

MONITOR
VERLOSKUNDIGE
ZORGVERLENING

EINDRAPPORT

TA Wiegers

BM Janssen



ISBN 90-6905-775-1



<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

VOORWOORD

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoeksproject "Monitor van de Verloskundige Zorgverlening". Het eerste in het kader van deze Monitor gepubliceerde rapport was: 'Behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010'. Daarna zijn jaarrapportages verschenen over de metingen in 2001, 2002, 2003 en 2004. In de zomer van 2005 verscheen de tweede beroepskrachtenplanning: de "Behoefteraming verloskundigen 2004-2015".

In deze eindrapportage worden de gegevens gepresenteerd die de afgelopen jaren zijn verzameld in verloskundige praktijken. We laten zien hoe de ontwikkeling in verloskundige praktijken geweest is, met nadruk op de organisatie en de tijdbesteding. Daarnaast wordt verslag gedaan van de discussies naar aanleiding van de onderzoeksresultaten op het symposium "Monitor Verloskundige Zorgverlening" van 13 oktober 2005.

Bij elkaar hebben meer dan 400 verloskundigen in eerstelijns verloskundige praktijken meegewerkt aan dit onderzoek door het bijhouden van een tijdregistratie en het invullen van bijbehorende vragenlijsten. We willen hen nogmaals heel hartelijk bedanken voor hun inzet en betrokkenheid. Ook de vele kraamvrouwen die de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd hebben zijn we daarvoor zeer erkentelijk.

Voor dit onderzoek was een begeleidingscommissie ingesteld waarin de volgende personen zitting hebben gehad:

mw. J. Kors, (voorzitter) namens de KNOV
mw. H. Jonker, namens ZN, tot november 2002
mw. J. van Duren, namens ZN, vanaf november 2002
mw. T. de Geus, namens VWS, tot februari 2003
mw. S. Pomp, namens VWS, vanaf november 2002
dhr. E. Sietsma, namens de LHV, tot december 2001
dhr. P. van den Hombergh, namens de LHV, vanaf augustus 2002 tot juni 2005
mw. A.M. van Slobbe, namens de LHV, vanaf juni 2005
dhr. M. Schutte, namens de NVOG
mw. I. la Haye, namens de LVT, tot maart 2002
mw. S. Bruijns, namens Z-org, voormalig LVT, vanaf maart 2002
dhr. A. Treffers, namens BTN, tot november 2003
mw. G. van Trier, namens BTN, vanaf november 2003, tot november 2004
mw. J. Spittje, namens de SSOV, vanaf november 2004

Utrecht, Januari 2006

SAMENVATTING

Inleiding

Een groot tekort aan verloskundigen dreigde eind jaren '90 van de vorige eeuw het unieke Nederlandse systeem van de thuisbevalling in gevaar te brengen. De onvrede bij de verloskundigen leidde in 2000 zelfs tot **stakingen**. In datzelfde jaar heeft minister Borst van Volksgezondheid maatregelen genomen om het tekort aan verloskundigen weg te werken. Dit onderzoek probeert antwoorden te geven op de vraag of deze maatregelen het gewenste resultaat hebben gehad.

Onderdeel van het onderzoek zijn twee **behoefteramingen**, die het gewenste aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen in kaart brengen. Deze zijn al eerder apart gepubliceerd. Op basis van deze behoeftaramingen wordt in dit onderzoek ook een blik op de toekomst geworpen.

