

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/102175>

Please be advised that this information was generated on 2017-08-17 and may be subject to change.

# *'Jouw keuze' als frame*

## *Media en voorlichting over bevalling*

### *1 Voorlichting en media over bevallen*

Gezondheidsgeletterdheid betekent meer dan simpelweg het kunnen begrijpen van de aangeboden voorlichtingsmaterialen (Parker, Baker, Williams & Nurss, 1995).<sup>1</sup> Het behelst in toenemende mate 'informed decision making': goed geïnformeerd zelf besluiten kunnen nemen over de eigen gezondheid, ziekte en zorg (Woolf, Chan, Harris, Sheridan, Braddock, Krist, O'Connor & Tunis, 2005). Men spreekt daarom ook wel over 'gezondheidsvaardigheid' als concretisering van gezondheidsgeletterdheid. Was deze vaardigheid aanvankelijk vooral van toepassing bij de behandeling van complexe ziektes zoals kanker en diabetes, tegenwoordig speelt de autonome besluitvorming ook een rol bij niet-pathologische zorg rond vaccinatie en zwangerschap/geboorte. De alomtegenwoordigheid van uiteenlopende informatiebronnen en de interactiemogelijkheden via het internet bleken nieuwe eisen te stellen aan het voorlichtingsmateriaal rond de HPV-vaccinatiecampagne in 2009. Ook voor de voorlichting rond bevalling zijn wellicht nieuwe

benaderingen noodzakelijk, aangezien doelgroepen soms moeilijk bereikt en geïnformeerd kunnen worden (Dineke, Detmar & Buitendijk, 2010; Buitendijk, 2010).

### *Samenvatting*

Zwangere vrouwen en hun partners moeten al voor de bevalling diverse beslissingen nemen. Gezondheidsvoorlichting is bij dergelijke 'informed decision making' een belangrijke, maar lang niet de enige bron van kennis. Zowel professionele als persoonlijke informatie over bevalling is steeds vaker te vinden in massamedia en nieuwe media. Voorlichting functioneert in deze veranderende context. We analyseren vanuit welke invalshoeken journalistieke teksten en web-verhalen bevalling 'framen': interventie, risico, natuur en ervaring. We tonen aan dat zorgverleners in voorlichtingsmaterialen de verantwoordelijkheid bij vrouwen zelf leggen in een overkoepelend keuze-frame: bevallen is 'jouw keuze'. We betogen dat deze voorlichting niet goed aansluit bij de gezondheidsgeletterdheid van veel vrouwen, noch bij hun mediagebruik. Gezondheidsvoorlichters zullen zich moeten verhouden tot de veranderende mediacontext, waarin hun informatieve, keuze-georiënteerde voorlichting een steeds minder prominente plaats inneemt. Er zijn argumenten om in de voorlichting meer ruimte te maken voor persoonlijke ervaringen ter bevordering van het proces van 'shared decision making' in de relatie tussen cliënt en zorgverlener, niet alleen bij bevalling, maar ook bij andere 'preferentie-sensitieve' gezondheidsthema's.

Het is niet zo dat er geen informatie beschikbaar is over bevallen; die is er in overvloed. In vroeger eeuwen was bevallen iets dat tot het niet-openbare domein van vrouwelijke ervaringskennis behoorde (Staton Savage, 2001) maar in de 20<sup>e</sup> eeuw is dit domein opengebroken en vragen vrouwen publieke aandacht voor hun bevallingservaringen. In de naoorlogse jaren gebeurde dit via informatieve en instructieve voorlichting door zorgprofessionals. Sedert de jaren '80 is informatie beschikbaar in uiteenlopende adviesboeken, waarvan de inhoud van wisselende kwaliteit is (Powell Kennedy, Nardini, Mcleod-Waldo & Ennis, 2009).

Sinds het eind van de 20<sup>e</sup> eeuw worden persoonlijke ervaringen in de openbaarheid besproken en getoond. De initiële behoeftes van vrouwen die op internet en televisie naar bevallingsverhalen zoeken zijn: informatie om hun beslissingen op te baseren (Lagan, Sinclair & Kernohan, 2010; Walker, Visger & Rossie, 2009; Theroux, 2011; Lagan, Sinclair & Kernohan, 2011); bevestiging van medische informatie (Lagan et al., 2011; Song, West, Lundy & Smith Dahmen, 2012); vergroting van controle (Lagan et al., 2011; Song et al., 2012); en uitwisseling van ervaringen (Lagan et al., 2011). Voorts zijn in de massamedia steeds meer verslagen van bevallingen te lezen en zien. Vrouwen worden beïnvloed door verhalen in de media over bevallingen en laten hun keuzes er mede door bepalen (Munro, Kornelsen & Hutton, 2009). Het effect van video's van bevallingen is fascinerend en beangstigend tegelijkertijd (Romano, 2007); vrouwen rapporteren toegenomen angst voor de bevalling na het zien van dit soort beelden (Rink, 2012).

Voor de Nederlandse situatie is tot op heden geen studie gemaakt van mediarepresentatie van bevallingen en het effect daarvan op de ervaring en keuzes van vrouwen, maar in elk geval groeit de hoeveelheid bevallingsverhalen in de media. Televisieprogramma's als 'De bevalling' (SBS6) en 'Bevallingsverhalen' (RTL8) trekken veel kijkers, evenals de reality-soap 'Barbie's baby' (RTL5), en mensen delen via het web hun eigen ervaringen: op YouTube zijn veel filmpjes van bevallingen te vinden, en de zoektermen 'mijn bevalling' leveren op Google honderdduizenden hits op. Op internetfora als [mamaenzo.nl](http://mamaenzo.nl) en [Babyinfo.forum](http://Babyinfo.forum) wisselen vrouwen ervaringen uit over bevallingen<sup>2</sup>, niet zelden met veel aandacht voor de onaangename en onverwachte aspecten ervan.

Ook de Nederlandse journalistiek besteedt sinds 2008 veel aandacht aan bevallen. Sinds dat jaar hebben alle vrouwen in Nederland die bevallen recht op pijnstilling, decennia nadat dit in de meeste Westerse landen gemeengoed werd. De nieuwe professionele richtlijn gaf aanleiding tot journalistieke commentaren waarin het recht wordt verwelkomd<sup>3</sup> en in de afgelopen jaren mengden verschillende journalisten zich met eigen ervaringen in het debat, dat werd uitgebreid met een discussie over de risico's van thuis bevallen.<sup>4</sup>

In deze wat media en regelgeving betreft veranderende context blijft professionele voorlichting een belangrijke bron van informatie voor patiënten (Dubbeldam, Sanders, Meijman, Van den Haak & Spooen, 2011) en dit geldt zeker voor zwangere vrouwen die zich voorbereiden op hun bevalling: vrouwen die gaan bevallen waarderen het als ze schriftelijk materiaal meekrijgen bij het consult aan zorgverleners (Wiegers, 2007). Zorgverleners op hun beurt zien het als hun taak, met het oog op het 'geïnformeerd kiezen,' vrouwen te voorzien van uitgebreide informatie over allerlei aspecten van zwangerschap en bevalling (Carolan, 2007). Wel hebben ze weinig tijd om de informatie te bespreken met hun cliënten, waardoor de invloed ervan beperkt is (Stapleton, Kirkham & Thomas, 2002).

In Nederland was jarenlang de uitgebreide brochure van de samenwerkende beroepsgroepen (o.a. verloskundigen en gynaecologen), getiteld 'Zwanger!', het meest algemeen verspreide voorlichtingsmiddel onder zwangeren. Hierin wordt ook uitvoerige informatie over de bevalling gegeven.<sup>5</sup> Verloskundigen geven ook eigen voorlichtingsmaterialen uit. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) geeft diverse brochures in print- en webversie uit voor zwangeren, verloskundigen en andere doelgroepen. Ten slotte is er de voorlichting door de overheid gefinancierde Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), die per regio een eigen organisatie en website hebben. Op deze sites wordt vaak verwezen naar de brochure 'Zwanger!' en wordt verder een uitgebreid menu getoond met informatie over zwangerschap en bevalling, voor elke regio min of meer hetzelfde dus kennelijk centraal aangeleverd.<sup>6</sup> Het taalgebruik is hier met kortere zinnen en directe aansprekingen vereenvoudigd.<sup>7</sup> Opmerkelijk is een CJG-site gericht op mensen met een islamitische achtergrond;<sup>8</sup> de informatie over bevallen die hier in te vinden is, is gelijk aan de andere sites. Er is wel extra informatie over aspecten van islam, maar die gaan niet over de bevalling.

Tezamen geven de brochures en websites uitvoerige informatie over de mogelijkheden voor de locatie van de bevalling, het gebruikelijke verloop van de bevalling, de complicaties die kunnen optreden en de medische ingrepen die deze kunnen verhelpen, alsook de opties voor pijnbestrijding. In hoeverre deze voorlichting aansluit bij de informatie en verhalen die vrouwen en hun partners via de massamedia en via het internet bereiken is niet vastgesteld.

In dit artikel willen we daarom een aantal cruciale media-uitingen over bevalling nader onder de loep nemen, en de professionele voorlichting er tegenover stellen. Onze vragen zijn:

- hoe wordt bevalling benaderd in massamedia en nieuwe media?
- hoe wordt bevalling benaderd in voorlichting van verloskundige en geneeskundige beroepsgroepen?
- hoe kunnen de benaderingen in de voorlichting geëvalueerd worden ten opzichte van de aandacht in de publieksmedia?

We beantwoorden deze vragen door journalistieke teksten, ik-verhalen op het internet en voorlichtingsteksten<sup>9</sup> te analyseren in termen van *frames*: denkschema's die bepalen hoe onderwerpen in communicatie worden gepresenteerd en gedefinieerd (De Vreese, 2005). Voorts bekijken we welke gevolgen deze kaders hebben voor zwangere vrouwen en hun partners. Niet alleen wetenschappelijke studies over de Nederlandse situatie, maar ook over ervaringen in andere landen worden betrokken bij de analyse. Ten slotte evalueren we de voorlichting over bevalling, generaliseren onze evaluaties naar gezondheidsvoorlichting in het algemeen, en bespreken we opties voor verder onderzoek.

