geen uitsluitel in welke mate ook laagopgeleide vrouwen en vrouwen van allochtone afkomst kunnen worden bereikt.

De preconceptiezorg-voorlichting via de apotheek wordt geaccepteerd en veelal ook positief gewaardeerd door de doelgroep. De attitude ten aanzien van preconceptiezorg en de kennis over preconceptiezorg zijn beschrijvend onderzocht.

2.2 Kinderwensspreekuur in verloskundig centrum de Poort

Om het daadwerkelijke effect van deze strategieën te kunnen onderzoeken is het van belang dat er een dekkend aanbod van preconceptiezorg in de regio is. Dit is, los van het project, verzorgd door de verloskundigen van de kring Leiden. De verloskundigen van de kring Leiden hebben in 2006 gezamenlijk en met de STBN het verloskundig centrum 'De Poort' opgericht voor het aanbieden van prenatale screening aan zwangeren. Zij hadden al plannen het aanbod uit te breiden met preconceptiezorg door het inrichten van een kinderwensspreekuur. Omdat deze plannen parallel aan het starten van het onderzoek van TNO liep, is aansluiting gezocht om hierin gezamenlijk op te trekken. Het onderzoek van TNO is in nauw overleg met de verloskundigen uitgevoerd en de verloskundigen hebben naast het verzorgen van het kinderwensspreekuur ook hun medewerking verleend aan het vragenlijstonderzoek voor de evaluatie.

In het kader van het onderzoek was het mogelijk om naast de locatie 'de Poort' ook af te spreken bij GGD/Hara voor preconceptiezorg. Hara is een Japans begrip en staat voor "centrum van kracht". Hara is een onderdeel van GGD Hollands Midden en is actief op het gebied van het bevorderen van gezondheid en welzijn van mensen met extra aandacht voor mensen die steun kunnen gebruiken. Het doel van het aanbieden van het kinderwensspreekuur op locaties van GGD/Hara was het vergroten van de toegankelijkheid van het kinderwensspreekuur voor allochtone vrouwen.

De preconceptiezorg is verzorgd door verloskundigen en een verloskundig actieve huisarts die hiervoor nascholing of de training in hun opleiding hebben gehad. Vrouwen die een afspraak maakten voor het kinderwensspreekuur werd gevraagd vooraf de vragenlijst Zwangerwijzer in te vullen. Dit is een door Erfocentrum en ErasmusMC ontwikkeld online instrument (www.Zwangerwijzer.nl) ten behoeve van de identificatie van risico's en het geven van voorlichting aan de aanstaande zwangere én haar partner (Landkroon 2010). Het helpt de verloskundige bij het voorbereiden van het consult. In de praktijk bleek dat met name voor de laag opgeleide allochtone vrouwen het invullen van Zwangerwijzer moeilijk was. Zij vulden daarom Zwangerwijzer vaak niet in. Later zijn zij door de VETC'er geholpen bij het invullen.

De gegevens van de consulten zijn genoteerd in het anamneseformulier dat hiervoor door de KNOV is ontwikkeld. Deze formulieren zijn met goedkeuring van de cliënt geanonimiseerd beschikbaar gesteld voor het TNO-project.

Bij aanvang van het project was er geen tarief voor het preconceptieconsult voor verloskundigen beschikbaar. Met de zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid (Z&Z), de preferentie verzekeraar in de regio is overeengekomen dat de verloskundigen het consult voor verzekerden van Z&Z in het kader van innovatiegelden konden declareren. Andere verzekeraars wilden hier niet aan mee werken. De consulten van overig verzekerden konden na overleg met ZonMw binnen het project worden gedeclareerd. Hiervoor heeft ZonMw additionele financiering beschikbaar gesteld. De vrouwen die op consult zijn geweest kregen kosteloos de groeigids Kinderwens, een startpakket foliumzuur en een zwangerschapstest mee. De groeigids is vergoed door de gemeente; de zwangerschapstest is gefinancierd door Moeders voor Moeders en het foliumzuur door Vemedia. Dit is door de verloskundigen zelf geregeld en was geen onderdeel van het TNO-project.

2.3 Methodiek evaluatie effectiviteit van informatiestrategieën

2.3.1 *Gegevensverzameling over bekendheid met het kinderwensspreekuur in de regio*

Voor de evaluatie is via vragenlijstonderzoek informatie verzameld over

- 1) bekendheid met het kinderwensspreekuur voor de zwangerschap
- 2) de manier waarop de vrouw is geïnformeerd over het kinderwensspreekuur
- 3) de manier waarop de vrouw geïnformeerd zou willen worden
- 4) praktische voorwaarden voor het gebruik van het kinderwensspreekuur
- 5) indien bekend met het kinderwensspreekuur het gebruik hiervan;
- 6) determinanten voor gebruik van kinderwensspreekuur

Hiervoor is voor het project een vragenlijst ontwikkeld. Het vragenlijstonderzoek is door de vier Leidse verloskundepraktijken uitgevoerd in de periode januari 2010 – mei 2011. Vrouwen die contact opnamen met de verloskundige voor een eerste prenatale controle is gevraagd aan het vragenlijstonderzoek deel te nemen. Zij kregen de vragenlijst thuis toegestuurd en zijn gevraagd deze ingevuld mee te nemen naar de eerste controle. In totaal zijn er 1065 vragenlijsten uitgestuurd, waarvan er 762 (71,5%) ingevuld bij de verloskundige zijn ingeleverd (tabel 2.1). Daarnaast is met toestemming van de zwangere vrouw, op geanonimiseerde wijze, verloskundige informatie gekoppeld aan de vragenlijst. Een beschrijving van de groep zwangere vrouwen die aan het vragenlijstonderzoek heeft deelgenomen is opgenomen in hoofdstuk 3.

Tabel 2.1: Respons per verloskundigen praktijk

Verloskundigen praktijk	Totaal gevraagd	Respons	Non respons
Kern	539	401 (74,4%)	138 (25,6%)
Merenwijk	182	151 (83,0%)	31 (17,0%)
Lammenschans	117	59 (50,4%)	58 (49,6%)
Roomburg	225	149 (66,2%)	76 (33,8%)
Onbekend	2	2 (100,0%)	0 (0,0%)
Totaal	1065	762 (71,5%)	303 (28,5%)

2.3.2 *Gegevensverzameling over gebruik van het kinderwensspreekuur*

Aan vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan is eveneens gevraagd een vragenlijst in te vullen om informatie te verkrijgen over de manier waarop zij zijn geïnformeerd en om determinanten voor gebruik van het kinderwensspreekuur te kunnen identificeren. Deze vragenlijst is gebaseerd op de vragenlijst die bij zwangere vrouwen is afgenomen zodat antwoorden konden worden vergeleken. Daarnaast zijn met toestemming van de cliënt op geanonimiseerde wijze verloskundige gegevens van het consult aan de vragenlijst gekoppeld. Analyse van deze anamnese- kinderwens formulieren heeft plaatsgevonden met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- Leefstijlfactoren, met name alcoholgebruik en roken bij de vrouw.
- Medische risico's die van invloed zijn op de zwangerschap waaronder BMI > 25 en zelfmedicatie

2.3.3 *Data-analyse*

Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met betrekking tot de bekendheid met het kinderwensspreekuur en de manier waarop vrouwen zijn en willen worden geïnformeerd. Onderscheid is gemaakt tussen zwangere vrouwen die wel en niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan. Verschillen tussen groepen zijn statistisch

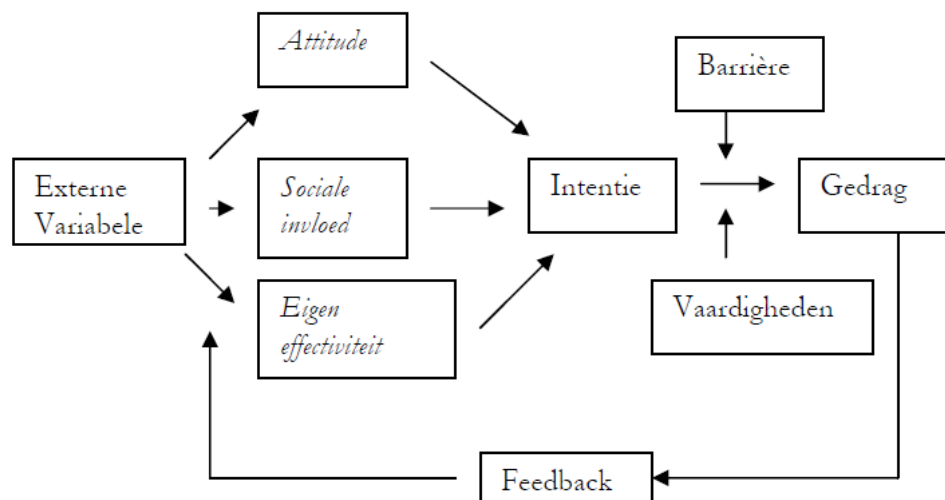
getoetst met de χ^2 toets in geval van categorische variabelen. Analyses zijn uitgevoerd in SPSS 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

2.4 Intentie van gedrag

Om gedrag te kunnen veranderen moet eerst duidelijk zijn welke factoren het gedrag beïnvloeden. Met behulp van sociaal-psychologische modellen uit de literatuur kan worden nagegaan welke determinanten een rol spelen bij het uitvoeren van een bepaald gedrag. Een veel gebruikt model om het menselijk gedrag te verklaren is het A(ttitude) S (ociale invloed) E(igen effectiviteit) model (ASE) (De Vries, 1998). Dit model wordt gebruikt om te bepalen welke determinanten een invloed hebben op het gedrag 'gebruik maken van het kinderwensspreekuur'.

Het ASE-model is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag van Fishbein en Ajzen (1975) en inzichten van Bandura (1986). Er zijn in dit model drie primaire gedragsdeterminanten die het gedrag verklaren, te weten attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Attitude is de houding van een persoon ten opzichte van een bepaald gedrag. Sociale invloed verwijst naar hoe positief of negatief de omgeving is ten aanzien van een bepaald gedrag (waargenomen gedrag, waargenomen meningen, normen, ervaren steun) en eigen effectiviteit verwijst naar de inschatting of de persoon een bepaald gedrag kan uitvoeren (mogelijkheden, vaardigheden). Deze drie determinanten, ASE, bepalen samen de intentie, oftewel de motivatie van een persoon om een bepaald gedrag uit te voeren.

De uitvoering van het gedrag hangt naast de intentie ook af van barrières en vaardigheden om het gedrag uit te voeren.



Figuur 2.1: ASE-model (de Vries, 1998).

Er zijn twee determinanten toegevoegd aan het ASE-model, namelijk risicoperceptie en geanticiperde spijt om het gedrag 'gebruik maken van het kinderwensspreekuur' te verklaren. Risicoperceptie verwijst naar de inschatting en beleving van de risico's van het nalaten van een bepaald gedrag. Geanticiperde spijt verwijst naar de verwachte spijt-/schuldgevoelens na het nalaten van een bepaald gedrag. Risicoperceptie (perceived susceptibility), is afgeleid van het Health Belief Model (Rosenstock, 1974), dit is ook een model voor het verklaren van gezondheidsgedragingen (Hochbaum, 1958; Jansz en Becker, 1984). De determinant geanticiperde spijt is toegevoegd, omdat eerder onderzoek aangetoond heeft dat deze factor een toegevoegde waarde kan hebben bij het

verklaren van gedrag (Sheeran en Orbel, 2006; Sandberg en Conner, 2008). Wij verwachten dat beide determinanten een invloed kunnen hebben bij het wel/of niet gebruik maken van het kinderwensspreekuur.

2.4.1 *Methode*

Vragenlijst

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst over het kinderwensspreekuur zijn voor elke gedragsdeterminant specifieke stellingen of vragen opgesteld die door de vrouwen beoordeeld konden worden met behulp van 5- of 10-puntsschalen.

Om de attitude van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is in de vorm van een stelling gevraagd of zij het prettig vinden om tijdens het kinderwensspreekuur te praten over hun gezondheid, leefstijl, medicatiegebruik, chronische ziekten en erfelijke aandoeningen. De vrouwen kunnen deze stellingen beoordelen op een 5-puntschaal van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'. Hierbij is 1 een negatieve attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur en 5 een positieve attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

Om de eigen effectiviteit van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is in de vorm van een stelling gevraagd of zij het moeilijk vinden om tijdens het kinderwensspreekuur te praten over leefstijl, medicatiegebruik, chronische ziekten en erfelijke aandoeningen. De vrouwen kunnen deze stellingen beoordelen op een 5-puntschaal van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal niet mee eens'. Hierbij is 1 een lage eigen effectiviteit om gebruik te maken van het kinderwensspreekuur en 5 een hoge eigen effectiviteit om gebruik te maken van het kinderwensspreekuur.

Om de ervaren sociale invloed van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is gevraagd of hun partner en familie/vrienden het kinderwensspreekuur belangrijk vinden. Deze vragen kunnen beantwoord worden met behulp van een 5-puntsschaal van 'zeker niet' tot 'zeker wel'. Hierbij is 1 een negatieve sociale invloed om gebruik te maken van het kinderwensspreekuur en 5 een positieve sociale invloed om gebruik te maken van het kinderwensspreekuur.

Om de geanticiperde spijt van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is in de vorm van een stelling gevraagd of zij spijt krijgen als ze niet naar het kinderwensspreekuur gaan en er uiteindelijk iets met hun kindje of hun gezondheid aan de hand is. Deze stellingen kunnen beoordeeld worden door de vrouwen met een 5-puntschaal van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. Hierbij is 1 een lage geanticiperde spijt ten opzichte van het kinderwensspreekuur en 5 een hoge geanticiperde spijt ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

Om risicoperceptie van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is gevraagd hoe groot vrouwen de kans schatten op complicaties bij hun kindje en op complicaties bij zichzelf vanwege leefstijl, medicijngebruik, chronische ziekten en erfelijke aandoeningen. Deze vragen kunnen beantwoord worden met behulp van een 10-puntsschaal van 'helemaal geen kans' tot 'grote kans'. Hierbij is 1 een lage risicoperceptie ten

opzichte van het kinderwensspreekuur en 10 een hoge risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

Een totaalscore voor elke gedragsdeterminant is bepaald door de scores van alle vragen/stellingen behorende bij de gedragsdeterminant bij elkaar op te tellen en te delen door het totaal aantal ingevulde vragen (berekening van het gemiddelde).

2.4.2 Analyse

In de analyses zijn vier groepen vrouwen onderscheiden namelijk:

- 1 Zwangere vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur,
- 2 Zwangere vrouwen die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en er niet naar toe zijn gegaan
- 3 Vrouwen die op eigen initiatief een afspraak hebben gemaakt bij het kinderwensspreekuur
- 4 Vrouwen die via werving van een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan

Per gedragsdeterminant zijn frequenties berekend van de scores op de antwoordschalen voor elke bijbehorende vraag. De totaalscores van elke gedragsdeterminant zijn tussen de vier groepen met elkaar vergeleken door het uitvoeren van ANOVA's. Ook zijn totaalscores van elke gedragsdeterminant tussen vrouwen van Nederlandse, westerse allochtone en niet-westers allochtone afkomst voor elke groep met elkaar vergeleken door het uitvoeren van ANOVA's. Er is ook gekeken naar verschil in totaalscores van elke gedragsdeterminant tussen opleidingsniveaus.

Om te analyseren welke determinanten een rol spelen bij het gedrag 'gebruik maken van het kinderwensspreekuur' is er een stapsgewijze logistische regressie uitgevoerd. Hierbij zijn in stap 1 achtergrondkenmerken van de vrouw opgenomen, in stap 2 zijn de ASE determinanten toegevoegd en in stap 3 zijn de determinanten geanticiperde spijt en risicoperceptie toegevoegd. De vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur zijn niet meegenomen in de regressie analyse. Het is immers nodig van het kinderwensspreekuur gehoord te hebben om te kunnen gaan. Vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan, zijn ook niet meegenomen in de regressie analyse. Deze vrouwen zijn actief geworven en er is in het bijzonder geworven op laag opgeleide en allochtone vrouwen. Alle analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

3 Resultaten

3.1 Bekendheid kinderwensspreekuur

Er zijn 762 zwangere vrouwen die de vragenlijst over het kinderwensspreekuur hebben ingevuld voordat zij voor de eerste prenatale controle bij de verloskundige kwamen. In tabel 3.1 zijn de karakteristieken van deze groep vrouwen weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de zwangere vrouwen is 30,7 jaar. Drie vijfde van de zwangere vrouwen is hoogopgeleid en drie kwart van de vrouwen is van Nederlandse afkomst. Ruim de helft van de vrouwen heeft nog geen kinderen.

Tabel 3.1: Beschrijving zwangere vrouwen die vragenlijst over kinderwensspreekuur hebben ingevuld (n=762).