Vraagstelling

In 2000 was er sprake van een **groot tekort** aan verloskundigen in de eerste lijn. In sommige regio's konden vrouwen, als zij dat wilden, niet langer thuis bevallen omdat er onvoldoende verloskundigen waren om die zorg te bieden. Verloskundigen moesten veel meer werken dan ze eigenlijk wilden, aangezien ze hun cliënten nu eenmaal niet op een wachtlijst kunnen zetten. Tegelijkertijd was er sprake van een ernstig tekort aan kraamverzorgenden. Dit had tot gevolg dat er bij thuisbevallingen lang niet altijd meer een kraamverzorgende tijdig aanwezig was voor de partusassistentie. Verloskundigen moesten ook meer tijd besteden aan postnatale zorg omdat er soms onvoldoende uren kraamzorg beschikbaar waren. Tegelijkertijd begeleidden huisartsen steeds minder bevallingen, vanwege de druk die dat op hun praktijk legt. Ziekenhuizen waren bovendien in snel tempo aan het fuseren, waarbij afdelingen verloskunde en kindergeneeskunde van verschillende locaties werden samengevoegd op één locatie. Hierdoor dreigde de bereikbaarheid voor de eerste lijn te verslechteren.

Deze crisis in de verloskunde leidde in de millenniumnacht onder andere tot een staking van verloskundigen in Amsterdam en op andere tijdstippen ook elders in het land. Daarnaast was er op 30 maart 2000 een grote demonstratie op het Binnenhof, tijdens een debat in de Tweede Kamer over de problemen in de verloskunde. De verloskundigen hadden in grote lijnen **twee klachten**. Ten eerste was de werkdruk te hoog, waardoor ze onvoldoende tijd en aandacht konden besteden aan directe cliëntenzorg.

Ten tweede waren hun inkomsten te laag, waardoor ze geen extra collega of ondersteuning in de praktijk konden aannemen om hun werkdruk te helpen verlagen.

Al voor aanvang van het debat had de minister besloten om de **opleidingscapaciteit** uit te breiden van 120 naar 160 plaatsen. Tevens werd de normpraktijk verlaagd van 150 naar 120 bevallingen per jaar, waardoor verloskundigen met minder bevallingen hetzelfde inkomen konden behalen. Daarnaast werden toezeggingen gedaan over verhoging van het tarief, over het bevorderen van regionale ondersteuning en over het opnemen van automatiseringskosten en een onregelmatigheidstoeslag in het honorarium. De grote zorg van de overheid was dat de thuisbevalling in gevaar zou komen door een opeenstapeling van problemen. Dit zou (kunnen) leiden tot het verdwijnen van het unieke Nederlandse systeem van verloskundige zorgverlening én tot een flinke kostenstijging van de verloskundige zorg.

Het hier beschreven onderzoek heeft tot **doel** de effecten van de genomen maatregelen in kaart te brengen. Daartoe zijn de ontwikkelingen in de verloskundige zorg gemonitord in de periode 2001-2005.

Onderzoeksopzet

De ontwikkelingen in de verloskundige zorg zijn in dit onderzoek op **drie niveaus** onderzocht: het niveau van de beroepsgroepen (het aanbod), het niveau van de verloskundige praktijken (de organisatie) en het niveau van de zorgverlening (doelmatigheid).

Voor een deel kon dit onderzoek gebaseerd worden op bestaande **gegevensbronnen**. Daarnaast zijn vier jaar lang gedurende drie weken per jaar gegevens verzameld bij verloskundige praktijken en bij cliënten van verloskundigen. Ten behoeve van de behoefte-ramingen voor verloskundigen, die apart gepubliceerd zijn, maar deel uitmaken van dit onderzoek, werden aanvullende gegevens verzameld bij verloskundig actieve huisartsen (2002), bij klinisch werkende verloskundigen (2003) en bij laatstejaars studenten van alle opleidingen tot verloskundige (2004).