## 2 *Framing in media en voorlichting*

Een bevalling is een individueel en subjectief beleefd *life event* dat wordt gekenmerkt door onderling verbonden fysiologische en psychologische processen die beïnvloed worden door contextuele factoren (Larkin, Begley & Devane, 2007). Bepalend voor de beoordeling van een bevalling is enerzijds de gezondheid van (moeder en) kind en anderzijds de ervaring van de bevalling (Hunter, 2006); een vergelijkbaar onderscheid maken Blaaka en Schauer (2008) tussen een fenomenologisch en een biomedisch *belief*

*system* van waaruit de bevalling ‘geframed’ wordt. Hunter (2006) analyseert de taal van (Angelsaksische) professionele literatuur over bevalling vanuit geneeskundige en verloskundige hoek, en concludeert dat beroepsbeoefenaren spreken vanuit verschillende gezondheidsparadigma’s: verloskundigen hanteren het holistische model van *caring* (zorgen) terwijl geneeskundigen het biomedische model van *curing* (genezen) hanteren. Deze paradigma’s bepalen zowel de taal als de cultuur van praktijken rond bevalling en vormen zo de grondstof voor de specifieke, cultureel bepaalde frames die verbonden zijn aan de bevalling als een al dan niet medische gebeurtenis. In het *caring*-paradigma wordt de barend holistisch benaderd als een fysieke en psychologische eenheid en ligt de nadruk op de relatie tussen zorgverlener en cliënt; de bevalling zelf is een fysiologische, normale en natuurlijke gebeurtenis. In het *curing*-paradigma wordt de barend mechanistisch-wetenschappelijk benaderd met nadruk op het fysieke aspect; de bevalling zelf is een pathologische gebeurtenis die moet worden gecontroleerd door een deskundige. Blaaka en Schauer (2008) observeerden vergelijkbare verschillen in de Noorse situatie.<sup>10</sup>

Deze sterk uiteenlopende benaderingen van bevalling kunnen we herkennen en preciseren in Nederlandse professionele en mediateksten door een frame-analyse. In de communicatiewetenschap wordt de term frame ontleend aan de sociologie (Goffman, 1974) waar deze duidt op een verzameling organiserende basiselementen aan de hand waarvan we een situatie interpreteren, en zo de gebeurtenis en onze subjectieve betrokkenheid daarbij in banen leiden (Van Gorp, 2002, p. 328). In communicatiewetenschappelijk onderzoek van journalistiek nieuws zijn zowel het proces framing als de inhoud en effecten van frames objecten van studie (De Vreese, 2005, p. 51). Daarbij worden generieke nieuwsframes onderscheiden van specifieke content-frames. Generieke frames die in het nieuws steeds terugkeren zijn bijvoorbeeld: conflict; human interest; attributie van verantwoordelijkheid; moraliteit; en economische consequenties (De Vreese, 2005, p. 56 naar Semetko & Valkenburg, 2000). De basale tegenstelling *caring/curing* is een vergelijkbaar generiek frame.

Framing zal altijd mede vanuit een talig oogpunt gezien worden. Cognitief linguïsten beschouwen een frame, in navolging van Fillmore (1975), als een cognitieve constructie van samenhangende betekenissen, die ons begrip en onze verwachting ten aanzien van objecten en ervaringen stuurt (Fillmore, 2006), waarbij de frames worden opgeroepen door het gebruik van bepaalde woordkeuzes. Dit kan worden versterkt door keuzes in de zinsbouw; Van Valin (2004) beschrijft hoe bijvoorbeeld actieve en passieve grammaticale constructies mensen in teksten kunnen neerzetten in semantische macro-rollen als *actor* of *undergoer*. Zo helpt framing taalgebruikers om zichzelf en de wereld om hen heen te begrijpen, gebeurtenissen te voorspellen, en zelf te communiceren en handelend op te treden.<sup>11</sup> Frames zijn niet statisch, maar komen tot stand in een cultuur en ontwikkelen zich onder invloed van culturele veranderingen; ze kunnen feitelijk zijn, of gevoed worden door mythen en stereotypes (Van Gorp, 2002, p. 330).

In de gezondheidscommunicatie worden frames ook wel aangeduid als Health beliefs (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) of als ‘basale noties’: cultureel bepaalde grondopvattingen die mensen hebben over gezondheid, ziekte en zorg. Het zijn ideeën die op de achtergrond aanwezig zijn en invloed uitoefenen op de processen waarbij mensen gezondheidsinformatie opnemen en accepteren of negeren, zoals de klassieke tegenstelling tussen ‘natuurlijk/holistisch/gezondheidsbehoud’ en ‘kunstmatig/mechanistisch/ziektebestrijding’. De manier waarop het publiek kennis opneemt hangt enerzijds af van deze basale noties en anderzijds van de culturele thema’s die op dat moment populair zijn. Samen vormen ze de bril

waardoor het publiek de boodschappen in zich opneemt, en dat kan dus leiden tot aanzienlijke discrepanties met wat de afzender ermee beoogt (Boot, Meijman & Van Dulmen, 2009).

Bij de hierna gepresenteerde frame-analyse gaan we uit van Hunter's (2006) tegenstelling *caring/curing*. In een globale, kwalitatief-interpreterende frame-analyse (Van Gorp, 2002, p. 332) interpreteren we journalistieke teksten, webuitingen en voorlichtingsteksten op hun dominante betekenissen en implicaties. We analyseren manifestaties van de generieke *caring/curing* tegenstelling en extraheren hieruit specifieke frames uit de teksten die deze tegenstelling verbijzonderen in de context van Nederlandse media-uitingen en voorlichting over bevalling. In onze bespreking identificeren we een aantal generieke nieuwsframes en een aantal specifieke content-frames en beschouwen we in het bijzonder hun onderlinge interactie en mogelijke uitwerkingen.

### 3 Frames voor bevalling

**Interventiefame** Het interventiefame wordt opgeroepen wanneer er bij bevalling gesproken wordt over de ingrepen die kunnen plaatsvinden om de bevalling tot een goed einde te brengen: monitoring van moeder en kind, kunstverlossing, keizersnede. In de media-uitingen en voorlichtingsmaterialen van gynaecologen zien we een pathologische benadering van bevalling, gericht op medische ingrepen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft geen aparte brochure over bevallen; op de NVOG-website zijn woorden als bevalling, baring of geboorte zelfs geen zoektermen bij de NVOG-voorlichtingsbrochures. Wel zijn (in alfabetische volgorde) de titels 'Keizersnede', 'Kunstverlossing (een vaginale)' en 'Pijnbestrijding tijdens de bevalling' beschikbaar.<sup>12</sup> In deze brochures wordt zakelijke informatie gegeven over de afzonderlijke ingrepen. Dit interventiefame wordt krachtig opgeroepen wanneer de bevalling met een blindedarmoperatie wordt vergeleken of met een tandartsbehandeling, of als de pijn van een bevalling vergeleken wordt met die van een amputatie, zoals in de volgende uitlatingen tijdens een uitzending van Nieuwslicht op 4 maart 2010.<sup>13</sup> Hierin wordt de gynaecoloog Jan Nijhuis geïnterviewd naar aanleiding van de uitlatingen van Wendy van Dijk over de ruggenprik.

- (1) (De interviewster is hoogzwanger en zegt zich goed te willen laten informeren over de ruggenprik. In de uitzending noemt Nijhuis barenspijn de ergste pijn die een mens kan hebben, vergelijkbaar met de pijn van het afhakken van een vinger.) 'Dat staat ook in de notitie die de gynaecologen hebben geschreven.' (Mogelijk kan een keizersnede worden voorkomen door een ruggenprik.) 'Want als vrouwen er door heen zitten, als het niet meer gaat, ze kan de pijn niet meer aan, dan hebben wij geen keus...' (Ter afsluiting van de uitzending zegt de interviewster:) 'Wat is blijven hangen is dat baringspijn vergelijkbaar is met amputatiepijn en daarbij ga je ook niet twijfelen of je aan pijnbestrijding doet of niet. Aan de andere kant wil ik ook stoer zijn en het zelf doen, ik wil kunnen zeggen dat ik het zonder ruggenprik heb gedaan hoe calvinistisch, spartaans dat ook is.'

De verwijzing naar Nijhuis bij de vergelijking met amputatie kan geduid worden als een geval van *built-in frame* (McQail, 2000), dat wil zeggen een bron – veelal uit de elite afkomstig – die journalisten doorgaans gebruiken om hun claim te onderbouwen.<sup>14</sup> Pijn is bij een

ingreep een niet-functionele bijkomstigheid die tegenwoordig vrijwel standaard wordt verdoofd; gezien vanuit het interventieframe hoeft ook de bevalling niet zonder pijnbestrijding plaats te vinden. Vaak wordt verwezen naar vroeger tijden, zoals in het volgende journalistieke fragment uit HP-De Tijd: We leven niet meer in de middeleeuwen, toen vrouwen sterven in het kraambed omdat er nog geen ruggenprik en medische hulp beschikbaar was.<sup>15</sup> Merk op dat de pijnbestrijding en het risico op sterfte in dit fragment in één adem genoemd worden; een vaker voorkomende vermenging van interventie en risico (zie volgende sectie).

In dit interventieframe is het begrijpelijk dat bij de bevalling aanwezige partners en moeders van barenden uitroepen ‘dit kan zo niet langer’, ‘doe er wat aan’. Op webfora over bevallen zijn vele voorbeelden te vinden als de volgende van [9maand.be](http://9maand.be): Lang leve de epidurale!! (want de papa kon het ook niet langer meer aanzien... :p).<sup>16</sup> Het ziekenhuis is de vanzelfsprekende setting van dit frame. De zorgverlener in dit frame is de (mogelijk) ingrijpende medicus, de actieve ‘wij’ in de tekst van Nijhuis hierboven in fragment 1. Het frame wordt opgeroepen door de verwijzing naar de arts in de context van bevalling. Het baren is daarmee geschaard onder het curing-frame van de pathologie: een ziekte of afwijking, waarbij behandeling, ingrepen en pijnbestrijding als vanzelf aan de orde kunnen zijn. Vindplaatsen zijn medische literatuur, journalistieke berichten, bevallingsverhalen en voorlichting door de NVOG.

**Risicoframe** Het risicoframe wordt opgeroepen wanneer er bij bevalling vooral gesproken wordt over de kans op babysterfte en over de risico’s die bevallen met zich meebrengt voor het kind, bijvoorbeeld in de volgende aankondiging van het tv-programma Zembra van 22 november 2009.<sup>17</sup>

- (2) ‘Babysterfte in Nederland’ – In Nederland sterft jaarlijks één op de honderd baby’s. Internationaal onderzoek toont aan dat de babysterfte hier hoger ligt dan in andere Europese landen. Eén van de oorzaken van de hoge babysterfte is dat verloskundigen en gynaecologen meer risico’s nemen dan collega’s in het buitenland. Ze wachten lang met ingrijpen, want de Nederlandse filosofie is dat de natuur zijn gang moet gaan. Gynaecologen en kinderartsen stellen in ZEMBLA dat veel sterfgevallen van baby’s onnodig zijn.