Zwangere vrouwen (n=762)		
Leeftijd (gemiddeld)	30,73	(sd=4,35)
<i>Opleiding</i>		
Laag	92	(12,1%)
Gemiddeld	186	(24,4%)
Hoog	469	(61,5%)
Onbekend	15	(2,0%)
<i>Etniciteit</i>		
Nederlands	575	(75,5%)
Westerse allochtonen	82	(10,8%)
Turks	13	(1,7%)
Marokkaans	36	(4,7%)
Overige niet-westerse allochtonen	52	(6,8%)
Onbekend	4	(0,5%)
<i>Geloof</i>		
Geen	514	(67,5%)
Protestant christelijk	82	(10,8%)
Katholiek	77	(10,1%)
Islamitisch	66	(8,7%)
Anders	18	(2,3%)
Onbekend	5	(0,7%)
<i>Burgerlijke staat</i>		
Alleenstaand	4	(0,5%)
Met partner	648	(85,0%)
Onbekend	110	(14,4%)
<i>Aantal kinderen</i>		
Geen kinderen	416	(54,6%)
1 kind	256	(33,6%)
2 of meer kinderen	90	(11,8%)

Van de 762 zwangere vrouwen hebben 7 vrouwen niet ingevuld of zij van het kinderwensspreekuur hebben gehoord. Zij hebben ook de rest van de vragenlijst niet ingevuld. Deze vragenlijsten zijn geëxcludeerd in de verdere analyses. Van de overige 755 vrouwen geven 160 (21,2%) vrouwen aan gehoord te hebben van het kinderwensspreekuur waarvan 118 (15,6%) vrouwen vóór hun zwangerschap. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de karakteristieken van deze vrouwen verdeeld naar bekendheid met het kinderwensspreekuur voor de zwangerschap. Zwangere vrouwen die van het kinderwensspreekuur hebben gehoord zijn hoger opgeleid dan zwangere vrouwen die hier niet van hebben gehoord. De verschillen in opleidingsniveau zijn echter niet significant. Er is geen verschil in bekendheid met het kinderwensspreekuur tussen Nederlandse en niet-Nederlandse vrouwen.

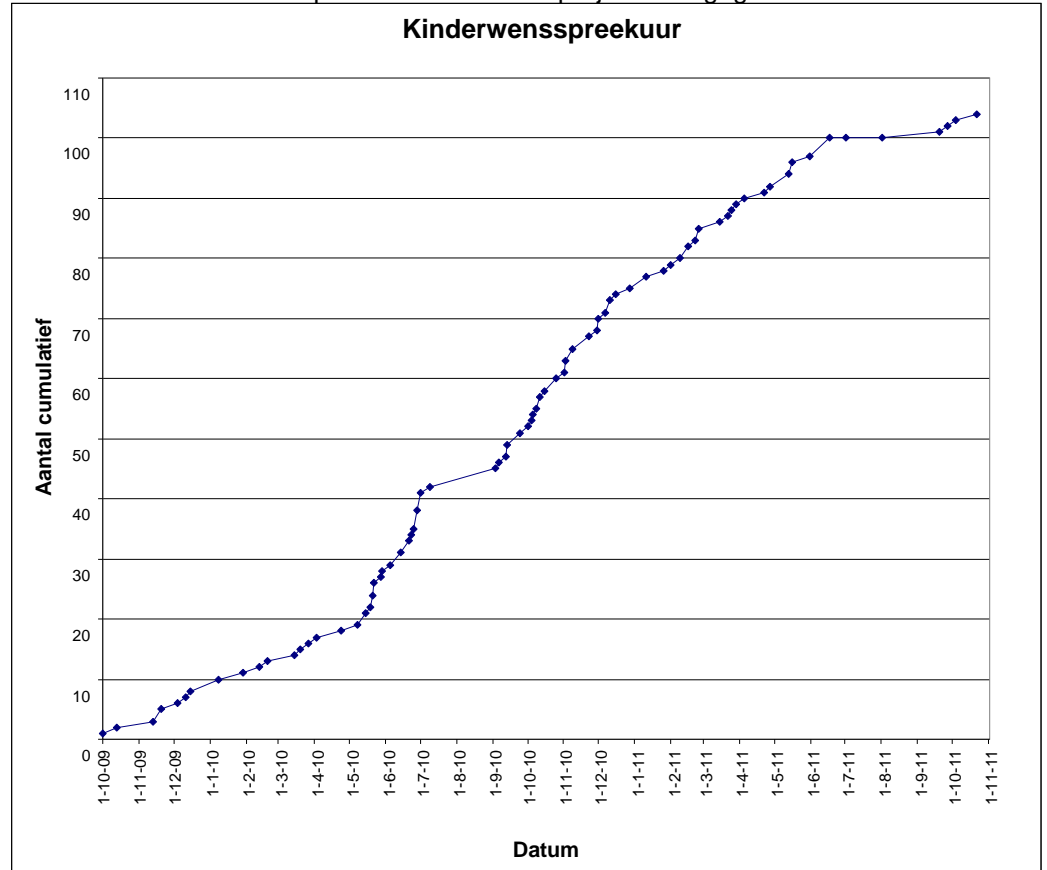
Tabel 3.2: Bekendheid van het kinderwensspreekuur onder zwangere vrouwen

Zwangere vrouwen						
Gehoord van het kinderwensspreekuur voor zwangerschap						
	Ja (n=118)		Nee (n=637)		Totaal (n=755)	
Leeftijd (gemiddeld)	30,71	(sd=4,22)	30,78	(sd=4,36)	30,77	(sd=4,34)
<i>Opleiding</i>						
Laag	7	(5,9%)	83	(13,0%)	90	(11,9%)
Gemiddeld	28	(23,7%)	156	(24,5%)	184	(24,4%)
Hoog	80	(67,8%)	388	(60,9%)	468	(62,0%)
Onbekend	3	(2,5%)	10	(1,6%)	13	(1,7%)
<i>Etniciteit</i>						
Nederlands	88	(74,6%)	483	(75,8%)	571	(75,6%)
Westerse allochtonen	12	(10,2%)	70	(11,0%)	82	(10,9%)
Niet-Westerse allochtonen	18	(15,3%)	80	(12,6%)	98	(13,0%)
Turks	2	(1,9%)	11	(1,7%)	13	(1,7%)
Marokkaans	7	(5,9%)	29	(4,6%)	36	(4,8%)
Overige niet-westerse allochtonen	9	(7,6%)	40	(6,3%)	49	(6,5%)
Onbekend	0	(0,0%)	4	(0,6%)	4	(0,5%)
<i>Geloof</i>						
Geen	82	(69,5%)	428	(67,2%)	510	(67,5%)
Protestant christelijk	10	(8,5%)	72	(11,3%)	82	(10,9%)
Katholiek	11	(9,3%)	66	(10,4%)	77	(10,2%)
Islamitisch	11	(9,3%)	52	(8,2%)	63	(8,3%)
Anders	4	(3,4%)	19	(3,0%)	23	(3,0%)
<i>Burgerlijke staat</i>						
Alleenstaand	0	(0,0%)	4	(0,6%)	4	(0,5%)
Met partner	102	(86,4%)	539	(84,6%)	641	(84,9%)
Onbekend	16	(13,6%)	94	(14,8%)	110	(14,6%)
<i>Aantal kinderen</i>						
Geen kinderen	60	(50,8%)	352	(55,3%)	412	(54,6%)
1 kind	39	(33,1%)	215	(33,8%)	254	(33,6%)
2 kinderen	15	(12,7%)	51	(8,0%)	66	(8,7%)
Meer dan 2 kinderen	4	(3,4%)	19	(3,0%)	23	(3,0%)

3.2 Gebruik van het kinderwensspreekuur

3.2.1 Consulten kinderwensspreekuur

In onderstaande grafiek (Figuur 1) is de instroom van het aantal consulten sinds de start van het kinderwensspreekuur binnen het project weergegeven.



Figuur 3.1: Cumulatief aantal kinderwensconsulten in de periode 1-10-2009 tot 1-10-2011

In de eerste maanden van het project is weinig gebruik gemaakt van het kinderwensspreekuur. Van oktober 2009 t/m april 2010 hebben 18 vrouwen het kinderwensspreekuur bezocht. Om de toestroom te bevorderen is besloten de inzet van werving via peervoorlichters te vergroten. Vanaf mei 2010 tot en met december 2010 zijn professionele VETC'ers ingezet. Dit resulteerde in een duidelijke toename van het aantal consulten in die periode met uitzondering van de zomervakantie. In deze periode zijn er 57 consulten geweest waarvan 33 via de extra inzet van VETC'ers. Alhoewel door de extra inzet de toestroom naar het kinderwensspreekuur hoger was, was deze werving ook heel intensief. De VETC'ers gaven zelf aan dat voortzetting van de werving op de gevolgde manier niet langer haalbaar was en deze is eind december afgerond. Van januari 2011 tot juni 2011 zijn er nog 25 vrouwen op het kinderwensspreekuur geweest. In de zomerperiode zijn er geen consulten geweest. Mogelijk is dit mede het gevolg van het niet langer adverteren in het lokale huis aan huis blad, dat tot aan de zomerperiode 2011 2-wekelijks gebeurde. Na de zomer zijn er nog 4 vrouwen naar het kinderwensspreekuur gekomen. In totaal hebben 104 vrouwen het kinderwensspreekuur bezocht.

3.2.2 Karakteristieken van vrouwen die het kinderwensspreekuur bezochten

In tabel 3.3 zijn de karakteristieken van de 104 vrouwen die het kinderwensspreekuur hebben bezocht weergegeven. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 29,0 jaar. Bijna de helft van de vrouwen is laag of middelbaar opgeleid. 44% van de vrouwen is van niet-Nederlandse afkomst waarvan het merendeel van niet-westerse afkomst is. Twee derde van de vrouwen heeft nog geen kinderen.

Tabel 3.3: Beschrijving van vrouwen die op het kinderwensspreekuur zijn geweest

Vrouwen op kinderwensspreekuur						
Vragenlijst ingevuld						
	Ja (n=77)		Nee (n=27)		Totaal (n=104)	
Leeftijd (gemiddeld)	28,44	(sd=5,79)	30,40	(sd=6,58)	28,96	(sd=6,03)
<i>Opleiding</i>						
Laag	7	(9,1%)	4	(14,8%)	11	10,6%
Gemiddeld	32	(41,6%)	7	(25,9%)	39	(37,5%)
Hoog	31	(40,3%)	15	(55,6%)	46	(44,2%)
Onbekend	7	(9,1%)	1	(4,3%)	8	(7,7%)
<i>Etniciteit</i>						
Nederlands	39	(50,6%)	14	(51,9%)	53	(51,0%)
Westerse allochtonen	9	(11,7%)	5	(18,5%)	14	(13,5%)
Niet westerse allochtonen	25	(32,5%)	8	(29,6%)	33	(31,7%)
Turks	2	(2,6%)	1	(3,7%)	3	(2,9%)
Marokkaans	8	(10,4%)	4	(17,4%)	12	(11,5%)
Overige niet-westerse allochtonen	15	(19,5%)	3	(11,1%)	18	(17,3%)
Onbekend	4	(5,2%)	0	(0,0%)	4	(3,8%)
<i>Geloof</i>						
Geen	34	(44,2%)	12	(44,4%)	46	(44,2%)
Protestant christelijk	4	(5,2%)	2	(7,4%)	6	(5,8%)
Katholiek	2	(2,6%)	3	(11,1%)	5	(4,8%)
Islamitisch	14	(18,2%)	7	(25,9%)	21	(20,2%)
Onbekend	23	(29,9%)	3	(11,1%)	26	(25,0%)
<i>Burgerlijke staat</i>						
Alleenstaand	5	(6,5%)	3	(11,1%)	8	(7,7%)
Met partner	65	(84,4%)	24	(88,9%)	89	(85,6%)
Onbekend	7	(9,1%)	0	(0,0%)	7	(6,7%)
<i>Aantal kinderen</i>						
Geen kinderen	56	(72,7%)*	15	(55,6%)*	71	(68,3%)
1 kind	11	(14,3%)*	8	(29,6%)*	19	(18,3%)
2 kinderen	3	(3,9%)*	3	(11,1%)*	6	(5,8%)
Meer dan 2 kinderen	3	(3,9%)*	1	(3,7%)*	4	(3,8%)
Onbekend	4	(5,2%)*	0	(0,0%)*	4	(3,8%)

In tabel 3.4 is de verdeling naar opleidingsniveau en etniciteit weergegeven. Van 4 vrouwen zijn etniciteit en opleidingsniveau onbekend omdat we van deze vrouwen geen anamnesegegevens hebben. Vrouwen van Nederlandse, niet-westerse en westerse afkomst verschillen niet significant van elkaar in opleidingsniveau. De westerse allochtone vrouwen die het kinderwensspreekuur bezochten zijn

voornamelijk hoog opgeleid. De verdeling van vrouwen die de vragenlijst niet invulden is gelijk verdeeld over de Nederlandse en niet-Nederlandse vrouwen en over opleidingsniveau. Er lijkt geen specifieke uitval te zijn.

Tabel 3.4: Vrouwen op het kinderwensspreekuur ingedeeld naar etniciteit en opleiding

Vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan										
	Laag opgeleid		Middelbaar opgeleid		Hoog opgeleid		Onbekend #		Totaal	
Vragenlijst ingevuld (n=77)										
<i>Etniciteit</i>										
Nederlands	1	(2,5%)	20	(51,3%)	16	(40,0%)	1	(2,5%)	39	(100%)
Westerse Allochtonen	2	(22,2%)	2	(22,2%)	5	(55,6%)	0	(0,0%)	9	(100%)
Niet-westerse allochtonen	4	(16,7%)	9	(37,5%)	10	(41,7%)	2	(8,3%)	25	(100%)
Onbekend	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	4	(100,0%)	4	(100%)
Geen Vragenlijst ingevuld (n=27)										
<i>Etniciteit</i>										
Nederlands	1	(7,1%)	3	(21,4%)	9	(64,3%)	1	(7,1%)	14	(100%)
Westerse Allochtonen	0	(0,0%)	1	(20%)	4	(80%)	0	(0,0%)	5	(100%)
Niet-westerse allochtonen	3	(37,5%)	3	(37,5%)	2	(25,0%)	0	(0,0%)	8	(100%)

Van 4 vrouwen zijn de karakteristieken onbekend omdat we van deze vrouwen geen anamnesegegevens hebben en van 1 vrouw stond opleidingsniveau niet bij de anamnesegegevens.

Toelichting opleiding

- lage opleiding= geen opleiding, lager algemeen onderwijs, lager beroepsonderwijs, middelbaar algemeen onderwijs of VBO, LBO, mavo
- gemiddelde opleiding= middelbaar beroepsonderwijs, hoger algemeen onderwijs of havo, vwo, MBO
- hoge opleiding= hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs of HBO, Universiteit

Toelichting etniciteit

Het CBS rekent personen tot de allochtonen als ten minste een ouder in het buitenland is geboren.

1. Niet-westerse allochtonen: personen met herkomstgebied in Afrika,, Azië (maar niet Indonesië, Japan, en de in Azië gelegen republieken van de voormalige Sovjet Unie) en Latijns Amerika
2. Westerse allochtonen: herkomstgebied in overig Europa (inclusief de in Azië gelegen republieken van de voormalige Sovjet Unie), Indonesië, Japan, Noord-Amerika en Oceanië.
3. Autochtonen

3.2.3 *Extra inzet van VETC'ers*

Om te proberen vrouwen beter te bereiken zijn in de periode mei 2010 – december 2010 extra VETC'ers ingezet. Vrouwen die door extra inzet van VETC'ers zijn geworven verschillen significant in meerdere karakteristieken van de vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan (zie tabel 3.5). Deze vrouwen zijn jonger (25,8 jaar vs 30,5 jaar), hebben vaker een middelbare opleiding (51,5% vs 31,0%), zijn vaker van niet-Nederlandse afkomst (75,8% vs 35,2%) en hebben vaker een Islamitisch geloof (36,4% vs 12,7%).

Tabel 3.5: Karakteristieken van vrouwen die het kinderwensspreekuur bezochten

Vrouwen op Kinderwensspreekuur					
	Extra inzet VETC'er (n=33)		Eigen initiatief (n=71)		Totaal (n=104)
Leeftijd (mean)	25,81	(sd=6,23)*	30,48	(sd=5,35)*	28,96 (sd=6,03)
<i>Opleiding</i>					
Laag	3	(9,1%)	8	(11,3%)	11 (10,6%)
Middelbaar	17	(51,5%)	22	(31,0%)	39 (37,5%)
Hoog	11	(33,3%)	35	(49,3%)	46 (44,2%)
Onbekend	2	(6,1%)	6	(8,5%)	8 (7,7%)
<i>Etniciteit</i>					
Nederlands	8	(24,2%) *	45	(63,4%) *	53 (51,0%)
Westerse allochtonen	6	(18,2%) *	8	(11,3%) *	14 (13,5%)
Niet-westerse allochtonen	18	(54,5%) *	15	(21,1%) *	33 (31,7%)
Turks	3	(9,1%)	0	(0,0%)	3 (2,9%)
Marokkaans	7	(21,2%)	5	(7,0%)	12 (11,5%)
Overige niet-westerse allochtonen	8	(24,2%)	10	(14,1%)	18 (17,3%)
Onbekend	1	(3,0%) *	3	(4,2%) *	4 (3,8%)
<i>Geloof</i>					
Geen	7	(21,2%) *	39	(54,9%) *	46 (44,2%)
Protestant christelijk	2	(6,1%) *	4	(5,6%) *	6 (5,8%)
Katholiek	1	(3,0%) *	4	(5,6%) *	5 (4,8%)
Islamitisch	12	(36,4%) *	9	(12,7%) *	21 (20,2%)
Onbekend	11	(33,3%) *	15	(21,1%) *	26 (25,0%)
<i>Burgerlijke staat</i>					
Alleenstaand	4	(12,1%)	4	(5,6%)	8 (7,7%)
Met partner	26	(78,8%)	63	(88,7%)	89 (85,6%)
Onbekend	3	(9,1%)	4	(5,6%)	7 (6,7%)
<i>Aantal kinderen</i>					
Geen kinderen	24	(72,7%)	47	(66,2%)	71 (68,3%)
1 kind	4	(12,1%)	15	(21,1%)	19 (18,3%)
2 kinderen	2	(6,1%)	4	(5,6%)	6 (5,8%)
Meer dan 2 kinderen	2	(6,1%)	2	(2,8%)	4 (3,8%)
Onbekend	1	(3,0%)	3	(4,2%)	4 (3,8%)

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

3.3 Leefstijl en risicofactoren van vrouwen die het kinderwensspreekuur hebben bezocht

3.3.1 Leefstijlfactoren

Roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor verminderde vruchtbaarheid, een verhoogde kans op spontane abortus en een verdubbelde kans op buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Daarnaast verhoogt roken het risico op vroeggeboorte, op een laag geboortegewicht en op perinatale sterfte (Lanting et al., 2009; Oudijk en Mol, 2009).