Het generieke nieuwsframe dat in dit bericht wordt opgeroepen is ‘attributie van verantwoordelijkheid’ (nl. die van verloskundigen en gynaecologen voor de babysterfte). In de kop van de aankondiging en in de tweede zin wordt ‘babysterfte’ als een bestaand fenomeen gepresenteerd door middel van een existentiële presuppositie (‘de babysterfte’); de lezer wordt daarmee verondersteld dit fenomeen te accommoderen als oncontroversiële, in het publieke domein gedeelde kennis (Delin, 2000, p. 118). Dat ‘babysterfte’ een generiek probleem is in de Nederlandse situatie, is echter geen kwestie waarover medici het eens zijn.<sup>18</sup> Als nieuws gepresenteerd is het wel alarmerend, hetgeen wordt bevestigd door de framing in termen van risico verderop in de derde zin.

Dit risicoframe is sterk aanwezig in politiek en beleid, niet alleen rondom bevallen, waar sterftestatistieken tussen landen vergeleken worden en verbeterd moeten worden, maar ook in de maatschappij als geheel: risico’s op een negatieve uitkomst worden als ongewenst beschouwd en zijn er toenemende mate om vermeden te worden. De bevalingsthematiek leent zich echter in het bijzonder voor framing vanuit dit perspectief. In

november 2010 ontstond een mediahype rond de risico's van thuis bevallen.<sup>19</sup> Voorbeelden zijn de artikelen 'Risico's bij bevallen met verloskundige' (Volkskrant, 25-11-2010) en 'Beval natuurlijk of beval zonder risico' (NRC Handelsblad, 5-11-2010) en vele andere soortgelijke artikelen naar aanleiding van recent naar buiten gebracht epidemiologisch onderzoek.<sup>20</sup> De generieke nieuwsframes van deze artikelen zijn zowel 'conflict' als 'attributie van verantwoordelijkheid'. De Volkskrant sloot aan bij deze discussie met 'Einde van het thuisbeval-tijdperk: We mogen weer in het ziekenhuis baren!'<sup>21</sup> waarin een angstig ervaringsverhaal van de journalist wordt geflankeerd door de typering van de eerste bevalling als even risicovol als een operatie.

Binnen dit risicoframe is een bevalling een gevaarlijke onderneming die zo veilig mogelijk moet worden volbracht onder risicomijdende of risico-ondervangende omstandigheden. De zorgverlener is in dit frame de risicobewaker en aansprakelijke. Vindplaatsen zijn medische literatuur, beleidsteksten en journalistieke berichten. De media-informatie die vanuit dit frame wordt gegeven is afkomstig van bronnen met een hogere status (artsen, journalisten).

**Natuurframe** Termen betreffende normaliteit of natuurlijkheid van de bevalling roepen een contrastief frame op, daar waar verloskundigen de ongecompliceerde (thuis)bevalling benadrukken in de ervaring van de vrouw die moeder wordt (Buitendijk, 2010). Een voorbeeld is de slogan op de KNOV-website: De geboorte van een kind is ook de geboorte van een moeder. Zij heeft haar innerlijke kracht ontdekt. Nadruk op de geboorte van kind én moeder als gezond proces versterken het frame, waarin de verloskundige als begeleider van dit proces een centrale rol speelt. Dezelfde website zegt: 'Het mooie van het vak verloskunde is dat je een belangrijke gast bent bij een groots, intiem gebeuren'.<sup>22</sup>

In dit perspectief is pijn bij de bevalling functioneel, gericht op de versnelling en de uitkomst van het proces en als zodanig goed. Nog een citaat van deze website: 'Een bevalling is als het beklimmen van een berg. Onderweg is het zwaar maar op de top is het geweldig'.<sup>23</sup> De reactie van de interviewster in fragment 1 verwijst naar deze invalshoek: het is 'stoer' om het 'zelf te doen'. Vanuit de invalshoek van natuurlijkheid verstoort het bestrijden van de pijn de functionaliteit ervan; ingrijpen is alleen geoorloofd als de bevalling niet op natuurlijke wijze kan gaan, met andere woorden, pas dan treedt automatisch het alternatieve interventiefraam in werking. Thuis is de voor de hand liggende setting van de natuurlijke bevalling en de zorgverlener is de procesbegeleider (verloskundige). Vindplaatsen zijn artikelen en websites van verloskundigen<sup>24</sup> en NVOG, bevallingsverhalen, journalistieke reportages en ingezonden stukken, en websites over natuurlijk bevallen.<sup>25</sup>

**Ervaringsframe** Uitingen van vrouwen zelf in media-uitingen en op het web duiden erop dat zij hun ervaring van de bevalling centraal stellen, in termen van prettig of niet prettig, tevredenheid of lijden. Vrouwen spreken over hun bevalling als een unieke levensgebeurtenis. Een veelbesproken voorbeeld vormt een tv-interview in RTL-Boulevard met presentatrice Wendy van Dijk, weergegeven op Privé.nl van 22 februari 2010.<sup>26</sup>

- (3) 'Wendy van Dijk blij met ruggenprik.' Wendy van Dijk is heel erg blij dat ze met een ruggenprik kon bevallen van dochter Lizzy. 'Het is de uitvinding van de eeuw.' 'Uiteindelijk moet je het laatste stukje zelf doen, en dat is heftig genoeg. Als je al die weeën moet opvangen, dan is dat heel zwaar. Met zo'n verdoving zijn de scherpe



kantjes er vanaf. Omdat ik niet zo behoefde te lijden, heb ik nu al genoeg energie om te genieten. Het is in Nederland geen standaardingreep, maar ik raad het elke zwangere vrouw aan.'

Zorgprofessionals aarzelden en wezen op de mogelijke nadelen, maar het publiek nam het voor Wendy van Dijk op in Privé.nl van 25 februari 2010.<sup>27</sup>

- (3a) 84 % van onze lezers vindt het onzinnig dat een Nederlandse gynaecologe en een anesthesist zich negatief hebben uitgelaten over het enthousiasme van de presentatrice over de verdoving tijdens de bevalling. 'Wendy is helemaal niet verplicht ook de risico's te noemen', vinden de lezers. 'Wij zijn blij dat er eindelijk een Nederlandse ster is die durft te zeggen dat een ruggenprik geweldig is. Een bevalling zonder verdoving is als het verwijderen van een blindedarm zonder anesthesie.' 'Zij mag genieten van haar ruggenprik'.

Het generieke nieuwsframe is hier aanvankelijk *human interest*; in de reacties komt daar het conflictframe bij (nl. tussen de ster en de dokters). Het specifieke content-frame is dat van de bevalling in een ervaringsframe. Dit frame is te begrijpen als we beseffen dat de bevalling voor de meeste vrouwen hooguit twee keer in het leven plaatsvindt tijdens het verlof van werk; de bevalling is daardoor de bekroning van een bijzondere levensfase.<sup>28</sup> Dit frame wordt versterkt door te spreken over barende vrouwen als cliënten en over cliëntgerichte benaderingen.<sup>29</sup> De zorgverlener is in dit frame de leverancier van het unieke levensmoment, en het frame biedt een voorname plaats aan de getuige van dit unieke moment (partner/zus/ moeder/vriendin etc.)

Dit perspectief leidt tot frustratie als de ervaring niet of niet uitsluitend positief is.<sup>30</sup> Verhalen op het internet staan vol met beschrijvingen van pijn en angst; reacties gaan ook juist daar op in. Een voorbeeld is het volgende langere fragment van een bevallingsverhaal op een webforum, dat we laten volgen door enkele van de reacties.<sup>31</sup>

- (4) (...) De weenen begonnen op gang te komen eerst langzaam en waren ze wel te doen maar daarna werd het steeds heftiger ik schreeuwde het uit van de pijn. Me man meskien kon niets goed doen in mijn ogen. Ik kon hem niet aanzien tijdens de bevalling. Ik vond de zuster die me hielp samen met de gyn de allerliefste van de wereld. Me man vertelde me nog dat ik haar hand zat te aaien hahah. Hij verklaarde me voor gek. Ik weet dat niet eens meer allemaal. Op een gegeven moment ging het zo snel toen ik bij de 6 cm was kon ik het echt niet meer. Ik heb zo gehuild en gegild om een ruggenprik. Ze gaven gehoor aan me wens. De gyn die dit zou doen kwam half uur later. In de tussentijd ging ik in plaats van wegpuffen schreeuwen. Bij mij lukte dat wegpuffen voor geen meter. Daarnaast ook nog eens een dichte neus. Al met al me ruggenprik gehad dat deed zo een pijn. Maar de pijn van de weenen deed meer zeer. Dus dit had ik er graag voor over. Het duurde even voordat de prik ze werk deed. En daarnaast heeft het bij mij alleen me rechter gedeelte verdoofd en voelde ik de pijn in me linker gedeelte dus wel. Dus ik bleef pijn houden. Ze besloot nog meer te spuiten in me ruggenprik maar dat mocht niet baten (...) De dokters vonden dat het super snel gegaan is voor me 1e kindje. Achteraf gezien is dat het ook wel. Deed er ongeveer 3.5 uur over. En achter af was het ook wel een

## Jouw keuze' als frame

'makkelijke bevalling'.(...) ps: Heb daarna 2 dagen in het ziekenhuis gelegen en me rechter been was nog steeds 'verlamd van de ruggeprik' Alhamdoelah ging het weer wat beter met me been de laatste nacht in het ziekenhuis. Daarna heb ik nog 4 dagen in het geboortecentrum sophia gezeten en heb nog 1 dag kraamzorg thuis gehad.(...).

(reactie | 27-4-11 12.37). Wat een moooi verhaal Ik kon me zoo inleven! & nu hamdoelilah ben je van alles vanaf, en heb jij je prinsesje bij jouw !

(reactie | 27-4-11 13:06 uur). Heftig man!!! Hmdlh is alles goed gekomen.. Er staat me een hoop pijn te wachten

(reactie | 27-4-11 13:09 uur). ah nu begrijp ik je ik weet ook niet eens of het bij mij zal werken. bij mij is het zo als ik een kramp heb dan ren ik gelijk om asprientje in te nemen zodat ik de pijn niet meer ga voelen maar nu zal ik erg snel een ruggeprik nemen voordat ik de pijn ga voelen ik kan dat niet tegen

Typerend aan de framing vanuit de ervaring is het benoemen van de relatie met de zorgverleners ('Ik vond de zuster die me hielp samen met de gyn de allerliefste van de wereld') en het wachten op zorgverleners ('Ze gaven gehoor aan me wens. De gyn die dit zou doen kwam half uur later'). Opvallend is verder de tegenstelling tussen enerzijds de evaluatie van de betrokken zorgverleners dat het om een gemakkelijke bevalling ging, en anderzijds de nadruk op pijn en ingrepen in zowel het verhaal van de barende vrouw als in de reacties daarop. Overigens verdwijnen de bijwerkingen van de interventies ('verlamd van de ruggeprik') in het niets. De (pijnlijke) ervaring is daarmee het dominante frame van waaruit de bevalling door vrouwen zelf wordt beschreven en die voor de reagerende vrouwen structurerend werkt voor de verwachtingen ten aanzien van toekomstige ervaringen.

**Keuzeframe** Bij de professionele voorlichting door verloskundigen en in de massamedia is de eigen keuze door de vrouw het vertrekpunt. Een bevalling vraagt om het maken van keuzes. Jouw verloskundige helpt je daarbij!<sup>32</sup> Deze aanmoedigende banner tekst op de KNOV-website is in lijn met de eerder genoemde, voor de gehele gezondheidszorg geldende tendens tot *informed decision making*, en meer specifiek met het beleidsadvies van de Adviesgroep Zwangerschap en Geboorte uit 2009 dat pleit voor het vastleggen van wensen en keuzes in een 'geboorteplan'.<sup>33</sup> Daartoe verschaft de KNOV een format voor een geboorteplan dat vrouwen zelf kunnen invullen.<sup>34</sup> Verder geeft de KNOV twee brochures uit: 'Jouw bevalling: Hoe bereid je je voor?' en 'Jouw bevalling: hoe ga je om met pijn?'<sup>35</sup> In de brochures wordt het beleid vertaald naar de beide hoofdthema's pijnmanagement en plaats van bevalling. Ook in de voorlichting door de Centra voor Jeugd en gezin is de inhoud van de voorlichting vergelijkbaar geordend met rubriekhoofden als 'Hoe wil je bevallen?' en 'Waar wil je bevallen?'

Met andere woorden, in toenemende mate wordt de nadruk gelegd op de autonome keuze door de barende vrouw, waarbij alles gebeurt volgens haar wensen en voorkeuren: zij geeft zelf te kennen wat zij wil dat er gebeurt of gaat gebeuren. Zo stelt de publiekssite van de wetenschappelijke vereniging van huisartsen, klip en klaar als startzin bij het lemma bevalling: 'Bespreek uw wens om thuis te bevallen met uw verloskundige of huisarts'.<sup>36</sup> Vrouwen worden aangemoedigd om na te denken over en door te geven aan zorgverleners wat zij willen indien diverse mogelijkheden bewaarheid worden. Het

frame wordt versterkt door de vragende vorm van brochuretitels ('Hoe ga je om met pijn?') en door de vele keuzes die in het Geboorteplan worden voorgelegd.

De gedroomde setting voor dit frame is het geboortehuis en de zorgverlener is in dit frame de neutrale vertegenwoordiger of belangenbehartiger van de barende (Hutton, 2011). Hiermee sluit de gezondheidszorg en de voorlichting daarover aan bij het generieke en dominante marktframe: de burger/patiënt is cliënt en de klanttevredenheid staat centraal. De op vrouwen gerichte massamedia volgen die trend: in een recent 'dossier' over bevallen van Libelle was de inhoudslijst: 'Mogen vrouwen alsjeblieft zelf bepalen hoe en waar?/ Thuis of ziekenhuis? doe de test / Vrouwen over hoe ze het wilden en over hoe het echt ging'.<sup>37</sup>

#### 4 Samenvatting van frame-analyse

De besproken journalistieke teksten over bevalling *framen* de bevalling vanuit het perspectief van conflict en/of attributie van verantwoordelijkheid. In dit conflict herkennen we duidelijk de tegenstelling *caring/curing*, in de verantwoordelijkheden zien we de verschillende beroepsbeoefenaren terug. *Caring* en *curing* zijn ook terug te vinden in de specifieke content-frames die we uit de mediateksten en voorlichtingsteksten geëxtraheerd hebben. Het interventieframe en het risicoframe zijn specificaties van het biomedische curing-paradigma, terwijl het natuurframe en het ervaringsframe verbijzonderingen van het holistische caring-frame zijn. Het is zinvol om deze verbijzonderingen te onderscheiden, omdat elk frame zijn eigen effect op de cognitie van de doelgroep kan hebben.

Frames zijn immers sturingsmechanismen van interpretatie en als zodanig dragers van ideologische posities waarbinnen het begrijpen, ervaren en handelen van mensen daadwerkelijk gestuurd worden, en die door jarenlange culturele of professionele vorming als het ware in hen verankerd zijn geraakt. Vandaar ook dat men vanuit het ene frame een onbegrip kan hebben voor het andere, of er boos over kan worden. Cognitief problematisch is het als frames elkaar effectief uitsluiten; de informatie vanuit het ene frame kan niet verwerkt worden als het andere reeds gekozen is. Zo zal het oproepen van een interventieframe bij de bespreking van barens pijn grote gevolgen kunnen hebben: het zal moeilijk of onmogelijk zijn om woorden met bijbehorende beelden als 'amputatie' of 'operatie' weer uit te wissen en niet meer met barens pijn te associëren, zeker voor vrouwen die al angstig waren.<sup>38</sup> Oproepen van het risicoframe heeft eveneens consequenties: lastig om het idee van 'babysterfte' van je af te zetten en niet meer in verband te brengen met een bevalling. Wie zou niet alles doen om de kans daarop te verkleinen? Bovendien versterken het interventieframe en het risicoframe elkaar: in de media-uitingen worden risicomijdende omstandigheden veelal opgevat als medische omstandigheden die vragen om medisch ingrijpen. Amerikaanse onderzoekers wijzen erop dat reality-programma's bevallingen eenzijdig weergeven als niet door vrouwen zelfstandig tot een einde te brengen ervaringen (Sears & Godderis, 2011; Morris & McInerney, 2010).<sup>39</sup>

Met verwijzingen naar sterk verschillende epidemiologische studies betwisten de ideologische kampen in de media elkaar in een conflict/verantwoordelijkheidsdiscussie die ver over de hoofden van barende vrouwen en hun partners heen gaat (De Vries & Buitendijk, 2012). Het is immers geen uitgemaakte zaak voor wie wat in welke situatie veilig en comfortabel is (Keirse 2010; Amelink-Verburg & Buitendijk, 2010). Zwangere vrouwen móeten

echter partij kiezen in deze strijd, en die keuze is in hun geval geen metaoordeel: het gaat om hun eigen bevalling. Het dilemma wordt professioneel beslecht door in de voorlichtingsmaterialen de verantwoordelijkheid bij vrouwen zelf te leggen. De tweede, in toenemende mate vergeefs verspreide boodschap daarbij luidt dat een natuurlijke bevalling een reële optie is. Tegen de media dominante interventie- en risicoframes in benadrukt professionele voorlichting dat vrouwen zelf moeten kiezen in elke fase van de zwangerschap en bevalling. Dit vormt dus feitelijk een vijfde en overkoepelend frame, nl. dat van de keuze. De frame-analyse maakt duidelijk hoe de gezondheidsvoorlichting over bevalling haar keuze-bevorderende werk moet doen in een media-omgeving gedomineerd door journalistieke teksten die de bevalling benaderen vanuit frames van risico en interventie, en door uiteenlopende persoonlijke verhalen in de media en op het internet over (angst voor) pijnlijke ervaringen.

## 5 Frames en voorlichting

Professionele voorlichtingsteksten willen met een veelheid aan informatie keuzes faciliteren en pogen vrouwen van passende en uitvoerige kennis te voorzien, waarmee ze hun beslissingen kunnen funderen. Dit doel lijkt bij bevallingen, net als bij andere thema's in de gezondheidszorg (levensbeëindiging, vaccinatie, prenatale en genetische testen, et cetera), overheersend te gaan worden. De verwijzing naar de autonomie van de patiënt is mede ingegeven door wetenschappelijke studies die aantoonde dat vrouwen vooral behoefte hebben aan zeggenschap over de plaats en wijze waarop zij gaan bevallen (voor de VS, zie Records & Wilson, 2011; voor Nederland, zie Hendrix, van Horck, Moreta, Nieman, Nieuwenhuijze, Severens & Nijhuis, 2009).<sup>40</sup> Zo ook lijkt in de Nederlandse voorlichting de nadruk te komen liggen op objectieve informatie en checklists, en wordt de autonome keuze zelf het frame dat de professionele communicatie over bevallen bepaalt. Het mag echter betwijfeld worden of die boodschap wel verstaanbaar is voor een brede groep vrouwen en hun partners.

Aan schriftelijke en digitale voorlichting in de vorm van allerlei (downloadable) folders is geen tekort, maar daarbij lijkt er een gebrek aan coördinatie (Wiegers, 2007). Vooral lager opgeleide en/of allochtone vrouwen worden slecht bereikt (Dineke et al., 2010). Juist met het oog op de van vrouwen gevraagde keuzes is begrijpelijke informatie een voorwaarde; echter, de meeste gezondheidsvoorlichting is voor veel mensen te moeilijk (Twickler, Hoogstraaten, Reuwer, Singels, Stronks & Essink-Bot, 2009) en dus veronderstelt de informatie-overload een hogere gezondheidsgeletterdheid dan reëel is (Kickbusch, 2001; Bernicky DeJoy, 2010). Veel vrouwen en hun partners zijn niet in de kennispositie om het realiteitsgehalte of waarschijnlijkheidsgehalte van feiten en kansen binnen de verschillende frames te beoordelen.<sup>41</sup> Onderzoek heeft aangetoond dat mensen de ernst en omvang van verschillende soorten risico's moeilijk kunnen vergelijken en vaak niet beseffen dat een ingreep om een risico te vermijden veelal een ander risico oproept (Bellaby, 2003).<sup>42</sup> Dit geldt bijvoorbeeld voor interventies die bedoeld zijn om pijn te bestrijden maar op hun beurt het risico op complicaties en interventies vergroten (Veringa et al., 2011).

Het effect van de cultuur waar vrouwen deel van uitmaken en de verwachtingen die zij op basis van verhalen opbouwen worden stelselmatig onderschat (Christiaens, Verhaeghe & Bracke, 2010). Voor de groep vrouwen die vooraf erg opzien tegen het

risico en/of de pijn van de bevalling – wel getypeerd als *catastrophizing* (Van den Bussche, Crombez, Eccleston & Sullivan, 2007) – heeft standaardvoorlichting weinig effect (Veringa, Buitendijk, De Miranda, De Wolf & Spinhoven, 2011). Dit vooraf ‘catastroferen’ wordt enerzijds bepaald door persoonlijke en direct overgeleverde ervaringen (France, Wyke, Ziebland, Entwistle & Hunt, 2011), anderzijds door de omringende sociale context,<sup>43</sup> waarvan media een belangrijk deel uitmaken (McAra-Couper, Jones & Smythe, 2012).