In tabel 3.6 en 3.7 is de prevalentie van roken gerelateerd aan etniciteit en aan opleidingsniveau. Het aantal niet westerse allochtonen dat rookt is ongeveer vergelijkbaar met Nederlandse vrouwen. Wel is het zo dat er weinig niet westerse allochtonen van Turkse afkomst op een kinderwensconsult zijn geweest. Uit onderzoek is bekend dat er een hoog percentage Turkse vrouwen in de zwangerschap doorrookt (Waelput en Achterberg, 2007).

Vrouwen met een lagere opleiding roken meer dan vrouwen met een hoge opleiding. In de algemene bevolking is eenzelfde beeld zichtbaar al is de prevalentie van roken daar wel hoger. (STIVORO, 2010).

Tabel 3.6: Roken naar etniciteit

	Nederlands (n=53)		Niet-westerse Allochtonen (n=33)		Westerse allochtonen (n=14)		Onbekend (n=4)		Totaal (n=104)	
Roken vrouw										
Nee	44	(83,0%)	27	(81,8%)	12	(85,0%)	3	(75,0%)	86	(82,7%)
Ja	9	(17,0%)	6	(18,2%)	2	(14,3%)	1	(25,0%)	18	(17,3%)

Tabel 3.7: Roken naar opleidingsniveau

	vbo/LBO, mavo (n=11)		VWO, MBO, Havo (n=39)		HBO, Universiteit (n=46)		Onbekend (n=8)		Totaal (n=104)	
Roken vrouw										
Nee	9	(81,8%)	31	(79,5%)	39	(84,8%)	7	(87,5%)	86	(82,7%)
Ja	2	(18,2%)	8	(20,5%)	7	(15,2%)	1	(12,5%)	18	(17,3%)

Alcoholgebruik

In 2005 heeft de Gezondheidsraad een rapport uitgebracht over de risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding (Gezondheidsraad, 2005). De vruchtbaarheid vermindert waarschijnlijk ten gevolge van alcoholgebruik door de vrouw en mogelijk ook ten gevolge van alcoholgebruik van de man.

Alcoholgebruik door de man of vrouw rond de conceptie lijkt de kans op een miskraam en intra-uterine vruchtdood te verhogen, mogelijk ten gevolge van een verhoogde kans op chromosoomafwijkingen.

In tabel 3.8 en 3.9 is het alcoholgebruik van de vrouw gerelateerd aan etniciteit en opleidingsniveau weergegeven. Nederlandse vrouwen gebruiken meer alcohol in vergelijking met niet-westerse en westerse vrouwen. Een aanzienlijk hoger percentage hoogopgeleide vrouwen (71,7%) gebruikt alcohol in vergelijking met vrouwen met een middelbare opleiding (43,6%) en vrouwen met een lagere opleiding (27,3%).

Tabel 3.8: Alcoholgebruik naar etniciteit

	Nederlands (n=53)		Niet-westerse Allochtonen (n=33)		Westerse allochtonen (n=14)		Onbekend (n=4)		Totaal (n=104)	
Alcoholgebruik door de vrouw										
Nee	17	(32,1%)	22	(66,7%)	7	(50,0%)	0	(0,0%)	46	(44,2%)
Ja	36	(67,9%)	11	(33,3%)	7	(50,0%)	4	(100,0%)	58	(55,8%)

Tabel 3.9: Alcoholgebruik naar opleidingsniveau

	VBO/LBO, Mavo (n=11)		VWO, MBO, Havo (n=39)		HBO, Universiteit (n=46)		Onbekend (n=8)		Totaal (n=104)	
Alcoholgebruik door de vrouw										
Nee	8	(72,7%)	22	(56,4%)	13	(28,3%)	3	(37,5%)	46	(44,2%)
Ja	3	(27,3%)	17	(43,6%)	33	(71,7%)	5	(62,5%)	58	(55,8%)

Medische risico's voor de zwangerschap

Medische risico's die van invloed zijn op de zwangerschap is een breed begrip. Bij het analyseren van de gegevens zijn de medische risico's gehanteerd volgens het Verloskundige Vademecum (2003). Onderdeel van het Vademecum is een indicatielijst waarbij risico's vastgesteld kunnen worden vanuit de algemene anamnese (o.a. erfelijkheid, chronische aandoeningen, medicijngebruik,) en de obstetrische anamnese (o.a. vroeggeboorte <33 weken, perinatale sterfte)

Het aanwezig zijn van een medisch risico voor de zwangerschap is bij de niet westerse en westerse allochtonen hoger ten opzichte van de Nederlandse vrouwen. Bij vrouwen met een lagere opleiding is er vaker een medisch risico ten aanzien van de zwangerschap aanwezig ten opzichte van hoger opgeleide vrouwen.

Tabel 3.10: Medisch risico voor de zwangerschap naar etniciteit

	Nederlands (n=53)		Niet-westerse Allochtonen (n=33)		Westerse allochtonen (n=14)		Onbekend (n=4)		Totaal (n=104)	
Medisch risico zwangerschap										
Nee	38	(71,7%)	18	(54,5%)	6	(42,9%)	0	(0,0%)	62	(59,6%)
Ja	15	(28,3%)	15	(45,5%)	8	(57,1%)	0	(0,0%)	38	(36,5%)
Onbekend	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	4	(100,0%)	4	(3,8%)

Tabel 3.11: Medisch risico voor de zwangerschap naar opleidingsniveau

	vbo/LBO, mavo (n=11)		VWO, MBO, Havo (n=39)		HBO, Universiteit (n=46)		Onbekend (n=8)		Totaal (n=104)	
Medisch risico zwangerschap										
Nee	4	(36,4%)	26	(66,7%)	29	(63,0%)	3	(37,5%)	62	(59,6%)
Ja	7	(63,6%)	13	(33,3%)	17	(37,0%)	1	(12,5%)	38	(36,5%)
Onbekend	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	4	(50,0%)	4	(3,8%)

Tevens is medicatie apart geanalyseerd, een hoog percentage vrouwen gebruikt voorgeschreven of vrij verkrijgbare medicatie die van invloed is op een zwangerschap. Niet-westerse allochtonen en westerse allochtonen gebruiken meer medicatie ten opzichte van de Nederlandse vrouwen. Het gebruik van medicatie verschilt weinig met betrekking tot het opleidingsniveau.

Tabel 3.12: Medicatie vrouw naar etniciteit

	Nederlands (n=53)		Niet-westerse Allochtonen (n=33)		Westerse allochtonen (n=14)		Onbekend (n=4)		Totaal (n=104)	
Medicatie vrouw										
Nee	20	(37,7%)	11	(33,3%)	4	(28,6%)	3	(75,0%)	38	(36,5%)
Ja	32	(60,4%)	21	(63,6%)	10	(71,4%)	1	(25,0%)	64	(61,5%)
Onbekend	1	(1,9%)	1	(3,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	2	(1,9%)

Tabel 3.13: Medicatie vrouw naar opleidingsniveau

	vbo/LBO, mavo (n=11)		VWO, MBO, Havo (n=39)		HBO, Universiteit (n=46)		Onbekend (n=8)		Totaal (n=104)	
Medicatie vrouw										
Nee	3	(27,3%)	16	(41,0%)	13	(28,3%)	6	(75,0%)	38	(36,5%)
Ja	7	(63,6%)	23	(59,0%)	32	(69,6%)	2	(25,0%)	64	(61,5%)
Onbekend	1	(9,1%)	0	(0,0%)	1	(2,2%)	0	(0,0%)	2	(1,9%)

Overgewicht

Overgewicht (BMI 25-30) en obesitas (BMI >30) gaan samen met verminderde vruchtbaarheid, suikerziekte, hoge bloeddruk, aangeboren afwijkingen en meer complicaties tijdens de bevalling (Kuchenbecker et al., 2006; Nelson et al., 2007; Sibire et al., 2001; Weiss et al., 2004). Overgewicht en obesitas is iets meer aanwezig bij vrouwen met een niet westerse etniciteit dan bij de andere vrouwen alsmede meer bij laag opgeleide vrouwen.

Tabel 3.14: Gewichtsrisico naar etniciteit

	Nederlands (n=53)		Niet-westerse Allochtonen (n=33)		Westerse allochtonen (n=14)		Onbekend (n=4)		Totaal (n=104)	
Gewichtsrisico										
Nee	35	(66,0%)	20	(60,6%)	10	(71,4%)	0	(0,0%)	65	(62,5%)
Ja	16	(30,2%)	12	(36,4%)	4	(28,6%)	0	(0,0%)	32	(30,8%)
Onbekend	2	(3,8%)	1	(3,0%)	0	(0,0%)	4	(100,0%)	7	(6,7%)

Tabel 3.15: Gewichtsrisico naar opleidingsniveau

	vbo/LBO, mavo (n=11)		VWO, MBO, Havo (n=39)		HBO, Universiteit (n=46)		Onbekend (n=8)		Totaal (n=104)	
Gewichtsrisico										
Nee	4	(36,4%)	25	(64,1%)	34	(73,9%)	2	(25,0%)	65	(62,5%)
Ja	6	(54,5%)	14	(35,9%)	10	(21,7%)	2	(25,0%)	32	(30,8%)
Onbekend	1	(9,1%)	0	(0,0%)	2	(4,3%)	4	(50,0%)	7	(6,7%)

Aantal risicofactoren die van invloed zijn op de zwangerschap

Voor de vrouwen die het kinderwensspreekuur hebben bezocht is het aantal aanwezige risicofactoren van invloed op een zwangerschap bepaald. Voor veel vrouwen is er sprake van de aanwezigheid van minimaal één risicofactor. Er zijn een beperkt aantal vrouwen zonder risicofactor. Dit waren vooral de westerse allochtone vrouwen gevolgd door de niet-westerse allochtone vrouwen en de Nederlandse vrouwen.

Aan de andere kant waren juist bij westerse allochtone vrouwen drie of meer risicofactoren aanwezig. Gezien de relatief lage aantallen binnen de groepen is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van deze resultaten. Overall lijken er geen grote verschillen te zijn in aantal risicofactoren naar etniciteit.

Tabel 3.16: Aantal risicofactoren naar etniciteit

	Nederlands (n=53)		Niet-westerse Allochtonen (n=33)		Westerse allochtonen (n=14)		Onbekend (n=4)		Totaal (n=104)	
Aantal risicofactoren										
geen	3	(5,7%)	3	(9,1%)	2	(14,3%)	0	(0,0%)	8	(7,7%)
1	14	(26,4%)	8	(24,2%)	2	(14,3%)	2	(50,0%)	26	(25,0%)
2	18	(34,0%)	12	(36,4%)	3	(21,4%)	2	(50,0%)	35	(33,7%)
3	14	(26,4%)	7	(21,2%)	5	(35,7%)	0	(0,0%)	26	(25,0%)
≥4	4	(7,5%)	3	(9,1%)	2	(14,3%)	0	(0,0%)	9	(8,7%)

Er zijn meer laag opgeleide vrouwen die geen risicofactor hebben ten opzichte van de middelbaar en de hoog opgeleide vrouwen. Echter laag opgeleide vrouwen zijn meer vertegenwoordigd in de groep met twee of drie risicofactoren en een aantal heeft vier of meer risicofactoren. Bij een hoger percentage middelbaar opgeleide vrouwen zijn ≥ 4 risicofactoren aanwezig ten opzichte van de lager en hoog opgeleide vrouwen.

Tabel 3.17: Alcoholgebruik naar opleidingsniveau

	vbo/LBO, mavo (n=11)		VWO, MBO, Havo (n=39)		HBO, Universiteit (n=46)		Onbekend (n=8)		Totaal (n=104)	
Aantal risicofactoren										
geen	1	(9,1%)	5	(12,8%)	2	(4,3%)	0	(0,0%)	8	(7,7%)
1	1	(9,1%)	10	(25,6%)	10	(21,7%)	5	(62,5%)	26	(25,0%)
2	4	(36,4%)	12	(30,8%)	16	(34,8%)	3	(37,5%)	35	(33,7%)
3	4	(36,4%)	7	(17,9%)	15	(32,6%)	0	(0,0%)	26	(25,0%)
≥4	1	(9,1%)	5	(12,8%)	3	(6,5%)	0	(0,0%)	9	(8,7%)

Bij de interpretatie van bovenstaande resultaten is het van belang in het achterhoofd te houden dat vrouwen met een hoog opleidingsniveau vaker op eigen initiatief zijn gekomen. Het is goed mogelijk dat zij dit deden omdat zij zelf al een vermoeden hadden dat er mogelijke risico's voor de zwangerschap aanwezig waren. Dit is waarschijnlijk anders voor de vrouwen die door VETC'ers zijn geworven. Hierbij heeft mogelijk geen selectie op vermoeden van aanwezigheid van risicofactoren plaatsgevonden.

4 Hoe zijn vrouwen geïnformeerd en hoe willen vrouwen geïnformeerd worden over het kinderwensspreekuur?

Verschillende strategieën zijn ingezet om vrouwen te informeren over het kinderwensspreekuur (zie hoofdstuk 2). Via vragenlijstonderzoek is gevraagd aan zwangere vrouwen die zich aanmeldden voor de eerste prenatale controle hoe zij geïnformeerd zijn over het kinderwensspreekuur of indien zij niet bekend waren met het kinderwensspreekuur hoe zij geïnformeerd zouden willen worden. Ook aan de vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn geweest is gevraagd hoe zij geïnformeerd zijn over het kinderwensspreekuur (zie hoofdstuk 2).

4.1 Manier waarop vrouwen zijn geïnformeerd over het kinderwensspreekuur

Van het vragenlijstonderzoek onder zwangere vrouwen hadden 118 vrouwen voor hun zwangerschap van het kinderwensspreekuur gehoord waarvan 14 vrouwen naar het kinderwensspreekuur zijn geweest. Zij hebben zowel de vragenlijst voor zwangere vrouwen als bij het kinderwensspreekuur ingevuld. In de verdere analyses zijn de antwoorden van deze 14 vrouwen gebruikt bij de vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan. Daarnaast bezochten in totaal 104 vrouwen het kinderwensspreekuur. Hiervan hebben 77 vrouwen de vragenlijst ingevuld. De uitval was niet selectief (zie tabel 3.3). Tabel 4.1 geeft een overzicht op welke manieren vrouwen zijn geïnformeerd over het kinderwensspreekuur. Onderscheid is gemaakt tussen zwangere vrouwen die van het kinderwensspreekuur hebben gehoord, vrouwen die op eigen initiatief een afspraak hebben gemaakt bij het kinderwensspreekuur en vrouwen die door de VETC'er hiervoor zijn benaderd. Het laatste onderscheid is gemaakt om inzicht te verkrijgen of deze vrouwen, naast de mondelinge informatie via de VETC'er anders zijn geïnformeerd. Vrouwen konden in de vragenlijst meerdere bronnen aangeven.

Tabel 4.1: Geïnformeerd over het kinderwensspreekuur

	Zwangere vrouwen		Vrouwen op het kinderwensspreekuur			
	Gehoord van kinderwensspreekuur voor zwangerschap (n=104)		Eigen initiatief (n=51)		Extra inzet VETC'ers (n=26)	
Geïnformeerd over het kinderwensspreekuur <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i>						
Mondeling	41	(39,4%)	24	(47,1%)	26	(100,0%)
Internet	40	(38,5%)	21	(41,2%)	2	(7,7%)
Folder	21	(20,2%)	13	(25,5%)	6	(23,1%)
Poster	22	(21,2%)	12	(23,5%)	3	(11,5%)
Advertentie	17	(16,3%)	4	(7,8%)	1	(3,8%)
Artikel	15	(14,4%)	5	(9,8%)	0	(0,0%)
Zorgverzekeraar	3	(2,9%)	4	(7,8%)	2	(7,7%)
Andere bron	2	(1,9%)	0	(0,0%)	1	(3,8%)

Van de manieren waarop vrouwen zijn geïnformeerd over het kinderwensspreekuur wordt mondeling geïnformeerd en informatie via internet het meest frequent aangegeven. Ook de opties “folder” en “poster” worden regelmatig genoemd. Er zijn geen significante verschillen in de manier waarop zwangere vrouwen en vrouwen die op eigen initiatief het kinderwensspreekuur hebben bezocht, zijn geïnformeerd. Er is een groter percentage zwangere vrouwen via een advertentie of een artikel geïnformeerd. Verder geeft een hoger percentage vrouwen die het kinderwensspreekuur hebben bezocht aan mondeling geïnformeerd te zijn. Vrouwen die via extra inzet van VETC-ers het kinderwensspreekuur hebben bezocht geven, zoals verwacht allen aan mondeling geïnformeerd te zijn. Ook noemen zij regelmatig folder en poster als bron van informatie. Onder “andere bron van informatie” is het werk, opleiding en televisie ingevuld.

In tabel 4.2 zijn de manieren waarop vrouwen geïnformeerd zijn verder uitgesplitst. De zwangere vrouwen zijn voornamelijk mondeling geïnformeerd door een bekende (familie, collega, vriendin) en mondeling door de verloskundige, via de website van de verloskundige en de advertentie in de lokale krant. Vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan, zijn voornamelijk geïnformeerd via de website van de Poort en websites die gaan over zwanger worden, en zijn mondeling geïnformeerd door een bekende (familie, collega, vriendin) en door de huisarts.