De professionele voorlichting over bevallen moet concurreren met vele persoonlijke verhalen in de sociale omgeving en de media. In printmedia en op televisie en internet worden vele ervaringen verteld en verbeeld die het vertrouwen van vrouwen en hun partners in een positief verloop van hun bevalling vooraf kunnen ondermijnen. Uit effectstudies is bekend dat ervaringen van lotgenoten een krachtig persuasief effect op hun publiek kunnen hebben, omdat persoonlijke ‘bewijzen’ sterker werken dan generieke (o.m. Zillmann, 2007). Partners kunnen een belangrijke invloed hebben bij het maken van keuzes en kunnen een doorslaggevende rol spelen door een grotere nadruk op (de mogelijkheid) van risico-uitsluiting en interventies (Hendrix, Pavlova, Nieuwenhuijze, Severens & Nijhuis, 2010).

## 6 Discussie: de rol van persoonlijke informatie over bevalling

De huidige keuzegedomineerde voorlichting die de nadruk legt op informatie (leren) en kiezen (autonomie) slaat een belangrijke en noodzakelijke stap over: eerst moet zij het vertrouwen versterken dat een bevalling een normale en goede ervaring kan zijn, wil sprake zijn van een evenwichtige uitgangssituatie voor een keuze. Deze relevante schakel in de verwerking van keuze-georiënteerde voorlichting wordt aangedragen door de self-determination theory (Ryan & Deci, 2000), die voorspelt dat mensen niet toekomen aan autonome keuzes op grond van verworven kennisontwikkeling, wanneer ze onvoldoende steun en vertrouwen ervaren. Zo kunnen we begrijpen dat vrouwen tijdens de zwangerschap vaak meer zakelijke informatie ontvangen dan ze wensen en kunnen begrijpen (Carolan, 2007): aan die overdaad aan keuze-informatie zijn ze door gebrek aan vertrouwen en steun (Rijnders, Baston, Schönbeck, Van der Pal, Prins, Green & Buitendijk, 2008) en door onvoldoende gezondheidsgeletterdheid niet toe. Daarbij komt voor een groeiende groep vrouwen, die op grond van eerder verkregen informatie hun voorkeuren al hebben bepaald, de keuze-informatie simpelweg te laat; zij bevinden zich in de moeilijk beïnvloedbare *post-decision-fase* (Huang, Sheu, Tai, Chaing & Chien, 2012) tegen de tijd dat de voorlichting haar bereikt.

Gezondheidsvoorlichters moeten zich bezinnen op hun benadering van cliënten in deze complexe en veranderlijke context. *Informed decision making* is een ideaal van autonomie; bij bevalling ligt de praktijk dicht bij het gezamenlijk beslissingen nemen door patiënt/cliënt en zorgverlener (Noseworthy, Phibbs & Benn, 2012). Juist bij bevalling is deze relatie van beslissend belang (Hodnett 2002; Baston, Reijnders, Green & Buitendijk, 2008). Dergelijke *shared decision making* (Charles, Gafni & Whelan, 1999) tussen cliënt/patiënt en zorgverlener in een media-rijke context vraagt om meer ruimte voor de ervaring van cliënten uit hun eigen omgeving en uit de media. Ervaringen vormen een opening naar dialoog met de zorgverlener, waarin verhalen kunnen worden uitgewisseld

(Staton Savage, 2001), generieke informatie kan worden toegevoegd (Entwistle, France, Wyke, Jepson, Hunt, Ziebland & Thompson, 2011), en tegenwicht kan worden geboden door in de media onderbelichte ervaringen te noemen (Leask, Chapman, Hawe, & Burgess, 2006).

Meisel & Karlawish (2011) roepen gezondheidsvoorlichters daarom op van de media te leren: het weergeven van persoonlijke ervaringen ter onderbouwing van een medische claim is in de media dagelijkse praktijk, omdat dit aantrekkelijker is en effectiever werkt dan het geven van alleen zakelijke informatie. Dat mechanisme kan ook gericht worden toegepast in voorlichting; Hinyard & Kreuter (2007) tonen in een onderzoeksoverzicht aan dat ervaringen van lotgenoten en zorgverleners voor de lezer/kijker/luisteraar aanschouwelijk kunnen maken hoe met steun van de betrokken zorgverleners en/of partner diverse obstakels overwonnen werden. In een verscheidenheid van persoonlijke verhalen kan de ogenschijnlijke onverenigbaarheid van kaderingen als het ware 'geëtaleerd' worden. Ervaringen met (onvermijdelijk) situatieafhankelijke en pragmatische keuzen kunnen duidelijk maken dat die onverenigbaarheid niet tot een patstelling hoeft te leiden.

In de gezondheidswetenschappen wordt in toenemende mate aandacht besteed aan het effect van persoonlijke ervaringen in voorlichting bij het maken van keuzes in aanvulling op algemene informatie, zoals rond vaccinatie (Leask et al., 2006) en prenataal onderzoek (Entwistle et al., 2011). Zij pleiten voor een combinatie van generieke en persoonlijke informatie als basis voor medische beslissingen. Opvallend is dat ook onder zorgverleners zelf het pleidooi steeds meer gehoord wordt om persoonlijke ervaringen op te nemen in de scholing en deskundigheidsbevordering (Abma & Widdershoven, 2005; Downe, 2010; Kaptein, Van der Geest & Meulenberg, 2011).

De effectieve werking van persoonlijke ervaringen is grotendeels pragmatisch: het particuliere aspect van ervaringen verhoogt de toepasbaarheid van de informatie. Een journalistiek-achtige setting en spreektaal-elementen creëren authenticiteit en vergemakkelijken identificatie (De Graaf, Hoeken, Sanders & Beentjes, 2012), zeker in combinatie met uniek en bij voorkeur typerend fotomateriaal (Andsager, Bemker, Choi & Torwel, 2006) en 'perceived similarity' (Zillmann, 2007; Hoeken & Hustinx, 2009; De Wit, Das & Vet, 2008). Massamedia, internet en social media zijn bij uitstek geschikt om uiteenlopende persoonlijke ervaringen uit te wisselen (Slater & Rouner, 2002; Busselle & Bilandzic, 2009) en bereiken daardoor gemakkelijker de laaggeletterde groepen. Onderzoek heeft aangetoond dat laaggeletterde doelgroepen ervaringsgerichte voorlichting beter begrijpen en er via herkenning meer door worden overtuigd (Seligman, Wallace, DeWalt, Schillinger, Arnold, Shilliday, Delgadillo & Bengal, 2007; Dal Cin, Zanna & Fong, 2002; Beacom & Newman 2010). Bovendien – en minstens even belangrijk – wordt door uitwisseling van eigen ervaringen ook de eigen inbreng en waardigheid versterkt (Greenhalgh, Collard, Campbell-Richards, Vijayaraghavan, Malik, Morris & Claydon, 2011).

Zowel de gezondheidscommunicatiewetenschap als de cognitieve tekstwetenschap leveren argumenten voor een aanvullende voorlichtingsstrategie in richting van persoonlijke ervaringen. Er zijn goede redenen om de vertrouwde generieke voorlichting uit te breiden met een brede waaier aan persoonlijke ervaringen in televisieprogramma's, webfora en social media; dat zijn immers de media waar vrouwen steeds meer gebruik van maken, ten nadele van traditionele informatiebronnen (Lothian, 2011). Vooral voor laagopgeleide vrouwen en vrouwen van allochtone afkomst is zo'n nieuwe benadering een noodzaak, omdat deze groepen moeilijker toegang vinden tot informatie (Shieh, McDaniel & Ke, 2009) en tot nog

toe door zorgverleners moeilijk bereikt kunnen worden, terwijl dit vanwege hun grotere kans op problemen rond zwangerschap en bevalling wel dringend noodzakelijk is (Dineke et al., 2010; Ravelli, Steegers, Rijninks-van Driel, Abu-Hanna, Eskes, Verhoeff, Buitendijk, Stronks & Van der Post, 2011). Zo'n benadering maakt het ook mogelijk om aandacht te besteden aan de eigensoortige ervaringen en voorkeuren van partners, die een essentiële maar vaak onderbelichte rol in het keuzeprocess voorafgaand aan en tijdens de bevalling spelen.

## 7 Tot slot

De hier gepresenteerde analyse van bestaande voorlichting en van media-uitingen over bevalling maakt aannemelijk dat de huidige voorlichting niet goed aansluit bij de beleving van bevalling door vrouwen zoals die uit de wetenschappelijke literatuur naar voren komt. De voorlichting aan zwangere vrouwen en hun partners die, veelal voor de eerste keer, aan den lijve met vraagstukken rond risico en pijnbestrijding bij de bevalling geconfronteerd worden, moet zich voortdurend aanpassen aan de nieuwste medische ontwikkelingen en conflictueuze discussies daarover in de media. De voorlichting maakt geen keuze tussen benaderingen en legt geen keuze op, maar legt de nadruk op de keuze die vrouwen en hun partners zelf moeten maken. In dit artikel is betoogd dat het huidige keuzeframe voor veel vrouwen niet reëel is, althans een schijnoplossing biedt voor hun dilemma.

Deze constatering impliceert niet dat het dominante keuzeframe onjuist is; het is ontoereikend. Het relativeren van kennis en autonomie als hoogste doelen is zeker geen pleidooi om vrouwen het recht op weten en kiezen te ontnemen en terug te keren naar een paternalistisch, 'doctor knows best' -tijdperk. Het impliceert wel dat kennis en autonomie bevorderen alleen onvoldoende zijn voor gezondheidsvoorlichting in dienst van een goede en rechtvaardige zorgverlening voor iedereen, die geen onnodige schade toebrengt (Torres & De Vries, 2009). Gezondheidsvoorlichting met die doelstelling moet gebruik maken van meer uiteenlopende strategieën voor diverse doelgroepen, waarvan een breed scala aan persoonlijke ervaringen deel uit kan maken. Voorbeelden hiervan zijn al wel te vinden op het Engelstalige websites, zoals [http://www.healthtalkonline.org/Pregnancy\\_children/](http://www.healthtalkonline.org/Pregnancy_children/) en <http://www.oneworldbirth.net/internet>. Het functioneren van deze aanvullende voorlichting in de praktijk dient vergeleken te worden met gebruikelijke informatieve voorlichtingsbenaderingen wat betreft bereik, begrijpelijkheid, aantrekkelijkheid, overtuigingskracht en intentie tot handelen en delen van informatie. Collecties van persoonlijke ervaringen met zwangerschap en bevalling kunnen behalve ten behoeve van informatie vooraf ook dienen als materiaal voor terugkoppeling naar zorgverleners, opleiders, organisatoren en toezichthouders als aanvulling op andersoortige kwaliteitsindicatoren.

Verbreiding van de casuïstiek naar andere velden in de gezondheidszorg is eveneens noodzakelijk. In meer gezondheidskwesities dan alleen bevalling is de besluitvorming 'preferentie-sensitief', hetgeen wil zeggen dat er geen dwingende reden is om in te grijpen en dat afwachtend beleid eveneens een goede optie is, zodat de beslissingen mede worden gestuurd door wat mensen zelf willen (O'Connor, Légaré & Stacey, 2003). Ook in de prenatale fase (testen), postnatale fase (testen en vaccinatie), bij ernstige ziekte (behandelingsopties) en in de stervensfase (euthanasie, palliatieve zorg) zijn er vele momenten waarop interventie, risico en 'eigen keuze' de overheersende frames zijn, en waar daadwerkelijke autonomie een even moeilijk bereikbaar ideaal is.

Het is voor de gezondheidsvoorlichting van belang om een goed beeld te hebben van de inhoud van preferenties en van de invloeden van media op die preferenties. Verhalen van negatieve ervaringen over elk van de genoemde fasen zijn reeds veelvuldig te vinden in de pers en op het web, recent met name over vaccinaties en levensende. Ook hier zou de weergave van uiteenlopende en representatieve ervaringen een effectieve communicatiestrategie kunnen zijn, al was het maar als tegenwicht.<sup>44</sup> Gezondheidsvoorlichters zullen zich hoe dan ook moeten verhouden tot een nieuwe functionele omgeving, waarin hun zorgvuldig geschreven informatiebrochures en webteksten een steeds minder prominente plaats innemen in de mediamix.

## Noten

- 1 Wij danken twee anonieme reviewers van Tijdschrift voor Taalbeheersing voor hun waardevolle adviezen bij een eerdere versie van dit artikel. Voorts danken wij Marianne Nieuwenhuijze, voorzitter Vakgroep Midwifery Science aan de Academie verloskunde Maastricht, Zuyd en Raymond de Vries, hoogleraar Bioethics & Social Sciences, University Michigan Medical School en hoogleraar Midwifery Science, Universiteit Maastricht, voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Ten slotte danken wij de discussianten van de *Patient Provider Interaction Group*, NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg; Utrecht, 2-11-11), van het VIOT congres (Leiden, 22-12-11) en van de ASCoR StoryNet-workshop (Amsterdam, 21-6-2012), waar eerdere versies van dit paper gepresenteerd werden. Alle overgebleven fouten in dit artikel zijn vanzelfsprekend de onze.
- 2 <http://www.mamaenzo.nl/forum/index.php?showtopic=7>  
[http://www.babyinfo.nl/community/forum2/forum\\_posts.asp?TID=7931&PN=1&TPN=2](http://www.babyinfo.nl/community/forum2/forum_posts.asp?TID=7931&PN=1&TPN=2)
- 3 *Baas in eigen rug* Volkskrant 13-12-08; *Baas over eigen pijn* NRC-Next 5-12-08, n.a.v. de nieuwe *Richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling* Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2008 (te vinden op <http://www.nvog.nl>).
- 4 Aaf Brandt Corstius en Sylvia Witteman pleitten voor een keizersnede c.q. pijnstilling bij de bevalling; interview Aaf Brandt Corstius, Margriet 2010 nr. 52 (27-12-10 door Redactie margriet.nl); column Sylvia Witteman 16-6-11. *Bestwil*. Volkskrant Magazine. Publiciste Wendy Schouten moedigt vrouwen aan voor een natuurlijke bevalling te kiezen. Trouw 15-11-10 *Ondersteun bevalling op eigen kracht beter*.
- 5 <http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/bloedonderzoek/folder/18-7-11>, 18.00 uur.
- 6 [www.cjg.nl](http://www.cjg.nl)
- 7 Voorbeeld: Centrum voor Jeugd en Gezin Den Haag. <http://www.cjgdenhaag.nl/Zwanger/Bevalling/Paginas/default.aspx> en <http://www.cjgdenhaag.nl/Zwanger/Bevalling/Angstvoordebavelling/Paginas/default.aspx> *Een luchtige benadering van de bevalling is het gemakkelijkst. Gewoon denken: ik laat het over me heen komen en ik zie wel. Niet iedereen zit zo in elkaar. Sommige vrouwen zien op tegen de bevalling. (...) Word in ieder geval niet bang voor de angst zelf. Dat hoeft niet (...)*. Geraadpleegd 5-10-12.
- 8 <http://www.opvoedmix.nl/zwanger>. Geraadpleegd 5-10-12.
- 9 Naast de voorlichtingsteksten die in sectie 1 werden genoemd werd een verzameling journalistieke teksten en webteksten aangelegd. De selectie vond plaats naar aanleiding van een aantal in de tekst genoemde cruciale gebeurtenissen, zoals de nieuwe richtlijn over pijnbestrijding uit 2008 (zie sectie 1 van dit artikel), de media-uitingen van Wendy van Dijk over de ruggenpriek in 2010 (zie sectie 3 van dit artikel), de uitzending van Zembla over babysterfte (2008) en de publicatie van de epidemiologische studie van Evers et al. (2010). Na elk van deze gebeurtenissen ontstond een hausse aan media-uitingen, waarvan we er enkele willekeurige uit landelijke dagbladen en tijdschriften analyseerden. Op het web werden teksten uit webfora over bevalling gezocht met



- als zoekterm 'bevallingsverhaal' en 'mijn bevalling'; hiervan werd een aantal willekeurige voorbeelden in de selectie opgenomen en geanalyseerd. In totaal werden circa 25 teksten in deze kwalitatief-exploratieve analyse meegenomen. In een noot staat telkens vermeld, uit welke media-uiting voorbeeldzinnen genomen zijn.
- 10 Jones (2012), eveneens vergelijkbaar, constateert onder feministen een onderlinge controversie tussen critici van de geïdealiseerde en critici van de geïndustrialiseerde bevalling.
  - 11 Frames zijn dan ook te begrijpen als metaforen die onze cognitie als mentale schema's sturen (Lakoff & Johnson, 1980) en daarmee onze verwachtingen en handelingen richting geven (Anderson, 2004). Bijvoorbeeld, tijd en werk worden vaak geconceptualiseerd in een economisch frame van winst en verlies: tijd en werk worden besteed, geïnvesteerd, terugverdiend en bespaard. Die vermenging van frames is behulpzaam omdat ze uitdrukt dat we met tijd en werk omgaan als schaarse goederen, die kunnen renderen of verloren gaan. Maar zo'n frame kan ook knellend zijn, als het verhindert om een bepaalde ervaring op een andere manier waar te nemen. Bijvoorbeeld, wie tijd en werk uitsluitend door het frame van winst en verlies kan ervaren, is nauwelijks of niet in staat om de tijd even los te laten en als iets oneindigs te zien de mens zomaar toekomt, en zal werk moeilijk kunnen zien als een op zichzelf plezierige en zinvolle activiteit.
  - 12 <http://www.nvog.nl/voorlichting/NVOG+Voorlichtingsbrochures/default.aspx>. Geraadpleegd 5-10-12.
  - 13 <http://omroep.vara.nl/Uitzending-gemist.6183.0.html?&affID=10706632&cHash=b9cff5034f>. Geraadpleegd 17-7-11.
  - 14 *Weg met de pijncultuur* – Spits 18-7-10. <http://blog.spitsnet.nl/2010/03/23/weg-met-de-pijncultuur/>. Geraadpleegd 5-10-12.
  - 15 HP-De Tijd, Ivo van Woerden 4-1-12.
  - 16 <http://9maand.be/column/stephanie/skye.php>. Geraadpleegd 5-10-12. Vergelijkbaar voorbeeld: 'Om 13.45 uur houdt ik het niet meer van de pijn, de pethidine is inmiddels uitgewerkt. Ik weet echt niet meer waar ik het zoeken moet, maar ik kan geen kant op. Ik zit immers vast aan alle apparaten. Om 14.10 uur kan Henk het niet meer aanzien en roept Marloes. Hij vraagt haar of ik nog een injectie kan krijgen.' <http://www.suusenspons.nl/mandy2004/mijngeboorte.htm>. Geraadpleegd 18-7-11.
  - 17 [http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=19229&cHash=18202bc07b](http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=19229&cHash=18202bc07b). Geraadpleegd 5-10-12.
  - 18 Ravelli et al. (2011) tonen op dit punt grote verschillen tussen bevolkingsgroepen aan afhankelijk van etniciteit, sociaal-economische status en woonplaats. Voorts daalden perinatale sterftcijfers tussen 2001 en 2010 met 39 procent, zoals kinderarts Hens Brouwers bespreekt in *Babysterfte in Nederland fors lager*, NOS 26-11-11.
  - 19 *Dont try this at home* NRC-next 3-11-10, naar aanleiding van de eerder genoemde epidemiologische studie over perinatale sterfte bij laag-risico-bevallingen (Evers et al., 2010). Verloskundigen tekenden beroep aan tegen deze berichtgeving, verwijzend naar ander recent onderzoek uitwees dat de thuisbevalling niet meer risico heeft dan een ziekenhuisbevalling (De Jonge et al., 2009); het beroep werd afgewezen (Uitspraak Raad voor de Journalistiek nr. 2011/4, dd. 21-1-11).
  - 20 Evers et al., 2010.
  - 21 Volkskrant 9-5-12, Barbara van Erp.
  - 22 <http://www.knov.nl/voor-verloskundigen>. Geraadpleegd 5-10-12.
  - 23 <http://www.knov.nl/voor-anderen>. Geraadpleegd 5-10-12. Zie ook NRC-artikel over verloskundige benadering van bevalling: 'Barenspijn versnelt de bevalling' NRC 9-8-11.
  - 24 Huisartsen zijn de derde beroepsgroep die een bevalling kan begeleiden, zij het dat het aandeel van huisartsen daarbij fors is afgenomen. De wetenschappelijke standaard van het NHG, NHG-Standaard M32 Zwangerschap en kraamperiode (maart 2012), spreekt zich overigens niet uit over de bevalling maar alleen over de zwangerschap, het kraambed en de betrokkenheid van de huisarts daarbij. De begeleiding van de bevalling door een huisarts is niet vastgelegd in deze richtlijn. Op de publiekswebsite <http://www.thuisarts.nl> van het