4.1.1 *Geïnformeerd over het kinderwensspreekuur naar etniciteit*

In tabel 4.3 is weergegeven hoe vrouwen van Nederlandse, westerse en niet-westerse afkomst geïnformeerd zijn over het kinderwensspreekuur. Zwangere vrouwen van niet-westerse afkomst geven zeer vaak aan mondeling (80,0%) te zijn geïnformeerd en hebben ook de poster en folder regelmatig gezien (respectievelijk 60,0% en 50,0%). Zwangere vrouwen van Nederlandse en westerse afkomst geven minder vaak aan mondeling te zijn geïnformeerd (respectievelijk 34,9% en 36,4%). Zij geven vaker aan informatie via internet over het kinderwensspreekuur te hebben verkregen dan niet-westerse allochtone zwangeren (respectievelijk 38,6% en 45,5% vs 30,0%).

Een zelfde soort beeld is te zien voor de vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn geweest. Mondeling geïnformeerd worden is een belangrijke informatiebron voor alle vrouwen. Internet is vaker opgegeven door Nederlandse vrouwen en minder vaak door vrouwen van westerse en niet-westerse afkomst in vergelijking met de zwangere vrouwen. Opleidingsniveau van de vrouwen speelt hierbij waarschijnlijk een rol. De zwangere vrouwen die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur zijn hoger opgeleid en vaker van Nederlandse afkomst dan de vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan

Tabel 4.2: Manier waarop vrouwen geïnformeerd zijn over het kinderwensspreekuur (meerdere antwoorden mogelijk)

	Zwangere vrouwen		Vrouwen op het kinderwensspreekuur			
	Gehoord van kinderwensspreekuur voor zwangerschap (n=104)		Eigen initiatief (n=51)		Extra inzet VETC'ers (n=26)	
Mondeling						
Mondeling door verloskundige	16	(15,4%)	6	(11,8%)	1	(3,8%)
Mondeling door huisarts	3	(2,9%) *	8	(15,7%) *	0	(0,0%)
Mondeling door apotheek	3	(2,9%)	2	(3,9%)	0	(0,0%)
Mondeling door iemand anders	19	(18,3%)	8	(15,7%)	25	(96,2%)
Internet						
Website van verloskundige	16	(15,4%)	4	(7,8%)	0	(0,0%)
Website van de Poort	8	(7,7%)	10	(19,6%)	2	(7,7%)
Website anders #	19	(15,4%)	8	(15,7%)	0	(0,0%)
Folder						
Folder bij verloskundige	6	(5,8%)	1	(2,0%)	0	(0,0%)
Folder bij huisarts	8	(7,6%)	4	(7,8%)	0	(0,0%)
Folder bij apotheek	7	(6,7%)	5	(9,8%)	0	(0,0%)
Folder bij fysiotherapeut	1	(1,0%)	1	(2,0%)	0	(0,0%)
Folder bij kinderdagverblijf	1	(1,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Folder bij consultatiebureau	0	(0,0%)	1	(2,0%)	0	(0,0%)
Folder in gezondheidscentrum	1	(1,0%)	1	(2,0%)	0	(0,0%)
Folder ergens anders	3	(2,9%)	2	(3,9%)	6	(23,1%)
Poster						
Poster bij verloskundige	3	(2,9%)	1	(2,0%)	1	(3,8%)
Poster bij huisarts	11	(10,6%)	7	(13,7%)	1	(3,8%)
Poster bij apotheek	7	(6,7%)	3	(5,8%)	1	(3,8%)
Poster bij fysiotherapeut	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	(3,8%)
Poster bij kinderdagverblijf	2	(1,9%)	0	(0,0%)	1	(3,8%)
Poster bij consultatiebureau	0	(0,0%)	1	(2,0%)	1	(3,8%)
Poster in gezondheidscentrum	3	(2,9%)	2	(3,9%)	2	(7,7%)
Poster ergens anders	1	(1,0%)	0	(0,0%)	2	(7,7%)
Advertentie						
Advertentie in lokale krant	16	(15,5%)	4	(7,8%)	0	(0,0%)
Advertentie in landelijke krant	1	(1,0%)	0	(0,0%)	1	(3,8%)
Artikel						
Artikel in lokale krant	7	(6,8%)	3	(5,9%)	0	(0,0%)
Artikel in landelijke krant	2	(1,9%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Artikel in tijdschrift	6	(5,8%)	2	(3,9%)	0	(0,0%)
Zorgverzekeraar						
Zorgverzekeraar	3	(2,9%)	4	(7,8%)	2	(7,7%)
Anders						
Andere manier	2	(1,9%)	0	(0,0%)	1	(3,8%)

Website van Zwangerwijzer, website vergeten etc.

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

Tabel 4.3: Geïnformeerd over het kinderwensspreekuur naar etniciteit

	Zwangere vrouwen, gehoord van het kinderwensspreekuur						Vrouwen op het kinderwensspreekuur #					
	NL (n=83)		WA (n=11)		NWA (n=10)		NL (n=38)		WA (n=7)		NWA (n=23)	
Mondeling	29 (34,9%) *	4 (36,4%) *	8 (80,0%) *	19 (50,0%) *	4 (57,1%) *	19 (82,6%) *	8 (88,9%)					
Internet	32 (38,6%)	5 (45,5%)	3 (30,0%)	17 (44,7%) *	2 (28,6%) *	3 (13,0%) *	1 (11,1%)					
Folder	15 (18,1%) *	1 (9,1%) *	5 (50,0%) *	7 (18,4%)	2 (28,6%)	8 (34,8%)	2 (22,2%)					
Poster	14 (16,9%) *	2 (18,2%) *	6 (60,0%) *	7 (18,4%)	1 (14,3%)	7 (30,4%)	0 (0,0%)					
Advertentie	15 (18,1%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)	1 (2,6%) *	2 (28,6%) *	2 (8,7%) *	0 (0,0%)					
Artikel	13 (15,7%)	1 (9,1%)	1 (10,0%)	2 (5,3%) *	2 (28,6%) *	1 (4,3%) *	0 (0,0%)					
Zorgverzekeraar	3 (3,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (10,5%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)	1 (11,1%)					
Andere manier	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)					

Er zijn 104 vrouwen op het kinderwensspreekuur geweest waarvan 77 de vragenlijst hebben ingevuld.

Voor 5 vrouwen kon geen koppeling worden gemaakt tussen anamneselijst en vragenlijst en van 4 vrouwen is er geen anamneselijst waardoor van 9 vrouwen de etniciteit onbekend is.

NL=Nederlands, WA=Westerse Allochtonen, NWA=Niet-Westerse Allochtonen, O=Onbekend

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

4.1.2 Geïnformeerd over het kinderwensspreekuur naar opleiding

In tabel 4.4 is weergegeven hoe laag en middelbaar en hoog opgeleide vrouwen geïnformeerd zijn over het kinderwensspreekuur. Vaak wordt door zwangere vrouwen aangegeven dat zij mondeling zijn geïnformeerd; 55,2% van de laag en middelbaar opgeleide vrouwen en 32,9% van de hoog opgeleide vrouwen. Daarnaast wordt met name door hoog opgeleide zwangere vrouwen internet als informatiebron genoemd.

Bij laag en middelbaar opgeleide vrouwen wordt ook de poster vaker genoemd (25,7%).

Tabel 4.4: Informatiebronnen en opleidingsniveau

	Zwangere vrouwen, gehoord van het kinderwensspreekuur						Vrouwen op het kinderwensspreekuur #					
	L&M (n=29)		H (n=73)		O (n=2)	L&M (n=36)		H (n=29)		O# (n=12)		
Mondeling	16 (55,2%) *	24 (32,9%) *	1 (50,0%)	23 (63,9%)	17 (58,6%)	10 (83,3%)						
Internet	8 (27,6%)	31 (42,5%)	1 (50,0%)	8 (22,2%) *	14 (48,3%) *	1 (8,3%)						
Folder	9 (31,0%)	11 (15,1%)	1 (50,0%)	9 (25,0%)	6 (20,7%)	4 (33,3%)						
Poster	7 (24,1%)	14 (19,2%)	1 (50,0%)	9 (25,0%)	4 (13,8%)	2 (16,7%)						
Advertentie	5 (17,2%)	11 (15,1%)	1 (50,0%)	2 (5,6%)	2 (6,9%)	1 (8,3%)						
Artikel	4 (13,8%)	10 (13,7%)	1 (50,0%)	3 (8,3%)	1 (3,4%)	1 (8,3%)						
Zorgverzekeraar	0 (0,0%)	3 (4,1%)	0 (0,0%)	3 (8,3%)	0 (0,0%)	3 (25,0%)						
Andere manier	0 (0,0%)	2 (2,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)						

Er zijn 104 vrouwen op het kinderwensspreekuur geweest waarvan 77 de vragenlijst hebben ingevuld.

Voor 5 vrouwen kon geen koppeling worden gemaakt tussen anamneselijst en vragenlijst, van 4 vrouwen is er geen anamneselijst en van 3 vrouwen is opleiding niet ingevuld op de anamneselijst, waardoor van 12 vrouwen opleidingsniveau onbekend is.

L&M=Laag en Middelbaar Opgeleid, H=Hoog Opgeleid, O=Onbekend

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

4.2 Voorkeur van vrouwen voor informatiebronnen om het kinderwensspreekuur te introduceren

Binnen het vragenlijstonderzoek onder zwangere vrouwen is ook gevraagd hoe zij geïnformeerd zouden willen worden over het kinderwensspreekuur. Bij deze vraag konden ze meerdere informatiebronnen aangeven. In tabel 4.5 zijn de antwoorden van de zwangere vrouwen weergegeven.

Tabel 4.5: Gewenste manier van informatie.

Zwangere vrouwen					
Gehoord van kinderwensspreekuur voor zwangerschap					
	Nee (n=637)		Ja (n=104)		Totaal (n=741)
Hoe zou u geïnformeerd willen worden? (meerdere antwoorden mogelijk)					
Mondeling	495	(77,7%) *	64	(61,5%) *	559 (75,4%)
Artikel	371	(58,2%)	58	(55,8%)	429 (57,9%)
Advertentie	250	(39,2%)	44	(42,3%)	294 (39,7%)
Poster	472	(74,1%)	73	(70,2%)	545 (73,5%)
Folder	525	(82,4%)	77	(74,0%)	602 (81,2%)
Internet	256	(40,2%)	49	(47,1%)	305 (41,2%)
Zorgverzekeraar	135	(21,2%)	16	(15,4%)	151 (20,4%)
Groepsvoorlichting	122	(19,2%)	15	(14,4%)	137 (18,5%)
Andere manier	16	(2,5%)	6	(5,8%)	22 (3,0%)

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

Vrouwen geven vooral aan geïnformeerd te willen worden over het kinderwensspreekuur via een folder (81,2%), mondeling (75,4%) een poster (73,5%), en een artikel (57,9%). Ook internet (41,2%) en advertentie (39,7%) worden regelmatig genoemd. Zwangere vrouwen die niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord geven vaker aan mondeling geïnformeerd te willen worden dan zwangere vrouwen die al van het kinderwensspreekuur hebben gehoord ($p < 0,05$).

Meer in detail (tabel 4.6) geven vrouwen vooral een folder of poster bij de huisarts, verloskundige of apotheek aan als gewenste bron van informatie. De verloskundige of huisarts wordt ook regelmatig aangegeven als bron om door geïnformeerd te worden. Website van de verloskundige en een artikel in een tijdschrift wordt ook vaak genoemd.

Zwangere vrouwen die niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord geven vaker aan mondeling geïnformeerd te willen worden door de verloskundige en door een folder bij de verloskundige dan zwangere vrouwen die al van het kinderwensspreekuur hebben gehoord ($p < 0,05$). Daarentegen willen zwangere vrouwen die van het kinderwensspreekuur hebben gehoord vaker via de website van verloskundig centrum 'de Poort' geïnformeerd worden dan zwangere vrouwen die niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord ($p < 0,05$).

Tabel 4.6: Wijze van geïnformeerd willen worden over het kinderwensspreekuur

Geïnformeerd over het kinderwensspreekuur (meerdere antwoorden mogelijk)	Zwangere vrouwen					
	Gehoord van kinderwensspreekuur voor zwangerschap?					
	Nee (n=637)		Ja (n=104)		Totaal (n=741)	
Mondeling						
Mondeling door verloskundige	219	(34,4%) *	15	(14,4%) *	234	(31,6%)
Mondeling door huisarts	162	(25,4%)	32	(30,8%)	194	(26,2%)
Mondeling door apotheek	2	(0,3%)	1	(1,0%)	3	(0,4%)
Mondeling door iemand anders	112	(17,6%)	15	(14,4%)	127	(17,1%)
Voorlichting						
Voorlichter	97	(15,2%)	15	(14,4%)	112	(15,1%)
Voorlichter in mijn eigen taal	15	(2,4%)	3	(2,9%)	18	(2,4%)
Internet						
Website van verloskundige	221	(34,7%)	33	(31,7%)	254	(34,3%)
Website van de Poort	44	(6,9%) *	17	(16,3%) *	61	(8,2%)
Website anders	44	(6,9%)	12	(11,5%)	56	(7,6%)
Folder						
Folder bij verloskundige	248	(38,9%) *	21	(20,2%) *	269	(36,3%)
Folder bij huisarts	343	(53,8%)	55	(52,9%)	398	(53,7%)
Folder bij apotheek	154	(24,2%) *	36	(34,6%) *	190	(25,6%)
Folder bij fysiotherapeut	8	(1,3%)	2	(1,9%)	10	(1,3%)
Folder bij kinderdagverblijf	50	(7,8%)	8	(7,7%)	58	(7,8%)
Folder bij consultatiebureau	77	(12,1%)	10	(9,6%)	87	(11,7%)
Folder in gemeentehuis	32	(5,0%)	7	(6,7%)	39	(5,3%)
Folder in gezondheidscentrum	78	(12,2%)	19	(18,3%)	97	(13,1%)
Folder ergens anders	18	(2,8%)	4	(3,8%)	22	(3,0%)
Poster						
Poster bij verloskundige	181	(28,4%)	20	(19,2%)	201	(27,1%)
Poster bij huisarts	312	(49,0%)	56	(53,8%)	368	(49,7%)
Poster bij apotheek	147	(23,1%) *	34	(32,7%) *	181	(24,4%)
Poster bij fysiotherapeut	6	(0,9%)	3	(2,9%)	9	(1,2%)
Poster bij kinderdagverblijf	52	(8,2%)	8	(7,7%)	60	(8,1%)
Poster bij consultatiebureau	78	(12,2%)	11	(10,6%)	89	(12,0%)
Poster in gemeentehuis	27	(4,2%)	5	(4,8%)	32	(4,3%)
Poster in gezondheidscentrum	75	(11,8%)	19	(18,3%)	94	(12,7%)
Poster ergens anders	27	(4,2%)	2	(1,9%)	29	(3,9%)
Advertentie						
Advertentie in lokale krant	170	(26,7%)	29	(27,9%)	199	(26,9%)
Advertentie in landelijke krant	95	(14,9%)	16	(15,4%)	111	(15,0%)
Artikel						
Artikel in lokale krant	159	(25,0%)	21	(20,2%)	180	(24,3%)
Artikel in landelijke krant	93	(14,6%)	13	(12,5%)	106	(14,3%)
Artikel in tijdschrift	181	(28,4%)	28	(26,9%)	209	(28,2%)
Zorgverzekeraar						
Zorgverzekeraar	135	(21,2%)	16	(15,4%)	151	(20,4%)
Groepsvoorlichting						
Groepsvoorlichting bij de GGD	50	(7,8%)	5	(4,8%)	55	(7,4%)
Groepsvoorlichting in gezondheidscentrum	73	(11,5%)	11	(10,6%)	84	(11,3%)
Groepsvoorlichting in vrouwencentrum	12	(1,9%)	3	(2,9%)	15	(2,0%)
Groepsvoorlichting ergens anders	3	(0,5%)	1	(1,0%)	4	(0,5%)
Anders						
Anders	16	(2,5%)	6	(5,8%)	22	(3,0%)

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

Tabel 4.7: Gewenste informatiebronnen en etniciteit

	Zwangere vrouwen							
	Gehoord van het kinderwensspreekuur							
	Nee				JA			
	NL (n=483)	WA (n=70)	NWA (n=80)	O (n=4)	NL (n=83)	WA (n=11)	NWA (n=10)	
Wil geïnformeerd worden over het kinderwensspreekuur (meerdere antwoorden mogelijk)								
Mondeling	362 (74,9%)	59 (84,3%)	70 (87,5%)	4 (100%)	48 (57,8%)	6 (54,5%)	10 (100%)	
Folder	404 (83,6%)	55 (78,6%)	64 (80,0%)	2 (50,0%)	61 (73,5%)	9 (81,8%)	7 (70,0%)	
Internet	191 (39,5%)	27 (38,6%)	36 (45,0%)	2 (50,0%)	39 (47,0%)	7 (63,6%)	3 (30,0%)	
Poster	356 (73,7%)	52 (74,3%)	60 (75,0%)	4 (100%)	61 (73,5%)	7 (63,6%)	5 (50,0%)	
Advertentie	186 (38,5%)	28 (40,0%)	36 (45,0%)	0 (0%)	38 (45,8%)	2 (18,2%)	4 (40,0%)	
Artikel	287 (59,4%)	44 (57,1%)	44 (55,0%)	0 (0%)	47 (56,6%)	6 (54,5%)	5 (50,0%)	
Zorgverzekeraar	104 (21,5%)	17 (20,0%)	17 (21,3%)	0 (0%)	12 (14,5%)	2 (18,2%)	2 (20,0%)	
Groepsvoorlichting	79 (16,4%)	12 (17,1%)	30 (37,5%)	1 (25,0%)	11 (13,3%)	0 (0,0%)	4 (40,0%)	
Andre manier	8 (1,7%)	2 (2,9%)	6 (7,5%)	0 (0%)	5 (6,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	

#NL=Nederlands, WA=Westerse Allochtonen, NWA=Niet-Westerse Allochtonen, O=Onbekend
 p<0,05 is **vet** weergegeven

4.2.1 Voorkeur voor informatiebron naar etniciteit

In tabel 4.7 is weergegeven hoe vrouwen van Nederlandse, westerse en niet-westerse afkomst geïnformeerd willen worden over het kinderwensspreekuur. Door vrouwen die **niet gehoord** hebben van het kinderwensspreekuur worden mondelinge informatie en informatie via een folder, poster en artikel zeer frequent aangegeven. westerse en niet-westerse vrouwen lijken nog meer te hechten aan mondelinge voorlichting dan Nederlandse vrouwen. Vooral niet-westerse vrouwen geven ook aan voorlichting via groepsvoorlichting te willen ontvangen. Ook internet wordt binnen de drie groepen vrouwen regelmatig aangegeven als gewenste bron van informatie. Alhoewel minder vaak aangegeven dan de genoemde bronnen hierboven wordt informatie van de zorgverzekeraar ook met enige regelmaat (zo'n 20%) genoemd.