## Jouw keuze' als frame

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wordt onder het lemma bevalling wel impliciet uitgegaan van de natuurlijke aard van de bevalling (thuis): 'Bespreek uw wens om thuis te bevallen met uw verloskundige of huisarts.' Zie [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M32\\_svk.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M32_svk.htm). Geraadpleegd 5-10-12.
- 25 <http://www.bevallenoeigenkracht.nl/wiebenik.html>, geraadpleegd 5-10-12. Voor de VS zie bv. <http://www.lamaze.org/>.
- 26 [http://www.telegraaf.nl/prive/6108487/\\_Wendy\\_blij\\_met\\_ruggenprik\\_.html](http://www.telegraaf.nl/prive/6108487/_Wendy_blij_met_ruggenprik_.html). Geraadpleegd 17-7-11.
- 27 [http://www.telegraaf.nl/prive/6133696/\\_Wendy\\_mag\\_genieten\\_van\\_ruggenprik\\_.html](http://www.telegraaf.nl/prive/6133696/_Wendy_mag_genieten_van_ruggenprik_.html)
- 28 <http://www.bevallenoeigenkracht.nl/goudentips.html>, tip nr. 8 'Maak er je eigen feestje van!' Geraadpleegd 17-7-11.
- 29 KNOV cursus 'Cliëntgerichte begeleiding van baringspijn'. Zie <http://www.av-m.nl/life-long-learning/cursusaanbod/clientgerichte-begeleiding-van-baringspijn>. Geraadpleegd 5-10-12.
- 30 Interview over de rol van vaders met Bastiaan Ragas, Volkskrant 6-8-11: 'Negen van de tien mannen (...) vinden bevalling het ultieme flapdrolmoment, omdat ze niets kunnen doen'. Bijdragen van lezers op internet en journalistiek getuigen vaak van deze frustratie, te zien in lezersreacties op artikel in Telegraaf 30-5-11 'Vrouwen onzeker over bevalling'.
- 31 <http://opvoedmix.marokko.nl/?t=3814018>, Geraadpleegd 5-10-2012.
- 32 <http://www.knov.nl/voor-zwangeren> Geraadpleegd 5-10-12.
- 33 Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte 2009. 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'. [http://www.knov.nl/docs/uploads/Advies\\_stg\\_zw\\_en\\_geb\\_Een\\_goed\\_beginpdf\\_spread-versie\\_voor\\_media.pdf](http://www.knov.nl/docs/uploads/Advies_stg_zw_en_geb_Een_goed_beginpdf_spread-versie_voor_media.pdf). Geraadpleegd 5-10-12. Eerste aanbeveling uit dit plan is: 'Moeder en kind in de hoofdrol. Luister naar de verwachtingen, wensen en angsten van de zwangere en betrek actief haar leefomgeving. Hierdoor krijgt de zorg een lerend karakter waarin naast de medische ook de (psycho)sociale aspecten de juiste aandacht krijgen'. Derde aanbeveling: 'Goed geïnformeerde zwangere. Ook de zwangere heeft een eigen verantwoordelijkheid om haar zwangerschap zo gezond en veilig mogelijk uit te dragen. Hierin moet zij worden ondersteund door heldere en eenduidige voorlichting over alle facetten van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode'.
- 34 Geboorteplan. Voorbeeldvragen die kunnen helpen bij het schrijven van je geboorteplan. 2010, KNOV-website. <http://www.knov.nl/docs/uploads/geboorteplan.pdf>. Geraadpleegd 5-10-12. Voorbeeldvragen: Hoe wil je omgaan met de pijn van de weeën? Bijvoorbeeld ademhalingstechniek, ontspanningsoefeningen, medicijnen. Als je kiest voor pijnstilling met medicijnen, welke soort wil je gebruiken? Bijvoorbeeld pethidine, remifentanyl, epiduraal.
- 35 Jouw bevalling: Hoe bereid je je voor? 2009 en Jouw bevalling: hoe ga je om met pijn? 2009, beide te vinden op de website van de KNOV <http://www.knov.nl/voor-zwangeren/zwanger/de-bevalling/> Geraadpleegd 5-10-12.
- 36 [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M32\\_svk.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M32_svk.htm). Geraadpleegd 5-10-12
- 37 Dossier *Bevalen* 2011, Libelle 13, p. 107. Zie ook *Een ruggeprik? Dat bepaal ik zelf wel. Concurrentie geeft de aanstaande moeder meer macht in de verloskamer*. NRC 26-6-11.
- 38 Lakoff (2004) drukt dit uit met de vergelijking: 'don't think of an elephant', die onmiddellijk het beeld van een olifant oproept of men wil of niet, en daarmee een frame geeft aan het debat. De vergelijking met amputatiepijn komt uit een artikel van Melzack, Taenzer, Feldman & Kinch (1981): bij het vergelijken van pijnscores met de *McGill Pain Questionnaire* is die van een bevalling in de ergste gevallen vergelijkbaar met de hoogste scores zoals die verder alleen bij amputatie van een ledemaat of bij causalgie (zenuwpijn na beschadiging) wordt gerapporteerd.

- 39 Nederlands onderzoek naar soortgelijke invloeden werd niet gevonden. Recente media-uitingen lijken dit echter wel te bevestigen, zoals de veelbekeken RTL5-realityserie *Barbie's Baby*: 800.000 kijkers zagen op 2-10-12 hoe de hoofdpersoon, Barbie, bevalt met hulp van een ruggenprik, hoewel ze dit niet van plan was; de pijn viel echter tegen. Door de serie was Barbie eerder, volgens Schrijvers, hoogleraar Public Health, al een rolmodel voor zwangeren geworden: ze rookte niet en dronk geen alcohol tijdens haar zwangerschap. Geraadpleegd 5-10-2012, <http://www.juliuscentrum.nl/Julius/Portals/4/UploadFiles/Newsletter484.pdf>.
- 40 In de Angelsaksische zorg rond bevalling is het keuze-frame nog dominant, getuige de talrijke "decision-tools" die hiervoor beschikbaar zijn (voor een recente vergelijking zie Dugas, Shorten, Dubé, Wassef, Bujold & Chaillet, 2012). Op het Amerikaanse continent en in Aziatische landen hebben deze keuzes inmiddels niet zozeer betrekking op pijnbestrijding en plaats van bevalling maar in toenemende mate op de keizersnede op verzoek van de vrouw (bijv. McAra-Couper et al., 2011; Huang, Sheu, Tai, Chaing & Chien, 2012).
- 41 Vrouwen die zich met voorlichting en cursus voorbereiden op hun bevalling ervaren niet minder pijn dan wie dat niet deden (Melszack et al., 1981, Escott, Slade & Spiby, 2009). Schriftelijke standaardvoorlichting heeft in het algemeen geen invloed op het omgaan met barens pijn; dit moet op persoonlijk niveau gebeuren (Escott et al., 2009; Veringa et al., 2011), omdat bevalling een vooraf moeilijk voorstelbare gebeurtenis is (Christensen-Szalanski, 1984; Walsh, 2010).
- 42 Hutton (2011) zet uiteen hoe een keizersnede kan worden uitgevoerd om bepaalde risico's uit te sluiten, en tegelijkertijd nieuwe risico's oproept voor het kind alsook voor een volgende zwangerschap of bevalling, die vrouwen veelal niet overzien.
- 43 Zo heeft empirisch onderzoek uitgewezen dat de Westerse cultuur de ervaring van gevaar en pijn versterkt (Olayemi, Aimaku & Akinyemi, 2006) en de vraag om ingrepen en pijnbestrijding doet toenemen (Robertson & Johansson, 2008).
- 44 Voorbeeld uit de context van prenatale diagnostiek: journalist Maarten Slagboom (Volkskrant 1-3-2012) pleit voor meer positieve verhalen over *spina bifida* (open ruggetje) in de voorlichting, omdat de tendens is om uit te gaan van het ergste.

## Bibliografie

- Abma, T., & Widdershoven, G. (2005). Sharing Stories. Narrative and Dialogue in Responsive Nursing Evaluation. *Evaluation & The Health Professions*, 28(1), 90-109.
- Amelink-Verburg, M., & Buitendijk (2010). Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: What is normal? *Journal of midwifery and women's health*, 55(3), 216-225.
- Anderson, R. (2004). Role of the reader's schema in comprehension, learning and memory. In R. Ruddell & N. Unrau (Red.) *Theoretical models and processes of reading* (pp. 594-606). Newark, DE: International Reading Association.
- Andsager, J., Bemker, V., Choi, H., & Torwel, V. (2006). Perceived similarity of exemplar traits and behaviour: Effects on message evaluation. *Communication Research*, 33(1), 3-18.
- Baston, H., Reijnders, M. Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and The Netherlands. *Journal of reproductive and infant psychology*, 26(4), 323-339.
- Beacom, A., & Newman, S. (2010). Communicating health information to disadvantaged populations. *Family & Community Health*, 33(2), 152-62.
- Bellaby P. (2003). Communication and miscommunication of risk: Understanding UK parents' attitudes to combined MMR vaccination. *British Medical Journal*, 327, 725-8.

## **Jouw keuze' als frame**

- Bernecki DeJoy, S. (2010). "Midwives Are Nice, But . . .": Perceptions of Midwifery and Childbirth in an Undergraduate Class. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55, 117-123.
- Blaaka, G., & Schauer, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery* 24, 344-352.
- Boot, C., Meijman, F.J., & Dulmen, S. van (2009). Beliefs about the causes of health complaints: A study in primary care. *Health Communication*, 24, 346-50.
- Buitendijk, S. (2010). *De stem van vroede vrouwen Pleidooi voor een vrouwvriendelijke zwangerschaps- en bevallingscultuur* (Inaugurale rede). Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Bussche, E. van den, Crombez, G., Eccleston, C., & Sullivan, M. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 275-282.
- Busselle, R., & Bilandzic, H. (2009). Measuring narrative engagement. *Media Psychology*, 12(4), 321-47.
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 1162-1172.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49, 651-661.
- Christensen-Szalanski, J. (1984). Discount functions and the measurement of patients' values. Women's decisions during childbirth. *Journal of Medical Decision Making*, 4(1), 47-58.
- Christiaens, W., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2010). Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models. A cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 10, 268.
- Dal Cin, S., Zanna, M., & Fong, G. (2002). Narrative persuasion and overcoming resistance. In R. Knowles, J. Linn. (Red.), *Resistance and persuasion* (pp. 175-92). London: Routledge.
- Delin, J. (2000). *The language of everyday life*. London: Sage.
- Dineke D., Detmar, S., & Buitendijk, S. (2010). Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte pleit voor aandacht achterstandswijken. Hoe bereiken we allochtone zwangeren? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88 (7), 362-364.
- Downe, S. (2010). Beyond evidence-based medicine: Complexity and stories of maternity care. *Journal of Evidence in Clinical Practice* 16, 232-237.
- Dubbeldam, I., Sanders, J., Meijman, F.J., Haak, M. van den, & Spooren, W. (2011). Digitale voorlichting in het ziekenhuis. Zorgverleners over de rol van digitale voorlichting in het behandelproces. *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, 33(2), 166-186.
- Dugas, M., Shorten, A., Dubé, E., Wassef, M., Bujold, E., & Chaillet, N. (2012). Decision tools to support women's decision making in pregnancy and birth: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 74, 1968-1978.
- Entwistle, V., France, E., Wyke, S., Jepson, R., Hunt, K., Ziebland, S., & Thompson, A. (2011). How information about other people's personal experiences can help with healthcare decision-making: A qualitative study. *Patient Education and Counselling*, 85, e291-e298.
- Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth. The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29, 617-622.
- Evers, A., Brouwers, H., Hukkelhoven, C., Nikkels, P., Boon, J., Van Egmond-Linden, A., . . . Kwee, A. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 341, c5639.
- Fillmore, C. (1975). Frame semantics and the nature of language (pp. 20-32). *Annals New York Academy of Sciences*.
- Fillmore, C. (2006) [1982]. Frame Semantics. In D. Geeraerts (Red.). *Cognitive Linguistics. Basic Readings* (pp. 373-400). Berlin: Mouton de Gruyter.