Ook de vrouwen die **gehoord** hebben van het kinderwensspreekuur geven aan graag via een folder en poster geïnformeerd te willen worden. Daarnaast wordt mondelinge voorlichting frequent genoemd. Hierbij wordt opnieuw door niet-westerse vrouwen groepsvoorlichting regelmatig genoemd als gewenste bron van voorlichting. Internet wordt vooral door Nederlandse en westerse vrouwen regelmatig genoemd als gewenste bron van informatie. Ook door deze groepen vrouwen wordt de zorgverzekeraar met enige regelmaat genoemd als gewenste bron van informatie.

4.2.2 Voorkeur voor informatiebron ingedeeld naar opleidingsniveau

In tabel 4.8 is weergegeven hoe laag en middelbaar opgeleide vrouwen en hoog opgeleide vrouwen geïnformeerd willen worden over het kinderwensspreekuur.

Tabel 4.8: Gewenste informatiebronnen en opleidingsniveau

	Zwangere vrouwen					
	Gehoord van het kinderwensspreekuur					
	Nee			Ja		
	L&M (n=239)	H (n=388)	O (n=10)	L&M (n=29)	H (n=73)	O (n=2)
Wil geïnformeerd worden over het kinderwensspreekuur (meerdere antwoorden mogelijk)						
Mondeling	202 (84,5%)*	285 (73,5%)*	8 (80,0%)*	19 (65,6%)	44 (60,3%)	1 (50,0%)
Internet	99 (41,4%)	154 (39,7%)	3 (30,0%)	11 (37,9%)	37 (50,7%)	1 (50,0%)
Folder	198 (82,8%)	323 (83,2%)	4 (40,0%)	20 (69,0%)	56 (76,7%)	1 (50,0%)
Poster	169 (70,7%)	298 (76,8%)	5 (50,0%)	21 (72,4%)	51 (69,9%)	1 (50,0%)
Advertentie	106 (44,4%)	142 (36,6%)	2 (20,0%)	17 (58,6%)*	27 (37,0%)*	0 (0,0%)
Artikel	140 (58,6%)	230 (59,3%)	1 (10,0%)	19 (65,5%)	37 (50,7%)	2 (100%)
Zorgverzekeraar	52 (21,8%)	83 (21,4%)	0 (0,0%)	5 (17,2%)	11 (15,1%)	0 (0,0%)
Groepsvoorlichting	70 (29,3%)*	50 (12,9%)*	2 (20,0%)*	7 (24,1%)	8 (11,0%)	0 (0,0%)
Andere manier	4 (1,7%)	12 (3,1%)	0 (0,0%)	2 (6,9%)	4 (5,5%)	0 (0,0%)

#L&M=Laag en Middelbaar Opgeleid, H=Hoog Opgeleid, O=Onbekend

* p<0,05 is *cursief* weergegeven, voor toetsen verschil van 1 kenmerk tussen groepen

Opnieuw komt hier een zelfde soort beeld uit. Mondeling geïnformeerd worden en informatie via folder, poster en artikel worden ongeacht opleidingsniveau vaak aangegeven als gewenste bron van informatie. Ook informatie via internet wordt frequent genoemd, waarbij geen verschil is in opleidingsniveau in de groep vrouwen die niet gehoord heeft van het kinderwensspreekuur.

Binnen de groep vrouwen die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur wordt advertentie door laagopgeleide vrouwen vaker genoemd dan door hoogopgeleide vrouwen. Groepsvoorlichting wordt vaker aangegeven door laag en middelbaar opgeleide vrouwen dan door hoog opgeleide vrouwen. Ook de zorgverzekeraar wordt ongeacht opleidingsniveau met enige regelmaat aangegeven als gewenste bron van informatie.

4.3 Belang van het kinderwensspreekuur

In tabel 4.9 is weergegeven hoe de zwangere vrouwen het belang van het kinderwensspreekuur inschatten.

Tabel 4.9: Mening over het kinderwensspreekuur

	Zwangere vrouwen		
	Gehoord van kinderwensspreekuur		
	Nee (n=637)	Ja (n=104)	Totaal (n=741)
Vindt u het kinderwensspreekuur belangrijk?			
Ja, heel belangrijk	35 (5,5%) *	5 (4,8%) *	40 (5,4%)
Ja, belangrijk	221 (34,7%) *	12 (11,5%) *	233 (31,4%)
Nee, niet belangrijk	315 (49,5%) *	67 (64,4%) *	382 (51,6%)
Nee, helemaal niet belangrijk	50 (7,8%) *	17 (16,3%) *	67 (9,0%)
Onbekend	16 (2,5%) *	3 (2,9%) *	19 (2,6%)
Als u wist van het bestaan van het kinderwensspreekuur, was u er dan naartoe gegaan?			
Zeker wel	50 (7,8%)		
(Waarschijnlijk) wel	123 (19,3%)		
Misschien	171 (26,8%)		
(Waarschijnlijk) niet	181 (28,4%)		
Zeker niet	55 (8,6%)		
Weet niet	57 (8,9%)		
Waarom heeft u geen afspraak gemaakt voor het kinderwensspreekuur? (meerdere antwoorden mogelijk)			
Ik wist al genoeg over zwangerschap en risico's		76 (73,1%)	
Geen tijd		6 (5,8%)	
Locatie te ver weg		0 (0,0%)	
Locatie niet goed bereikbaar met auto		0 (0,0%)	
Locatie is niet goed bereikbaar met ov		0 (0,0%)	
Er is onvoldoende parkeergelegenheid		0 (0,0%)	
Mijn partner wilde of kon niet meegaan		0 (0,0%)	
Ik spreek niet goed Nederlands		2 (1,9%)	
Anders, namelijk		30 (28,8%)	

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

*Vrouwen die voor hun zwangerschap **niet gehoord** hebben over het kinderwensspreekuur:*

Vrouwen die voor hun zwangerschap niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur vinden het belangrijker dan zwangere vrouwen die vóór de zwangerschap ervan hadden gehoord ($p < 0,05$). Van de zwangere vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur voor de zwangerschap geven 173 (26,1%) vrouwen aan er zeker of waarschijnlijk wel naar toe te zijn gegaan als ze van het bestaan wisten.

*Vrouwen die voor hun zwangerschap **gehoord** hebben over het kinderwensspreekuur:*

Anderzijds geeft bijna drie kwart van de zwangere vrouwen die vóór hun zwangerschap gehoord hebben van het kinderwensspreekuur maar er niet naar toe zijn gegaan aan 'Ik weet al genoeg over zwangerschap en risico's'. Bij anders werd vaak 'ongepland zwanger geworden' en 'geen behoefte aan' ingevuld.

4.4 Praktische voorwaarden

In tabel 4.10 is de mening van zwangere vrouwen over belangrijke praktische voorwaarden voor het kinderwensspreekuur weergegeven. Deze vraag is amper ingevuld door vrouwen en die van het kinderwensspreekuur hebben gehoord en vooral door vrouwen die *niet* van het kinderwensspreekuur hebben gehoord ingevuld. Zij vinden het vooral belangrijk dat de locatie waar het kinderwensspreekuur wordt gegeven dichtbij is (50,9%) en goed met de auto te bereiken is. Ook het mee kunnen en willen van een partner of vertrouwde (22,9%) is een belangrijke praktische voorwaarde. Bij anders vulden vrouwen onder andere in 'toegankelijk buiten werktijden', 'behulpzame informatie als het niet lukt om zwanger te worden' en 'duidelijkheid wat betreft de toegevoegde waarde ervan'.

Tabel 4.10: Welke praktische voorwaarden vindt u belangrijk om het kinderwensspreekuur te bezoeken? Beantwoord door zwangere vrouwen

	Zwangere vrouwen Gehoord van het kinderwensspreekuur			Totaal (n=741)
	Nee (n=637)	Ja (n=104)		
Welke praktische voorwaarden vindt u belangrijk om het kinderwensspreekuur te bezoeken? (meerdere antwoorden mogelijk)				
Locatie dichtbij	369 (57,9%)	8 (7,7%)	377 (50,9%)	
Goed bereikbaar met OV	77 (12,1%)	2 (1,9%)	79 (10,7%)	
Goed bereikbaar met auto	165 (25,9%)	2 (1,9%)	167 (22,5%)	
Voldoende parkeergelegenheid	114 (17,9%)	2 (1,9%)	116 (15,7%)	
Partner of vertrouwde wil en kan mee	166 (26,1%)	4 (3,8%)	170 (22,9%)	
Ik kan in mijn eigen taal praten	27 (4,2%)	1 (1,0%)	28 (3,8%)	
Anders	103 (16,2%)	3 (2,9%)	106 (14,3%)	
Vraag niet ingevuld	28 (4,4%)	85 (81,7%)	113 (15,2%)	

5 Intentie om naar het kinderwensspreekuur te gaan

Met behulp van het ASE-model (De Vries, 1998) zijn determinanten bepaald die een rol spelen bij het naar het kinderwensspreekuur gegaan (zie hoofdstuk 2.5).

5.1 Determinanten van gedrag

5.1.1 Attitude

Attitude is de houding van een persoon ten opzichte van een bepaald gedrag.

Tabel 5.1: Attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur

Ik vind het prettig om tijdens het kinderwensspreekuur te praten met een deskundige over...	Zwangere vrouwen Gehoord van kinderwensspreekuur		Vrouwen op kinderwensspreekuur	
	Nee (n=637)	Ja (n=104)	Eigen initiatief (n=51)	Extra inzet VETC- er (n=26)
Mijn gezondheid				
Mee eens	460 (72,2%)	69 (66,3%)	49 (96,1%)	23 (88,5%)
Mee eens/mee oneens	98 (15,4%)	15 (14,4%)	2 (3,9%)	2 (7,7%)
Mee oneens	63 (9,9%)	17 (16,3%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
Onbekend	16 (2,5%)	3 (2,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Mijn leefstijl				
Mee eens	427 (67,0%)	72 (69,2%)	46 (90,2%)	20 (76,9%)
Mee eens/mee oneens	109 (17,1%)	10 (9,6%)	3 (5,9%)	2 (7,7%)
Mee oneens	82 (12,9%)	18 (17,3%)	1 (2,0%)	4 (15,4%)
Onbekend	19 (3,0%)	4 (3,8%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Medicatiegebruik				
Mee eens	330 (51,8%)	60 (57,7%)	40 (78,4%)	19 (73,1%)
Mee eens/mee oneens	59 (9,3%)	12 (11,5%)	4 (7,8%)	2 (7,7%)
Mee oneens	59 (9,3%)	9 (8,7%)	1 (2,0%)	4 (15,4%)
N.v.t.	179 (28,1%)	19 (18,3%)	5 (9,8%)	1 (3,8%)
Onbekend	10 (1,6%)	4 (3,8%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Chronische ziekten				
Mee eens	296 (46,5%)	49 (47,1%)	34 (66,7%)	20 (76,9%)
Mee eens/mee oneens	66 (10,4%)	19 (18,3%)	5 (9,8%)	1 (3,8%)
Mee oneens	61 (9,6%)	10 (9,6%)	3 (5,9%)	2 (7,7%)
N.v.t.	204 (32,0%)	21 (20,2%)	8 (15,7%)	3 (11,5%)
Onbekend	10 (1,6%)	5 (4,8%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Erfelijke aandoeningen				
Mee eens	371 (58,2%)	64 (61,5%)	42 (82,4%)	20 (76,9%)
Mee eens/ mee oneens	65 (10,2%)	15 (14,4%)	6 (11,8%)	1 (3,8%)
Mee oneens	44 (6,9%)	7 (6,7%)	0 (0,0%)	2 (7,7%)
N.v.t.	146 (22,9%)	13 (12,5%)	2 (3,9%)	2 (7,7%)
Onbekend	11 (1,7%)	5 (4,8%)	1 (2,0%)	1 (3,8%)
Gemiddelde score#	3,75 (0,91) *	3,69 (0,94) *	4,28 (0,59) *	4,16 (0,94) *

(1=negatieve attitude, 5=positieve attitude)

Indien een vraag niet is ingevuld (onbekend) of n.v.t. is aangekruist, dan wordt deze vraag niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde score. Bij de berekening van de gemiddelde score is er gebruik gemaakt van de oorspronkelijk 5 antwoord-categorieën (helemaal mee eens, mee eens, mee eens/mee oneens, mee oneens, helemaal mee oneens).

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

Om de attitude van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is in de vorm van een stelling gevraagd of zij het prettig vinden om tijdens het kinderwensspreekuur te praten over hun gezondheid, leefstijl, medicatiegebruik, chronische ziekten en erfelijke aandoeningen.

Tabel 5.1 beschrijft de antwoorden van de vier groepen vrouwen. Onder in de tabel is de gemiddelde schaalscore weergegeven voor attitude, deze score loopt van 1 (negatieve attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur) tot 5 (positieve attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur).

Vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan hebben een positievere attitude dan vrouwen die niet zijn gegaan, maar wel gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (4,28 vs 3,69, $p < 0,05$) en vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (4,28 vs 3,75, $p < 0,05$).

Tabel 5.2: Eigen effectiviteit ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

Ik vind het moeilijk/lastig om tijdens het kinderwensspreekuur te praten over.....	Zwangere vrouwen				Vrouwen op kinderwensspreekuur			
	Gehoord van kinderwensspreekuur				Eigen initiatief			
	Nee (n=637)		Ja (n=104)		Eigen initiatief (n=51)		Extra inzet VETC'er (n=26)	
Mijn leefstijl								
Mee eens	32	(5,0%)	3	(2,9%)	3	(5,9%)	2	(7,7%)
Mee eens/mee oneens	50	(7,8%)	7	(6,7%)	3	(5,9%)	0	(0,0%)
Mee oneens	536	(84,1%)	87	(83,7%)	43	(84,3%)	24	(92,3%)
Onbekend	19	(3,0%)	7	(6,7%)	2	(3,9%)	0	(0,0%)
Medicatiegebruik								
Mee eens	12	(1,9%)	1	(1,0%)	2	(3,9%)	1	(3,8%)
Mee eens/mee oneens	23	(3,6%)	6	(5,8%)	2	(3,9%)	0	(0,0%)
Mee oneens	395	(62,0%)	65	(62,5%)	38	(74,5%)	23	(88,5%)
N.v.t.	198	(31,1%)	25	(24,0%)	7	(13,7%)	1	(3,8%)
Onbekend	9	(1,4%)	7	(6,7%)	2	(3,9%)	1	(3,8%)
Chronische ziekten								
Mee eens	11	(1,7%)	2	(1,9%)	1	(2,0%)	1	(3,8%)
Mee eens/mee oneens	19	(3,0%)	7	(6,7%)	3	(5,9%)	0	(0,0%)
Mee oneens	351	(55,1%)	57	(54,8%)	36	(70,6%)	23	(88,5%)
N.v.t.	246	(38,6%)	31	(29,8%)	9	(17,6%)	1	(3,8%)
Onbekend	10	(1,6%)	7	(6,7%)	2	(3,9%)	1	(3,8%)
Erfelijke aandoeningen								
Mee eens	18	(2,8%)	4	(3,8%)	2	(3,9%)	1	(3,8%)
Mee eens/ mee oneens	23	(3,6%)	7	(6,7%)	5	(9,8%)	0	(0,0%)
Mee oneens	424	(66,6%)	70	(67,3%)	41	(80,4%)	24	(92,3%)
N.v.t.	161	(25,3%)	16	(15,4%)	1	(2,0%)	0	(0,0%)
Onbekend	11	(1,7%)	7	(6,7%)	2	(3,9%)	1	(3,8%)
Gemiddelde score#								
(1=negatieve attitude, 5=positieve attitude)	4,36	(0,78)	4,38	(0,73)	4,35	(0,98)	4,22	(0,92)

Indien een vraag niet is ingevuld (onbekend) of n.v.t. is aangekruist, dan wordt deze vraag niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde score. Bij de berekening van de gemiddelde score is er gebruik gemaakt van de oorspronkelijk 5 antwoordcategorieën (helemaal mee eens, mee eens, mee eens/mee oneens, mee oneens, helemaal mee oneens).

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

Ook vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan hebben een positievere attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur dan vrouwen die niet zijn gegaan maar er wel van hebben gehoord en dan vrouwen die er niet van hebben gehoord. Deze verschillen zijn echter niet significant. De scores op attitude van vrouwen die op eigen initiatief en de attitude van vrouwen die via de VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan zijn vergelijkbaar.

5.1.2 *Eigen effectiviteit*

In tabel 5.2 zijn de beoordelingen van stellingen met betrekking tot de gedragsdeterminant eigen effectiviteit om over medische en leefstijl zaken te praten voor alle vrouwen weergegeven. Onder in de tabel is het gemiddelde voor de gedragsdeterminant eigen effectiviteit op een schaal van 1 (laag) tot 5 (hoog) weergegeven voor alle vrouwen.