- France, E., Wyke, S., Ziebland, S., Entwistle, V., & Hunt, K. (2011). How personal experiences feature in women's accounts of use of information for decisions about antenatal diagnostic testing in foetal abnormality. *Social Science & Medicine* 72, 755-762.
- Goffman, E. (1975) [1974]. *Frame analysis. An essay on the organization of experience*. Harmondsworth: Peregrine Books.
- Gorp, B. van (2002). Werken aan de werkelijkheid. *Tijdschrift voor Sociologie*, 23(3-4), 325-341.
- Graaf, A. de, Hoeken, H., Sanders, J., & Beentjes, H. (2012). Identification as a Mechanism of Narrative Persuasion. *Communication Research*, 39, 802-823
- Greenhalgh, T., Collard, A., Campbell-Richards, D., Vijayaraghavan, S., Malik, F., Morris, J., & Claydon A. (2011). Storylines of self-management: narratives of people with diabetes from a multiethnic inner city population. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(1), 37-43.
- Hendrix, M., Horck, M. van, Moreta, D., Nieman, F., Nieuwenhuijze, M., Severens, J., & Nijhuis J. (2009). Why women do not accept randomisation for place of birth: Feasibility of a RCT in the Netherlands. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116, 537-544.
- Hendrix, M., Pavlova, M., Nieuwenhuijze, M., Severens, J., & Nijhuis, J. (2010). Differences in preferences for obstetric care between nulliparae and their partners in the Netherlands: a discrete-choice experiment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 31(4), 243-251.
- Hinyard, L., & Kreuter, M. (2007). Using narrative communication as a tool for health behavior change: A conceptual, theoretical, and empirical overview. *Health Education & Behavior*, 34(5), 777-792.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 186 (5 Supplement), S160-S172.
- Hoeken, H., & Hustinx L. (2009). When is statistical evidence superior to anecdotal evidence in supporting probability claims? The role of argument type. *Human Communication Research*, 35(4), 491-510.
- Huang, S.-Y., Sheu, S.-J., Tai, C.-J., Chaing, C.-P., & Chien, L.-Y. (2012). Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *Journal of Maternal & Children's Health*, DOI 10.1007/s10995-012-1062-3.
- Hunter, L. (2006). Women give birth and pizzas are delivered: Language and western childbirth paradigms. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(2), 119-124.
- Hutton, E., 2011. Risk communication in child birth. Paper gepresenteerd op het symposium *Angst en vrees in de verloskundige zorg*. Maastricht Academy of Midwifery Science, 26 mei 2011.
- Jones, J. (2012). Idealized and industrialized labor: Anatomy of a feminist controversy. *Hypatia*, 27(1), 99-117.
- Jonge, A. de, Goes, B. van der, Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., ... Buitendijk, S. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, DOI 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.
- Kaptein, A., Geest, S. van der, & Meulenber, F. (2011). Verhalen verhalen. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 30(3), 91-100.
- Keirse, M. (2010). Home birth: Gone away, gone astray, and here to stay. *Birth*, 37(4), 341-346.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3), 290-297.
- Lagan, B., Sinclair, M., & Kernohan, G. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: A web-based survey. *Birth*, 37(2), 106-115.
- Lagan, B., Sinclair, M., & Kernohan, G. (2011). What is the impact of the internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth* 38(4), 336-345.
- Lakoff, G. (2004). *Don't think of an elephant: Know your values and frame the debate*. White River Junction, VT: Chelsea Green.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago/London: University of Chicago Press.

## ***Jouw keuze' als frame***

- Larkin, P., Begley, C., & Devane, D. (2007). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 24, e49–e59.
- Leask, J., Chapman, S., Hawe, P., & Burgess, M. (2006). What maintains parental support for vaccination when challenged by anti-vaccination messages? A qualitative study. *Vaccine*, 24, 7238–7245.
- Lothian, J. (2011). Childbirth education at the crossroads. *Journal of Perinatal Education*, 17(2), 45–49.
- McAra-Couper, J., Jones, M., & Smythe, L. (2012). Caesarean-section, my body, my choice: The construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. *Feminism & Psychology*, 22(1), 81–97.
- McQuail, D. (2000). *McQuail's Mass Communication Theory* (4e druk). London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Meisel, Z., & Karlawish, J. (2011). Narrative vs. evidence-based medicine: And, not or. *Journal of American Medical Association* 306(18), 2022–2023.
- Melzack, R., Taenzer, P., Feldman, P., & Kinch, R. (1981). Labour is still painful after prepared childbirth training. *Canadian Medical Association Journal* 125, 357–363.
- Morris, T., & McInerney, K. (2010). Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. *Birth* 37(2) 134–140.
- Munro, S., Kornelsen, K., & Hutton, E. (2009). Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: the influence of birth stories. *Journal of Midwifery & Women's Health* 54(5), 373–379.
- Noseworthy, D., Phibbs, S., & Benn, C. (2012). Towards a relational model of decision-making in midwifery care. *Midwifery*, DOI 10.1016/j.midw.2012.06.022.
- O'Connor, A., Légaré, F., & Stacey, D. (2003). Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *British Medical Journal* 327, 736–740.
- Olayemi, O., Aimaku, C., & Akinyemi, O. (2006). The influence of westernisation on pain perception in labour among parturients at the university college hospital Ibadan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(4), 329–331.
- Parker, R., Baker, D., Williams, M., & Nurss, J. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 10, 537–541.
- Powell Kennedy, H., Nardini, K., Mcleod-Waldo, R., & Ennis, L. (2009). Top-selling childbirth advice book: A discourse analysis. *Birth* 36(4), 318–324.
- Ravelli, A., Steegers, E., Rijininks-van Driel, G., Abu-Hanna, A., Eskes, M., Verhoeff, A., ... Post, J. van der (2011). Perinatale sterfteverschillen in Amsterdam. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 155, A3130.
- Records, K., & Wilson, B. (2011). Reflections on meeting women's childbirth expectations. *Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing* 40, 394–398.
- Rink, L. (2012) "Even more scared". *The effects of childbirth reality shows on young women's perceptions of birth*. University of Michigan: BA Thesis.
- Robertson, E., & Johansson, S.-E. (2008). Use of complementary, non-pharmalogical pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery*, 26, 442–449.
- Romano, A. (2007). A changing landscape. Implications of pregnant women's internet use for childbirth educators. *Journal of Perinatal Education*, 16(4), 18–24.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education and Behaviour*, 15(2), 175–183.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Pal, K. van der, Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107–116.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Sears, C., & Godderis, R. (2011). Roar like a tiger on TV? Constructions of women and childbirth in reality TV. *Feminist Media Studies*, 11(2), 181–195.

- Seligman, H., Wallace, A., DeWalt, D., Schillinger, D., Arnold, C., Shilliday, B., ... Bengal, N. (2007). Facilitating behaviour change with low-literacy patient education materials. *American Journal of Health Behaviour*, 31(1), S69-78.
- Shieh, C., McDaniel, A., & Ke, I. (2009). Information-seeking and its predictors in low-income pregnant women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(5), 364-372.
- Slater, M., & Rouner, D. (2002). Entertainment-education and elaboration likelihood: Understanding the processing of narrative persuasion. *Communication Theory*, 12(2), 173-91.
- Song, F., West, J., Lundy, L., & Smith Dahmen, N. (2012). Women, pregnancy, and health information online: The making of informed patients and mothers. *Gender & Society*, DOI 10.1177/0891243212446336.
- Stapleton, H., Kirkham, M., & Thomas, G. (2002). Quality study of evidence based leaflets in maternity care. *British Medical Journal*, 324, 639-643.
- Staton Savage, J. (2001). Birth stories: a way of knowing in childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, 10(2), 3-7.
- Theroux, R. (2011). Media as a source of information on pregnancy and childbirth. *Nursing for Women's Health*, 15(1), 62-67.
- Torres, J., & Vries, R. de (2009). Birthing ethics: What mothers, families, childbirth educators, nurses, and physicians should know about the ethics of childbirth. *Journal of Perinatal Education*, 18(1), 12-24
- Twickler, T., Hoogstraaten, E., Reuwer, A., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, A250.
- Valin, R. van (2004). Semantic macroroles in role and reference grammar. In R. Kailuweit & M. Hummel (Red.), *Semantische Rollen* (pp. 62-82). Tübingen: Narr.
- Veringa, I., Buitendijk, S., Miranda, E. de, Wolf, S. de, & Spinhoven P. (2011). Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 32(3), 119-125.
- Vreese, C. de (2005). News framing: Theory and typology. *Information Design Journal + Document Design*, 13(1), 51-62.
- Vries, R. de, & Buitendijk, S. (2012). Science, safety and place of birth: Lessons from the Netherlands. *European Obstetrics & Gynaecology*, 7(suppl.),13-17.
- Walker, D., Visger, J., & Rossie, D. (2009). Contemporary childbirth education models. *Journal of Midwifery and Women's Health* 54(6), 469-476.
- Walsh, D. (2010). Childbirth embodiment: Problematic aspects of current misunderstandings. *Sociology of Health and Illness* 32(3), 486-501.
- Wiegers, T. (2007). *CQ index. Kwaliteit van zorg rond zwangerschap bevalling kraamzorg*. Utrecht: NIVEL.
- Wit, J. de, Das, E., & Vet, R. (2008). What works best: Objective statistics or a personal testimonial? An assessment of the persuasive effects of different types of message evidence on risk perception. *Health Psychology* 27(1), 110-115.
- Wolf, S, Chan, E., Harris, R., Sheridan, S., Braddock, C. III, Kaplan, R.,... Tunis, S. (2005). Promoting informed choice: Transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Annals of Internal Medicine* 143(4), 293-301.
- Zillmann, D. (2007). Exemplification effects in the promotion of safety and health. *Journal of Communication* 56, S221-S237.