De scores voor eigen effectiviteit ten opzichte van het kinderwensspreekuur van de vrouwen liggen dicht bij elkaar in de vier groepen. Er zijn dan ook geen significante verschillen in eigen effectiviteit ten opzichte van het kinderwensspreekuur tussen de verschillende groepen. Er is geen significant verschil in eigen effectiviteit ten opzichte van het kinderwensspreekuur tussen vrouwen die niet naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan (score 4,36-4,38) in vergelijking met vrouwen die wel naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan (score 4,22-4,35).

5.1.3 *Sociale Invloed*

In tabel 5.3 zijn de beoordelingen van stellingen met betrekking tot de gedragsdeterminant sociale invloed door alle vrouwen weergegeven. Hierbij gaat het er om wat de inschatting is hoe personen uit de directe omgeving denken over het kinderwensspreekuur. Onder in de tabel is het gemiddelde voor de gedragsdeterminant sociale invloed op een schaal van 1 (laag) tot 5 (hoog) weergegeven voor alle vrouwen.

Vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan ervaren een positievere sociale invloed in vergelijking met de vrouwen die niet zijn gegaan, maar wel gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (3,87 vs 2,98, $p < 0,05$) en vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (3,87 vs 3,17, $p < 0,05$). Er is geen significant verschil tussen ervaren sociale invloed van vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan en geanticipeerde spijt van vrouwen die op eigen initiatief zijn gegaan.

Vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan ervaren een positievere sociale invloed in vergelijking met vrouwen die niet zijn gegaan maar wel gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (3,63 vs 2,98, $p < 0,05$) en vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (3,63 vs 3,17, niet significant).

Tabel 5.3: Sociale invloed ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

Vinden uw partner en familie/vrienden het kinderwensspreekuur belangrijk?	Zwangere vrouwen		Vrouwen op kinderwensspreekuur	
	Gehoord van kinderwensspreekuur		Eigen initiatief (n=51)	Extra inzet VETC'er (n=26)
	Nee (n=637)	Ja (n=104)		
Partner				
Ja	214 (33,6%)	25 (24,0%)	41 (80,4%)	9 (34,6%)
Misschien	138 (21,7%)	28 (26,9%)	3 (5,9%)	4 (15,4%)
Nee	268 (42,1%)	49 (47,1%)	5 (9,8%)	11 (42,3%)
Onbekend	17 (2,7%)	2 (1,9%)	2 (3,9%)	2 (7,7%)
Vrienden/familie				
Ja	184 (28,9%)	22 (21,2%)	21 (41,2%)	13 (50,0%)
Misschien	164 (25,7%)	40 (38,5%)	8 (15,7%)	5 (19,2%)
Nee	277 (43,5%)	41 (39,4%)	22 (43,1%)	8 (30,8%)
Onbekend	12 (1,9%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Gemiddelde score# (1=lage sociale invloed , 5=hoge sociale invloed)	3,17 (0,92) *	2,98 (0,86) *	3,87 (0,76) *	3,63 (0,87) *

Indien een vraag niet is ingevuld (onbekend), dan wordt deze vraag niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde score. Indien een persoon de antwoordcategorie 'weet niet' heeft ingevuld, is dit gehercodeerd tot 'misschien'. Bij de berekening van de gemiddelde score is er gebruik gemaakt van de oorspronkelijk 5 antwoordcategorieën (zeker wel, waarschijnlijk wel, misschien niet/misschien wel, waarschijnlijk niet, zeker niet).

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

5.1.4 Geanticipeerde spijt

Geanticipeerde spijt van niet deelname aan het kinderwensspreekuur verwijst naar verwachte spijt-/schuldgevoelens van vrouwen als zij niet naar het kinderwensspreekuur gaan. Om de geanticipeerde spijt van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is gevraagd of zij spijt krijgen als ze niet naar het kinderwensspreekuur gaan en er uiteindelijk iets met hun kindje of hun gezondheid aan de hand is. Tabel 5.4 beschrijft de antwoorden van de vier groepen vrouwen. Onder in de tabel is het gemiddelde voor de gedragsdeterminant geanticipeerde spijt op een schaal van 1 (lage geanticipeerde spijt ten opzichte van het kinderwensspreekuur) tot 5 (hoge geanticipeerde spijt ten opzichte van het kinderwensspreekuur) weergegeven.

Vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan hebben een hogere geanticipeerde spijt ten opzichte van het kinderwensspreekuur in vergelijking met vrouwen die hebben gehoord van het kinderwensspreekuur en niet zijn gegaan (3,77 vs 2,46, $p < 0,05$) en vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (3,77 vs 2,70, $p < 0,05$). Er is geen significant verschil tussen geanticipeerde spijt van vrouwen die via de VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan en geanticipeerde spijt van vrouwen die op eigen initiatief zijn gegaan. Vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan hebben een hogere geanticipeerde spijt in vergelijking met vrouwen die van het kinderwensspreekuur hebben gehoord en niet zijn gegaan (3,63 vs 2,46, $p < 0,05$) en vrouwen die niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord (3,63 vs 2,70, $p < 0,05$)

Tabel 5.4: Geanticipeerde spijt ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

Ik krijg spijt als ik niet naar het kinderwensspreekuur ga en er uiteindelijk...	Zwangere vrouwen		Vrouwen op kinderwensspreekuur	
	Gehoord van kinderwensspreekuur			
	Nee (n=637)	Ja (n=104)	Eigen initiatief (n=51)	Extra inzet VETC'er (n=26)
lets met mijn kindje aan de hand is				
Mee eens	181 (28,4%)	20 (19,2%)	35 (68,6%)	15 (57,7%)
Mee eens/mee oneens	147 (23,1%)	21 (20,2%)	9 (17,6%)	4 (15,4%)
Mee oneens	292 (45,8%)	59 (56,7%)	7 (13,7%)	6 (23,1%)
Onbekend	17 (2,7%)	4 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
Schade aan mijn gezondheid ontstaat				
Mee eens	174 (27,3%)	17 (16,3%)	34 (66,7%)	17 (65,4%)
Mee eens/mee oneens	152 (23,9%)	21 (20,2%)	10 (19,6%)	3 (11,5%)
Mee oneens	293 (46,0%)	62 (59,6%)	7 (13,7%)	6 (23,1%)
Onbekend	18 (2,8%)	4 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Gemiddelde score# (1=lage geanticipeerde spijt, 5=hoge geanticipeerde spijt)	2,70 (1,26) *	2,46 (1,16) *	3,77 (1,07) *	3,63 (1,20) *

Indien een vraag niet is ingevuld (onbekend), dan wordt deze vraag niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde score. Bij de berekening van de gemiddelde score is er gebruik gemaakt van de oorspronkelijk 5 antwoordcategorieën (helemaal mee eens, mee eens, mee eens/mee oneens, mee oneens, helemaal mee oneens).

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

5.1.5 Risicoperceptie

Risicoperceptie verwijst naar de inschatting en beleving van de risico's van het nalaten van een bepaald gedrag. Om risicoperceptie van zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan te bepalen is gevraagd hoe groot vrouwen de kans schatten op complicaties bij hun kindje en op complicaties bij zichzelf vanwege leefstijl, medicijngebruik, chronische ziekten en erfelijke aandoeningen. Tabel 5.5 beschrijft de antwoorden van de vier groepen vrouwen. Onder in de tabel is het gemiddelde voor de gedragsdeterminant risicoperceptie op een schaal van 1 (lage risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur) tot 10 (hoge risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur) weergegeven.

Vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan ervaren een hogere risicoperceptie in vergelijking met de vrouwen die niet zijn gegaan, maar wel gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (2,69 vs 1,76, $p < 0,05$) en de vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur (2,69 vs 1,70, $p < 0,05$). Er is geen significant verschil tussen risicoperceptie van vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan in vergelijking met vrouwen die op eigen initiatief zijn gegaan.

Vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan ervaren een hogere risicoperceptie in vergelijking met vrouwen die niet hebben gehoord van het kinderwensspreekuur (2,35 vs 1,70, $p < 0,05$) en vrouwen die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur maar niet zijn gegaan (2,35 vs 1,76, niet significant).

Tabel 5.5: Risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur.

"Hoe groot schat u de kans op complicaties bij ...?"	Zwangere vrouwen		Vrouwen op kinderwensspreekuur	
	Gehoord van kinderwensspreekuur		Eigen initiatief (n=51)	Extra inzet VETC'ers (n=26)
	Nee (n=637)	Ja (n=104)		
Uw kindje vanwege				
Leefstijl				
Kleine kans	566 (88,9%)	92 (88,5%)	35 (68,6%)	17 (65,4%)
Beetje kans	38 (6,0%)	8 (7,7%)	9 (17,6%)	7 (26,9%)
Grote kans	18 (2,8%)	2 (1,9%)	5 (9,8%)	0 (0,0%)
Onbekend	15 (2,4%)	2 (1,9%)	2 (3,9%)	2 (7,7%)
Medicijngebruik				
Kleine kans	585 (91,8%)	97 (93,3%)	38 (74,5%)	20 (76,9%)
Beetje kans	23 (3,6%)	4 (3,8%)	9 (17,6%)	5 (19,2%)
Grote kans	12 (1,9%)	1 (1,0%)	2 (3,9%)	0 (0,0%)
Onbekend	17 (2,7%)	2 (1,9%)	2 (3,9%)	1 (3,8%)
Chronische ziekten				
Kleine kans	580 (91,1%)	92 (88,5%)	37 (72,5%)	21 (80,8%)
Beetje kans	32 (5,0%)	7 (6,7%)	9 (17,6%)	4 (15,4%)
Grote kans	10 (1,6%)	2 (1,9%)	3 (5,9%)	0 (0,0%)
Onbekend	15 (2,4%)	3 (2,9%)	2 (3,9%)	1 (3,8%)
Erfelijke aandoeningen				
Kleine kans	535 (84,0%)	84 (80,8%)	29 (56,9%)	20 (76,9%)
Beetje kans	75 (11,8%)	12 (11,5%)	13 (25,5%)	5 (19,2%)
Grote kans	12 (1,9%)	5 (4,8%)	7 (13,7%)	0 (0,0%)
Onbekend	15 (2,4%)	3 (2,9%)	2 (3,9%)	1 (3,8%)
Uzelf vanwege				
Leefstijl				
Kleine kans	560 (87,9%)	92 (88,5%)	35 (68,6%)	17 (65,4%)
Beetje kans	50 (7,8%)	8 (7,7%)	11 (21,6%)	6 (23,1%)
Grote kans	12 (1,9%)	1 (1,0%)	3 (5,9%)	0 (0,0%)
Onbekend	15 (2,4%)	3 (2,9%)	2 (3,9%)	3 (11,5%)
Medicijngebruik				
Kleine kans	588 (92,3%)	95 (91,3%)	39 (76,5%)	18 (69,2%)
Beetje kans	24 (3,8%)	5 (4,8%)	8 (15,7%)	5 (19,2%)
Grote kans	9 (1,4%)	1 (1,0%)	2 (3,9%)	1 (3,8%)
Onbekend	16 (2,5%)	3 (2,9%)	2 (3,9%)	2 (7,7%)
Chronische ziekten				
Kleine kans	585 (91,8%)	89 (85,6%)	37 (72,5%)	19 (73,1%)
Beetje kans	26 (4,1%)	9 (8,7%)	11 (21,6%)	4 (15,4%)
Grote kans	10 (1,6%)	3 (2,9%)	1 (2,0%)	1 (3,8%)
Onbekend	16 (2,5%)	3 (2,9%)	2 (3,9%)	2 (7,7%)
Erfelijke aandoeningen				
Kleine kans	581 (91,2%)	96 (92,3%)	35 (68,6%)	19 (73,1%)
Beetje kans	35 (5,5%)	4 (3,8%)	12 (23,5%)	4 (15,4%)
Grote kans	6 (0,9%)	1 (1,0%)	1 (2,0%)	1 (3,8%)
Onbekend	15 (2,4%)	3 (2,9%)	3 (5,9%)	2 (7,7%)
Gemiddelde score# (1=lage risico-perceptie, 10=hoge risicoperceptie)	1,70 (1,06) *	1,76 (0,98) *	2,69 (1,45) *	2,35 (1,49) *

Indien een vraag niet is ingevuld (onbekend), dan wordt deze vraag niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde score. Bij de berekening van de gemiddelde score is er gebruik gemaakt van de oorspronkelijke 10- punt antwoordschaal.

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

- 5.1.6 *Gedragdeterminanten ten opzichte van het kinderwensspreekuur en etniciteit*
Tabel 5.6 geeft de gemiddelde scores voor de gedragdeterminanten attitude, eigen effectiviteit, sociale invloed, geanticipeerde spijt en risicoperceptie van vrouwen van Nederlandse, westerse allochtone en niet-westers allochtone afkomst beschreven per groep weer.

Tabel 5.6: Gemiddelde score voor de verschillende gedragdeterminanten ten opzichte van het kinderwensspreekuur en etniciteit

	Attitude (gemiddelde, 1 =negatieve attitude, 5=positieve attitude)	Eigen Effectiviteit (gemiddelde, 1=lage eigen effectiviteit, 5=hoge eigen effectiviteit)	Sociale invloed (gemiddelde, 1=negatieve sociale invloed, 5=positieve sociale invloed)	Geanticipeerde spijt (gemiddelde, 1=negatieve geanticipeerde spijt, 5=hoge geanticipeerde spijt)	Risicoperceptie (gemiddelde, 1=lage risicoperceptie, 10=hoge risicoperceptie)
Zwanger, niet gehoord van het kinderwensspreekuur					
Nederlands	3,70 (sd=0,90)*	4,38 (sd=0,74)*	3,06 (sd=0,87)*	2,61 (sd=1,20)*	1,72 (sd=1,12)
Westerse allochtonen	3,91 (sd=0,94)	4,52 (sd=0,65)*	3,46 (sd=0,94)*	2,75 (sd=1,31)*	1,70 (sd=0,86)
Niet-westerse allochtonen	3,98 (sd=0,87)*	4,12 (sd=1,06)*	3,56 (sd=1,03)*	3,27 (sd=1,44)*	1,49 (sd=0,60)
Zwanger en gehoord van het kinderwensspreekuur					
Nederlands	3,66 (sd=0,88)	4,33 (sd=0,75)	2,83 (sd=0,75)*	2,28 (sd=0,97)*	1,77 (sd=0,99)
Westerse allochtonen	3,53 (sd=1,39)	4,68 (sd=0,64)	3,09 (sd=0,94)*	2,77 (sd=1,53)	1,35 (sd=0,42)
Niet-westerse allochtonen	4,21 (sd=0,73)	4,46 (sd=0,51)	4,10 (sd=0,84)*	4,00 (sd=1,53)*	2,13 (sd=1,32)
Vrouwen op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur					
Nederlands	4,29 (sd=0,65)	4,31 (sd=0,86)	3,82 (sd=0,84)	3,61 (sd=1,12)	2,85 (sd=1,57)
Westerse allochtonen	4,45 (sd=0,64)	4,75 (sd=0,50)	3,75 (sd=0,29)	4,25 (sd=1,50)	1,38 (sd=0,43)
Niet-westerse allochtonen	4,18 (sd=0,44)	3,78 (sd=1,19)	4,28 (sd=0,79)	4,44 (sd=0,53)	2,15 (sd=1,28)
Via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur					
Nederlands	4,03 (sd=0,57)	4,50 (sd=0,55)	3,75 (sd=0,94)	3,92 (sd=0,92)	1,75 (sd=0,83)
Westerse allochtonen	5,00 (sd=0,00)	4,67 (sd=0,58)	4,00 (sd=1,00)	4,33 (sd=0,58)	3,96 (sd=2,60)
Niet-westerse allochtonen	4,24 (sd=0,99)	4,33 (sd=1,05)	3,53 (sd=0,90)	3,47 (sd=1,36)	2,19 (sd=1,34)

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

Zwangere vrouwen die niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord
Zwangere vrouwen van niet-westerse afkomst die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een positievere attitude ten opzichte van het kinderwensspreekuur dan zwangere vrouwen van Nederlandse afkomst (3,98 vs 3,70, p<0,05).

Zwangere vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een lagere eigen effectiviteit in vergelijking met vrouwen van Nederlandse afkomst (4,12 vs 4,38, p<0,05) en westerse allochtone afkomst (4,12 vs 4,52, p<0,05). Zwangere vrouwen van Nederlandse afkomst die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur ervaren een minder positieve sociale invloed dan zwangere vrouwen van niet-westerse allochtone

afkomst (3,06 vs 3,56, $p < 0,05$) en westerse allochtone afkomst (3,06 vs 3,46, $p < 0,05$).

Zwangere vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een hogere geanticipeerde spijt dan vrouwen van Nederlandse afkomst (3,27 vs 2,61, $p < 0,05$) en westerse allochtone afkomst (3,27 vs 2,75, $p < 0,05$).

Er zijn geen significante verschillen in ervaren risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur tussen de etnische groepen.

Zwangere vrouwen die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur

Zwangere vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en niet zijn gegaan ervaren een positievere sociale invloed in vergelijking met vrouwen van Nederlandse afkomst (4,10 vs 2,83, $p < 0,05$) en westerse allochtone afkomst (4,10 vs 3,09, $p < 0,05$). Ook hebben zwangere vrouwen van niet-westerse allochtone niet-westerse afkomst die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en niet zijn gegaan een hogere geanticipeerde spijt in vergelijking met vrouwen van Nederlandse afkomst (2,28 vs 4,00, $p < 0,05$). Er zijn geen significante verschillen in attitude, eigen effectiviteit en risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur tussen de etnische groepen.

Vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan

Er zijn geen significante verschillen in scores voor attitude, eigen effectiviteit, sociale invloed, geanticipeerde spijt en risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur tussen vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan van Nederlandse, westerse allochtone en niet-westerse allochtone afkomst.

Vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan

Er zijn geen significante verschillen in scores voor attitude, eigen effectiviteit, sociale invloed, geanticipeerde spijt en risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur tussen vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan van Nederlandse, westerse allochtone en niet-westerse allochtone afkomst.

Verschillen tussen vrouwen van Nederlandse, westerse allochtone en niet-westerse allochtone afkomst in hun score op gedragsdeterminanten die overeenkomen in de groepen

In de groep zwangere vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en de groep zwangere vrouwen die er wel van hebben gehoord maar niet zijn gegaan ervaren vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst een positievere sociale invloed dan vrouwen van Nederlandse en westerse allochtone afkomst. Daarnaast hebben in de groep zwangere vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en de groep zwangere vrouwen die er wel van hebben gehoord maar niet zijn gegaan vrouwen van niet-westerse allochtone afkomst een hogere geanticipeerde spijt dan vrouwen van Nederlandse afkomst. Deze verschillen zijn niet significant in de groep vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur is gegaan en via een VETC'er is gegaan.

5.1.7 Gedragsdeterminanten ten opzichte van het kinderwensspreekuur en opleidingsniveau

In tabel 5.7 zijn de gemiddelde scores voor de verschillende gedragsdeterminanten van laag en middelbaar opgeleide en hoog opgeleide vrouwen beschreven per groep.

Tabel 5.7: Gemiddelde score voor de verschillende gedragsdeterminanten ten opzichte van het kinderwensspreekuur en opleidingsniveau

	Attitude (gemiddelde, 1 =negatieve attitude, 5=positieve attitude)	Eigen Effectiviteit (gemiddelde, 1=lage eigen effectiviteit, 5=hoge eigen effectiviteit)	Sociale invloed (gemiddelde, 1=negatieve sociale invloed, 5=positieve sociale invloed)	Geanticipeerde spijt (gemiddelde, 1=negatieve geanticipeerde spijt, 5=hoge geanticipeerde spijt)	Risicoperceptie (gemiddelde, 1=lage risicoperceptie, 10=hoge risicoperceptie)
Zwanger, niet gehoord van het kinderwensspreekuur					
Laag en middelbaar opgeleid	3,77 (sd=0,81)	4,25 (sd=0,83)*	3,27 (sd=0,93)*	2,94 (sd=1,30)*	1,78 (sd=1,29)
Hoog opgeleid	3,75 (sd=0,95)	4,44 (sd=0,72)*	3,09 (sd=0,90)*	2,53 (sd=1,20)*	1,66 (sd=0,91)
Zwanger en gehoord van het kinderwensspreekuur					
Laag en middelbaar opgeleid	3,92 (sd=0,78)	4,11 (sd=0,86)*	3,24 (sd=0,94)	2,88 (sd=1,34)*	1,94 (sd=1,23)
Hoog opgeleid	3,59 (sd=0,98)	4,47 (sd=0,65)*	2,88 (sd=0,82)	2,27 (sd=1,04)*	1,69 (sd=0,87)
Vrouwen op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur					
Laag en middelbaar opgeleid	4,40 (sd=0,55)	4,15 (sd=0,92)	4,12 (sd=0,65)	4,00 (sd=0,82)	2,64 (sd=1,69)
Hoog opgeleid	4,21 (sd=0,65)	4,49 (sd=0,65)	3,76 (sd=0,93)	3,62 (sd=1,33)	2,51 (sd=1,38)
Via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur					
Laag en middelbaar opgeleid	4,37 (sd=0,58)	4,53 (sd=0,52)	3,77 (sd=0,92)	4,10 (sd=0,93)	2,25 (sd=1,52)
Hoog opgeleid	4,38 (sd=1,11)	4,63 (sd=0,52)	3,25 (sd=0,65)	3,25 (sd=1,16)	2,41 (sd=1,60)

* $p < 0,05$ is *cursief* weergegeven

Zwangere vrouwen die niet van het kinderwensspreekuur hebben gehoord

Zwangere laag en middelbaar opgeleide vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een lagere eigen effectiviteit dan hoog opgeleide vrouwen (4,25 vs 4,44, $p < 0,05$). Zwangere laag en middelbaar opgeleide vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een hogere geanticipeerde spijt dan hoog opgeleide vrouwen (2,94 vs 2,53, $p < 0,05$). Zwangere laag en middelbaar opgeleide vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur ervaren een positievere sociale invloed dan hoog opgeleide vrouwen (3,27 vs 3,09, $p < 0,05$). De scores voor attitude en risicoperceptie ten opzichte van het kinderwensspreekuur zijn niet significant verschillend voor laag en middelbaar opgeleide vrouwen en hoog opgeleide vrouwen.

Zwangere vrouwen die gehoord hebben van het kinderwensspreekuur

Zwangere laag en middelbaar opgeleide vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een lagere eigen effectiviteit dan hoog opgeleide vrouwen (4,11 vs 4,47, $p < 0,05$). Zwangere laag en middelbaar opgeleide vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur hebben een hogere geanticiperde spijt dan hoog opgeleide vrouwen (2,88 vs 2,27, $p < 0,05$). De scores op de gedragsdeterminanten attitude, sociale invloed en risicoperceptie zijn niet significant verschillend voor laag en middelbaar opgeleide vrouwen en hoog opgeleide vrouwen

Vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan

De scores op de gedragsdeterminanten attitude, eigen effectiviteit, sociale invloed, geanticiperde spijt en risicoperceptie zijn niet significant verschillend voor laag en middelbaar opgeleide vrouwen en hoog opgeleide vrouwen.

Vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan

De scores op de gedragsdeterminanten attitude, eigen effectiviteit, sociale invloed, geanticiperde spijt en risicoperceptie zijn niet significant verschillend voor laag en middelbaar opgeleide vrouwen en hoog opgeleide vrouwen.

Verschillen tussen laag en middelbaar opgeleide vrouwen en hoogopgeleide vrouwen in hun score op gedragsdeterminanten die overeenkomen in de groepen

In de groep zwangere vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en de groep zwangere vrouwen die er wel van hebben gehoord maar niet zijn gegaan hebben laag en middelbaar opgeleide vrouwen een lagere eigen effectiviteit dan hoog opgeleide vrouwen. Daarnaast hebben in de groep zwangere vrouwen die niet gehoord hebben van het kinderwensspreekuur en de groep zwangere vrouwen die er wel van hebben gehoord maar niet zijn gegaan laag en middelbaar opgeleide vrouwen een hogere geanticiperde spijt dan hoog opgeleide vrouwen. Deze verschillen zijn niet significant in de groep vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur is gegaan en de groep die via een VETC'er is gegaan.

Samenvatting

In het algemeen liggen de scores op de verschillende determinanten van de zwangere vrouwen die wel en niet voor de zwangerschap hebben gehoord van het kinderwensspreekuur dicht bij elkaar. Ook de scores van de vrouwen die op eigen initiatief en door informatie via de VETC'er naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan liggen dicht bij elkaar. Tussen de groep zwangere vrouwen en vrouwen die naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan worden voor de determinanten attitude, sociale invloed, geanticiperde spijt en risicoperceptie verschillen gezien die voor de groep vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur is gegaan significant zijn. Ook worden er significante verschillen gezien tussen de groep zwangere vrouwen in vergelijking met de groep vrouwen die via een VETC'er naar het kinderwensspreekuur is gegaan voor de determinanten sociale invloed en geanticiperde spijt. Uitblijven van significante verschillen voor de determinanten attitude en risicoperceptie voor de groep vrouwen die via de VETC'er naar het kinderwensspreekuur is gegaan in vergelijking met de groep vrouwen die niet is gegaan komt mogelijk door de lage aantallen waar informatie voor beschikbaar is. Hun scores zijn echter wel vergelijkbaar met de vrouwen die op eigen initiatief zijn gegaan. In de volgende analyse wordt bestudeerd of deze verschillen ook zichtbaar blijven als met karakteristieken van de vrouwen en de samenhang tussen determinanten rekening wordt gehouden

5.2 Belangrijke determinanten van het gedrag 'bezoeken van het kinderwensspreekuur'

Tabel 5.8 toont de resultaten van de logistische regressie analyse met uitkomstmaat wel of geen gebruik gemaakt van het kinderwensspreekuur. Er is een selectie gemaakt van twee groepen vrouwen: vrouwen die niet geweest zijn, maar wel gehoord hebben van het kinderwensspreekuur, en vrouwen die op eigen initiatief naar het kinderwensspreekuur zijn gegaan. De logistische regressie analyse is in drie stappen uitgevoerd. Allereerst zijn de karakteristieken van de vrouw opgenomen in het model, gevolgd door de standaard determinanten van het ASE-model. In de laatste stap is risicoperceptie en geanticipeerde spijt toegevoegd. In de eerste stap (stap 1) blijken opleidingsniveau en het wel of niet hebben van kinderen voorspellend te zijn voor het gaan naar het kinderwensspreekuur.

Tabel 5.8: Onderlinge samenhang van gedragsdeterminanten voor bezoek aan het kinderwensspreekuur (n=143).

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	OR (95 %B.I.)	OR (95 %B.I.)	OR (95 %B.I.)
Karakteristieken vrouw			
Leeftijd	1,04 (0,95-1,15)	1,09 (0,97-1,22)	1,11 (0,97-1,26)
Opleiding			
Laag en middelbaar	(referentie)	(referentie)	(referentie)
Hoog	0,34 (0,14-0,78) *	0,46 (0,17-1,22)	0,54 (0,18-1,60)
Etniciteit			
Nederlands	(referentie)	(referentie)	(referentie)
Niet Nederlands	1,77 (0,71-4,44)	0,59 (0,19-1,86)	0,40 (0,10-1,54)
Kinderen			
Geen kinderen	(referentie)	(referentie)	(referentie)
1 of meer kinderen	0,28 (0,11-0,71) *	0,27 (0,09-0,78) *	0,27 (0,08-0,93) *
ASE-model determinanten			
Attitude			
Eigen Effectiviteit			
Sociale invloed		3,82 (2,07-7,06) *	2,91 (1,43-5,92) *
Overige determinanten			
Geanticipeerde spijt			2,08 (1,25-3,46) *
Risicoperceptie			1,55 (1,05-2,28) *
Nagelkerke R ²	0,15	0,35	0,48
Stap 1= karakteristieken vrouw			
Stap 2= stap 1 + ASE-model determinanten			
Stap 3= stap 1 + stap 2 + geanticipeerde spijt en risicoperceptie			

Odds ratio's (OR) en het 95 % Betrouwbaarheidsinterval (BI)

* p<0,05 is *cursief* weergegeven

Hoogopgeleide vrouwen gaan minder vaak dan laag en middelbaar opgeleide vrouwen (p<0,05). Vrouwen met één of meer kinderen gaan minder vaak dan vrouwen zonder kinderen (p<0,05). Na toevoeging van de determinanten van het ASE-model (stap 2) is het hebben van één of meer kinderen en sociale invloed van belang. De determinanten attitude en eigen effectiviteit hebben geen invloed op het gebruik maken van het kinderwensspreekuur. In stap 3 is geanticipeerde spijt en risicoperceptie aan het model toegevoegd. Stap 3 toont dat vrouwen die al één of meer kinderen hebben minder vaak naar het kinderwensspreekuur gaan (OR=0,27,

95% B.I. 0,08 – 0,93, $p < 0,05$). Vrouwen met veel sociale steun/invloed uit de omgeving gaan vaker naar het kindersprekuren dan vrouwen met weinig sociale steun/invloed (OR=2,91, 95% B.I. 1,43 – 5,92, $p < 0,05$). Verder gaan vrouwen met hoge geanticipeerde spijt vaker naar het kindersprekuren dan vrouwen met lage geanticipeerde spijt (OR=2,08, 95% B.I. 1,25 – 3,46, $p < 0,05$). Vrouwen met hoge risicoperceptie gaan vaker naar het kindersprekuren dan vrouwen met lage risicoperceptie (OR=1,55, 95% B.I. 1,05 – 2,28, $p < 0,05$). Door toevoeging van sociale invloed (stap 2) neemt de verklaarde variantie (Nagelkerke R^2) toe met 0,19. Door toevoeging van de determinanten geanticipeerde spijt en risicoperceptie (stap 3) neemt de verklaarde variantie nog eens toe met 0,12 tot een totaal verklaarde variantie van het model van 0,48.

6 Samenvatting, conclusie en aanbevelingen

Het doel van het project 'Implementation of preconception care' was om succesvolle strategieën te identificeren waarmee vrouwen en hun partners kunnen worden bereikt voor het kinderwensspreekuur. Speciale aandacht ging uit naar het bereiken van allochtone vrouwen en laag opgeleide Nederlandse vrouwen.

Vooraf waren verschillende strategieën beoogd om binnen het project uit te zetten. Het bleek echter niet mogelijk alle vooraf beoogde strategieën uit te voeren vanwege privacy en uitvoeringredenen. Het betreft de mailing via de GGD en toevoegen van informatie over het kinderwensspreekuur aan het informatiepakket dat bij trouwen door de gemeente wordt meegegeven. De andere beoogde strategieën zijn wel uitgevoerd.

Uit dit onderzoek onder zwangeren komt naar voren dat de bekendheid met het kinderwensspreekuur in de regio nog laag is, 15,6% van de vrouwen was voor de zwangerschap bekend met het kinderwensspreekuur. Zolang de bekendheid met het kinderwensspreekuur laag is zal ook het aantal consulten laag blijven. Verhoging van de bekendheid van het kinderwensspreekuur heeft daarom hoge prioriteit. Dat is wel een kwestie van een lange adem aangezien vaak lange tijd nodig is om nieuwe vormen van zorg, zoals preconceptiezorg, goed ingebed te krijgen. In het geval van preconceptiezorg is het belangrijk dat dit integraal onderdeel van de zorg rondom zwangerschap en geboorte wordt. Daarnaast is ook een mentaliteitsverandering onder vrouwen nodig en moet duidelijk worden dat preconceptiezorg belangrijke gezondheidsvoordelen oplevert. Afgaande op de antwoorden van zwangere vrouwen die gehoord hadden van het kinderwensspreekuur en niet zijn gegaan is het belang van preconceptiezorg nog onvoldoende duidelijk voor vrouwen.

Door een grote meerderheid van de vrouwen wordt aangegeven dat zij mondeling geïnformeerd zijn en willen worden door de huisarts en verloskundige. Binnen dit project zijn de huisartsen gevraagd vrouwen te informeren over het kinderwensspreekuur in de Poort gehouden door verloskundigen. Een deel van de huisartsen heeft hier positief op gereageerd. Het andere deel gaf aan zelf preconceptiezorg te geven. Zij kunnen hierbij gebruik maken van de in 2011 verschenen NHG-standaard preconceptiezorg voor huisartsen (De Jong-Potjer 2011). Het is vooral belangrijk dat vrouwen met kinderwens preconceptiezorg ontvangen. Zowel verloskundigen als huisartsen spelen hierin een belangrijke rol. Goede afstemming hierover tussen huisartsen en verloskundigen is nodig.

Naast informatie van een vertrouwde professional als de huisarts of verloskundige is ook mond-op-mond reclame een belangrijke bron van informatie. Het is dan ook belangrijk dat informatie over het kinderwensspreekuur veel breder bekend is dan alleen bij vrouwen en hun partner met kinderwens. Te meer omdat ook blijkt dat sociale invloed een belangrijke determinant is bij het gebruik van het kinderwensspreekuur. Een positieve houding van de omgeving over het kinderwensspreekuur is daarom van belang. In het kader van dit project is ook een kwalitatief onderzoek gehouden

Daarnaast wordt schriftelijke informatie hoog gewaardeerd. Voorlichting via een poster, folder en een advertentie in de krant werd vaak genoemd. Ook internet werd regelmatig genoemd als bron van informatie. Voor het verkrijgen van informatie via

internet geldt wel dat iemand actief op zoek moet zijn naar informatie. Op dit moment wordt door het RIVM in samenwerking met de beroepsgroepen en andere partijen waaronder gezondheidsbevorderende instituten, patiëntenorganisaties en het Erfocentrum, gewerkt aan de ontwikkeling van een 'avatar'. Dit is een persoon genaamd Kelly, die in de banner van bijvoorbeeld Google verschijnt bij een bepaald profiel. Kelly is getest onder vrouwen en lijkt door laag opgeleide vrouwen te worden gewaardeerd. Mogelijk dat dit een methode is die bijdraagt om de bekendheid van het kinderwensspreekuur te verhogen. Ook het gebruik van nieuwe media zoals Twitter en Facebook kunnen mogelijk bijdragen aan het verspreiden van informatie over het kinderwensspreekuur.

Voor het bereiken van allochtone vrouwen en laag opgeleiden lijkt mondelinge informatie het meest effectief. Zij geven dit namelijk vaak aan als (gewenste) bron van informatie. In dit project zijn vrouwen uit deze groepen geïnformeerd via peervoorlichters en VETC'ers. Door dit te combineren met het begeleiden van vrouwen in het maken van een afspraak en herinneren aan de afspraak heeft een groter deel laagopgeleide vrouwen en allochtone vrouwen het kinderwensspreekuur bezocht. Deze manier van werven, hoewel zeer intensief, leidt wel tot meer gebruik van het kinderwensspreekuur. Zolang de bekendheid met het kinderwensspreekuur beperkt blijft is dit een goede manier om vrouwen te informeren.

Groepsvoorlichting kan voor het bereiken van allochtone vrouwen ook geschikt zijn. Zij geven dit vaker aan als gewenste bron van voorlichting dan Nederlandse vrouwen. Indien gekozen wordt voor groepsvoorlichting is het belangrijk aan te sluiten bij al bestaande groepen en netwerken zoals die bijvoorbeeld al samen komen in buurthuizen. Informatie over preconceptiezorg past goed binnen bredere geboortezorgvoorlichting (ref, Aalhuizen)

Ook is het van belang de informatie over preconceptiezorg in te bedden in de voorlichting over (niet) zwanger worden op scholen. Aalhuizen heeft op ROC's bij leerlingen van MBO-2 voorlichting hierover gegeven. Door deze voorlichting zijn 255 meisjes/vrouwen bereikt in de leeftijd van 14 tot 26 jaar. Analyse van evaluaties laat zien dat 90% van de leerlingen veel van het onderwerp hebben geleerd (vooral over de ontwikkeling van een zwangerschap en dat gezond leven/voeding belangrijk is als je zwanger wilt worden) en dat 85% van de leerlingen de lessen aanraden aan andere leerlingen. Alle leerlingen zijn op de hoogte van het bestaan van het kinderwensspreekuur, evaluatie laat zien dat 55% bij een zwangerschapswens naar het kinderwensspreekuur zal gaan, 15% misschien, 19% weet het nog niet (dit is vooral de groep 14-15 jarigen) en slechts 11% zegt nee.

In het kader van dit project is ook een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de houding ten opzichte van het kinderwensspreekuur en de manier waarop zij geïnformeerd zouden willen worden. Aan dit onderzoek hebben allochtone vrouwen en laag opgeleide Nederlandse vrouwen deelgenomen (Gasanova 2011). De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek komen in hoge mate overeen met de resultaten van dit onderzoek.

Om het daadwerkelijke effect van deze strategieën te kunnen onderzoeken was het van belang dat er tevens een dekkend aanbod van preconceptiezorg in de regio was. Dit is succesvol verzorgd door de verloskundigen uit de regio en aangeboden in het verloskundig centrum 'de Poort'.

De zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, de preferentie zorgverzekeraar in de regio, heeft steeds veel interesse getoond in het project. Zij hebben het geven van de consulten binnen het project gesteund door gelden vrij te maken vanuit het innovatiefonds zodat verzekerden van Zorg en Zekerheid het consult niet zelf hoefden te betalen. Ook hebben zij in hun magazine een artikel over het kinderwensspreekuur geplaatst waarin twee vrouwen en een verloskundige zijn geïnterviewd. Momenteel plaatst Zorg en Zekerheid een grote advertentie over het kinderwensspreekuur in regionale bladen. Ook is er een informatiefilm over dit onderwerp opgenomen in een verloskundigenpraktijk. Een dergelijke manier van publiciteit draagt ook bij aan het vergroten van de bekendheid met het kinderwensspreekuur.

In totaal zijn er 104 consulten geweest. Aanvankelijk was de instroom laag. Het extra inzetten van VETC'ers heeft geleid tot een grotere toestroom naar het kinderwensspreekuur. De toestroom is na het stoppen van de extra inzet uiteindelijk weer gedaald naar ongeveer het oude niveau. Door de extra inzet van VETC'ers zijn vooral laag opgeleide vrouwen en allochtone vrouwen (18 niet westerse allochtonen en 8 westerse allochtone vrouwen) naar het kinderwensspreekuur gegaan.

Leiden is niet de enige plek waar het kinderwensspreekuur wordt ingevoerd. In Rotterdam bijvoorbeeld is invoer van het kinderwensspreekuur een onderdeel van het grootschalige programma "Klaar voor een kind" dat nu sinds 2009 loopt (Denktas 2011). Vele verschillende methoden van informatieverspreiding worden binnen het programma ingezet. Van een onlangs gehouden symposium over het programma Klaar voor een kind is bekend dat de toestroom naar het kinderwensspreekuur nog beperkt is; tot dan toe waren er ongeveer 35 consulten geweest. Dit geeft aan dat ook elders in Nederland het nog niet mee valt vrouwen en hun partner te informeren en enthousiasmeren voor het kinderwensspreekuur. Het behaalde resultaat in Leiden is in dat licht zeker waardevol.

De verloskundigen in de regio Leiden zijn voornemens het kinderwensspreekuur actief voort te zetten. Begin volgend jaar zal voor de huisartsen in de regio opnieuw voorlichting over het kinderwensspreekuur worden gegeven. Ook zijn er plannen om lessen te gaan verzorgen op ROC's in Leiden. Het is belangrijk dat op zo'n enthousiaste manier belangrijke nieuwe ontwikkelingen in de zorg zoals het kinderwensspreekuur mogelijk worden gemaakt en dat zij hierin worden gesteund. Het uitblijven van een landelijk tarief is daarbij wel een verzwakkende factor.

Op basis van onze bevindingen binnen dit project en ontwikkelingen op het gebied van preconceptiezorg zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. Het bekendheid met het kinderwensspreekuur bleef ondanks de ingezette wervingsstrategieën lager dan verwacht. Preconceptiezorg als zorgconcept dient meer bekendheid te krijgen en meer geïnstitutionaliseerd te worden als vast onderdeel in de keten van zorg rondom zwangerschap en geboorte. Hiertoe is een mentaliteitsverandering over het belang van preventie en leefstijl vóór de conceptie noodzakelijk (imago).
2. Mondelinge voorlichting is een belangrijke bron van informatie.
 - a) De zorgverlener door wie vrouwen zijn geïnformeerd was de huisarts of verloskundigen. Het is belangrijk dat elke zorgverlener die in aanraking komt met vrouwen in de vruchtbare leeftijd op de hoogte is van het kinderwensspreekuur en hierover informeert indien gepast.

- b) Daarnaast zijn vrouwen ook geïnformeerd door anderen dan een zorgverlener. Ook blijkt de directe omgeving van invloed op het gebruik van het kinderwensspreekuur. Het dient daarom aanbeveling om de voorlichting te richten op een bredere doelgroep dan vrouwen met kinderwens. Richt de voorlichting bijvoorbeeld ook op partners, 'moeders van' en vriendinnen.
 - c) Ook aanbieden van informatie via scholen zoals door Aalhuizen is uitgevoerd zou verder opgepakt moeten worden zodat de groep vrouwen en partners die op de hoogte zijn wordt vergroot. Verloskundigen zijn vertrouwd met de ingewikkelde materie van de embryonale ontwikkeling en de risicofactoren en zij zijn gewend om hierover in eenvoudige woorden te vertellen. Tevens beogen ze daarmee de drempel voor deze vrouwen te verlagen om de verloskundige te bezoeken voor een individueel kinderwensconsult.
3. Naast de huisarts wordt ook de verloskundige frequent genoemd als (gewenste) bron van informatie. Het moet duidelijk worden voor vrouwen dat je ook vóór de zwangerschap bij de verloskundige terecht kunt. Om dit te bereiken is het wenselijk dat de verloskundige meer zichtbaar wordt in de wijk en ook op andere locaties dan de verloskundige praktijk te bereiken is. Te denken valt aan een plek binnen het Centrum Jeugd en Gezin (CJG). Bovendien is dit voor vrouwen met zwangerschapswens mogelijk een meer neutrale plek om naar toe te gaan dan een verloskundigenpraktijk waar je nu naartoe gaat als je zwanger bent.
4. Wervingsstrategieën in voorlichting- en wervingscampagnes (folder, poster, advertenties, informatie via zorgverleners) dienen regulier te worden ingezet. Spotjes van Postbus 51, SIRE en via radio zouden ondersteunend ingezet kunnen worden. Campagnes dienen regelmatig worden herhaald.
5. Naast bekende strategieën is het van belang uit te blijven kijken naar mogelijke nieuwe strategieën. De uitgevoerde pilot onder de apothekers in de regio Leiden is hier een voorbeeld van. Het blijkt mogelijk informatie over het kinderwensspreekuur door de apothekers te verspreiden en dit wordt niet door de cliënten als vervelend ervaren. Onderzoek naar de effectiviteit van informatieverstrekking via de apotheker is aanbevolen.
6. Voor het verkrijgen van een grotere bekendheid van preconceptiezorg onder allochtone en laagopgeleide vrouwen is mondelinge informatie ondersteund met schriftelijk materiaal gericht op laaggeletterden, het meest geschikt. Door het meegeven van toegankelijke schriftelijke informatie kan de informatie op een later tijdstip worden nagelezen. De combinatie van deze wervingsstrategieën genereert een groter bereik onder moeilijk bereikbare doelgroepen.
7. De inzet van peervoorlichters en VETC'ers is effectief in de voorlichting over preconceptiezorg aan allochtone vrouwen en laag opgeleide vrouwen en behoort onderdeel te zijn van de strategieën die ingezet worden. Hierbij is het belangrijk gebruik te maken van buurthuizen en bestaande sociale netwerken.
8. Voor het bereiken van allochtone vrouwen lijkt ook groepsvoorlichting geschikt, aangezien dit door deze vrouwen met regelmaat wordt aangegeven als gewenste bron van informatie. Mede op basis van het uitgevoerde kwalitatieve onderzoek dient het aanbeveling de voorlichting over preconceptiezorg op te

nemen in bredere geboortezorgvoorlichting. Dit thema kan in bijeenkomsten van bestaande groepen onder de aandacht worden gebracht. Daarnaast is het aan te bevelen deze bredere geboortezorgvoorlichting ook op te nemen in de inburgeringscursus om een grote groep allochtone vrouwen te bereiken.

9. Het gebruik van het internet en nieuwe media voor het vergroten van bekendheid over preconceptiezorg dient meer te worden toegepast. Vervolgonderzoek dient plaats te vinden naar welke vormen van internet en nieuwe media effectief kunnen worden ingezet als wervingsstrategie. Verdere uitwerking van het initiatief 'Kelly' of een mobiele applicatie zouden getest kunnen worden evenals het gebruik van Twitter en Facebook.
10. Het kinderwensspreekuur past binnen de werkzaamheden van de verloskundige. Binnen het project kregen de verloskundigen een vergoeding via Zorg en Zekerheid of uit het projectbudget indien anders verzekerd omdat geen tarief voorhanden was. Het is van belang dat een tarief voor preconceptiezorg wordt bepaald dat door de verloskundige kan worden gedeclareerd, net zoals dat mogelijk is voor huisartsen en gynaecologen.
11. Daarnaast is het van belang dat vrouwen en hun partner niets tot nauwelijks financieel hoeven bij te dragen aan het gebruik van het kinderwensspreekuur. Anders zullen vrouwen uit moeilijkbereikbare groepen niet gaan.
12. Sociale invloed, geanticiperde spijt van niet deelname aan het kinderwensspreekuur en risicoperceptie spelen een belangrijke rol bij de beslissing om naar het kinderwensspreekuur te gaan. Het is daarom van belang bij de voorlichting hierbij aan te sluiten.
13. Het begeleiden van de peervoorlichters en VETC'ers in het maken van een afspraak en helpen herinneren aan de gemaakte afspraak bleek het nakomen van de gemaakte afspraak bij het kinderwens te vergroten. Dus naast voorlichting is het van belang vrouwen verder te begeleiden.
14. De boodschap van de poster en folder gaat uit van preventie. De allochtone vrouwen die het kinderwensspreekuur bezochten hadden ook veel risicofactoren van medische aard. Verder is bekend dat preventie bij allochtone groepen anders gewaardeerd wordt dan in een Nederlandse groep. De boodschap zou voor allochtone vrouwen mogelijk meer medisch ingestoken kunnen worden om het gebruik van het kinderwensspreekuur te vergroten. Onderzoek hierna is gewenst.

7 Referenties

- Aalhuizen I. (2006). Preconceptiezorg voor autochtone vrouwen met een lage sociaal-economische status Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH)
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New York, Prentice-Hall.
- Bonsel, J.G., Birnie, E., Denktas, S., Poera, J., Steegers, E.A.P. (2010) Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte'; Erasmus MC
- College voor zorgverzekeringen. Verloskundige vademecum (2003) Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College van voor zorgverzekeringen. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- De Jong-Potjer, L.C., Elsinga, J. (2006). Preconception counselling in general practice. Evaluation of a systematic programme inviting couples contemplating pregnancy. Leiden: Optima Grafische Communicatie B.V.
- De Jong-Potjer LC, Beentjes M, Bogchelman M, Jaspar AHJ, Van Asselt KM. NHG-Standaard Preconceptiezorg. Huisarts Wet 2011;54 (6):310-26.
- Denktas S, Bonsel GJ, Weg EJ van der, Voorham AJJ, Torij HW, Graaf JP de, Wildschut HIJ, Peters IA, Birnie E, Steegers EAP. A urban perinatal health programme of strategies to improve perinatal health. Matern Child Health J 2011
- De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte [Internet]. Den Haag: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 06-01-2010 [aangehaald op 14-04-2010]. Bereikbaar op URL: <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte.html>
- De Vries, H., Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as predictor of behavioral intentions. Health education research, 3, 273-282.
- Fishbein M., Ajzen I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA, Addison-Wesley.
- Fretts, R.C. (2005). Etiology and prevention of stillbirth. American Journal Obstetrics Gynecology; 193(6): 1923- 1935.
- Gasanova N, Jansen YJFM, Korfker D, Mookhoek M, Baran-Kor R, Broerse A, Aalhuizen I, Buitendijk SE, Pal- de Bruin KM van der. Implementatie Preconceptiezorg in Leiden; resultaten uit aanvullend kwalitatief onderzoek naar gepercipieerde effectieve wervingsstrategieën en de rol van het internet en nieuwe media. TNO/CH 2011.051, TNO-rapport, 2011
- Gezondheidsraad (2005). Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Den Haag: Gezondheidsraad. Rapportnummer 2004/22.

Gezondheidsraad. (2007). Preconceptiezorg; voor een goed begin. Den Haag: Gezondheidsraad. Rapportnummer 2007/19

Hosli, E.J., Çinibulak, L., van der Pal-de Bruin, K. (2005). Meningen over en behoefte aan preconceptie advisering van allochtone vrouwen: een focusgroep onderzoek. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven. Rapportnummer: KvL/JPB 205.145

Kok, G.J., De Vries, H., Mudde, A.N. & Strecher, V.J. (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research*, 6, 231-238.

Kuchenbecker W.K., Ruifrok A.E., Bolster J.H., Heineman M.J., Hoek A. (2006). Subfertility in overweight women. *Ned. Tijdschr. Geneeskd*;150:2479-2483.

Landkroon AP, de Weerd S, van Vliet-Lachotzki E, Steegers EAP. Validation of an Internet Questionnaire for Risk Assessment in Preconception Care. *Public Health Genomics*, 2010; 13:89-94

Lanting C.I., Buitendijk S.E., Crone M.R., Segaar D., Bennebroek Gravenhorst J., et al. (2009). Clustering of Socioeconomic, Behavioural, and Neonatal Risk Factors for Infant Health in Pregnant Smokers. *PLoS One*, 2009; 4(12): e8386

Mediclara. Promotie van het preconceptieadvies door openbare apotheken. Projectverslag en evaluatie. Rapport MediClara 2010

Mohangoo, A.D., Buitendijk, S.E., Hukkelhoven, C.W.P.M., Ravelli, A .C.J., Rijninks-van Driel, G.C., Tamminga, P. et al. (2008). Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen. De PERISTAT II Studie. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 152(50):2718-27

Nelson S.M., Fleming R. (2007). Obesity and reproduction: Impact and Interventions. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:384-389.

Oudijk M.A. en Mol B.W. (2009). Zwangerschap en roken: Het is nooit te laat om te stoppen, *Ned Tijdschr Geneeskd*; 153:A663

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. Vol. 2 No. 4.

Sandberg T., Conner M. (2008). Anticipated regret as an additional predictor in the theory of planned behaviour: a meta-analysis. *Br J Soc Psychol*. 47:589-606.

Schrander-Stumpel C.T.R.M., De Nijs Bik H. (2000). Klinische genetica (5): preconceptiezorg, een taak voor de huisarts? *Patient Care*; Jul 1;27(7):29-34.

Sebire N.J., Jolly M., Harris J.P., Wadsworth J., Joffe M., Beard R.W., Regan L., Robinson S. (2001). Maternal obesity and pregnancy outcome: A study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord*;25:1175-1182.

Sheeran P., Orbell S. (1999). Augmenting the Theory of Planned Behavior: Roles for Anticipated Regret and Descriptive Norms. *Journal of Applied Social Psychology*; 29 2107-2142.

STIVORO (2010). Continue onderzoek rookgewoonten en de Roken Jeugd Monitor, TNS-NIPO i.o.v. STIVORO [Internet]. Den Haag: STIVORO. [aangehaald op 26-02-2010]. Bereikbaar op URL:

http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Feiten___Cijfers/Actuele_gegevens_over_roken/Index.aspx

Veldhuizen-Eshuis, H. van, Wieringa, J. (2009). Advies stroomlijnen van informatie over Preconceptiezorg [Internet]. Bilthoven: RIVM. Rapportnummer:

225101001/2009, 03-11-2009 [aangehaald op 14-04-2010]. Bereikbaar op URL: [http://www.rivm.nl/pns/Images/1.15%20Rapport%20Voorlichting%20rond%20preconceptie%20zorg\(3%20september%20verstuurd\)%20_tcm95-65386.pdf](http://www.rivm.nl/pns/Images/1.15%20Rapport%20Voorlichting%20rond%20preconceptie%20zorg(3%20september%20verstuurd)%20_tcm95-65386.pdf)

Waelput A.J.M., Achterberg P.W. (2007). Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek. RIVM-rapport nr. 270032004. Bilthoven: RIVM, 2007b.

Weiss J.L., Malone F.D., Emig D., Ball R.H., Nyberg D.A., Comstock C.H., Saade G., Eddleman K., Carter S.M., Craigo S.D., Carr S.R., D'Alton M.E. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate - a populationbased screening study. *Am J Obstet Gynecol*;190:1091-1097.