Resultaten

Veranderingen in het aanbod

Er zijn in 2005 453 **meer verloskundigen** werkzaam dan in 2001, een toename van 28%. Deze sterke toename is in de eerste plaats het gevolg van de uitbreiding van de opleidingscapaciteit van 90 naar 120 plaatsen in 1994. Het effect van het toegenomen aanbod blijkt niet alleen uit de groei van het aantal werkzame verloskundigen, maar ook uit het verminderde aantal vacatures in de deelnemende praktijken. Waren er in 2001 nog in 29 van de 71 praktijken (41%) die deelnamen aan het onderzoek één of

meerdere vacatures, in 2004 was dat nog maar bij 7 van de 69 praktijken het geval (10%). Vanwege de duur van de opleiding (4 jaar) is de uitbreiding van de opleidingscapaciteit in 2000 en 2001 naar 220 plaatsen pas vanaf 2004 merkbaar in het aanbod en de effecten daarvan zijn in dit onderzoek dus nog niet zichtbaar. In de behoefteeraming verloskundigen 2004-2015 (Wiegers e.a. 2005) is die laatste uitbreiding overigens wel verwerkt.

De uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor **huisartsen** en de in 2002 opgezette module verloskunde voor huisartsen (in opleiding) heeft naar het zich laat aanzien weinig invloed gehad op het aanbod aan verloskundig actieve huisartsen. Een belangrijke oorzaak hiervan is de steeds verdergaande samenwerking van huisartsen die wel en huisartsen die geen verloskundige zorg bieden in grootschalige avond-, nacht- en weekenddiensten. Huisartsen die nog verloskundig actief wilden zijn, zouden daarom vaker dan hun niet-verloskundig actieve collega's bereikbaar zijn moeten voor bevalingen, wat geen aantrekkelijk vooruitzicht is. Daarnaast werd de noodzaak daartoe ook minder door het grotere aanbod aan verloskundigen.

De verloskundige beroepsgroep is jong in vergelijking met andere groepen zorgverleners met een vergelijkbare opleidingsduur. Dat brengt met zich mee dat veel verloskundigen een gezin hebben en daarom **parttime** (gaan) werken. Uit onderzoek onder vierdejaars studenten in 2004 bleek dat de meesten van hen het liefst wilden beginnen met fulltime werken, maar na hun dertigste het liefst parttime wilden werken (Wiegers & Janssen 2005). Dit heeft uiteraard consequenties voor het totale aantal fte aan verloskundige beroepsuitoefening in Nederland.

Veranderingen in de organisatie

De **omvang van de verloskundige praktijken** die deelnamen aan het onderzoek is tussen 2001 en 2004 toegenomen, van gemiddeld 3,1 verloskundige per praktijk naar gemiddeld 3,5. Dit is goed vergelijkbaar met de cijfers uit de registratie van verloskundigen (Kenens & Hingstman 2004), waaruit blijkt dat het aantal verloskundigen per praktijk toenam van 3,0 in 2001 naar 3,5 in 2004. Het kleine verschil is verklaarbaar omdat het aantal solopraktijken in het onderzoek enigszins was ondervertegenwoordigd (11% van de praktijken in het onderzoek tegenover gemiddeld 25% van alle praktijken in de registratie in dezelfde periode).

De **automatiseringsgraad** in de verloskundige praktijken is toegenomen. In 2001 verwerkte 55% van de verloskundigen hun declaraties geautomatiseerd, in 2004 was dat 96%. De verwerking van de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) laat vergelijkbare percentages zien (van 46% geautomatiseerd in 2001 naar 97% in 2004). Andere onderdelen van de administratie (zoals de zwangerschapskaart, zwangerschapsverklaringen en briefwisseling) werden in 2001 nog slechts in een kwart van de onderzochte praktijken geautomatiseerd bijgehouden. In 2004 lagen de percentages hiervoor tussen de 51% en 83%. De elektronische verwerking van de NAW-gegevens (naam, adres, woonplaats) ging van 44% naar 90%.

Welbeschouwd is dit alles nog aan de lage kant. Ten eerste omdat al in 2000 een tegemoetkoming voor de automatiseringskosten in het tarief werd opgenomen en ten tweede omdat vanaf half 2003 alle praktijken verondersteld worden hun declaratiegegevens langs elektronische weg bij de verzekeraars aan te leveren.

Van de ontwikkelingen op het gebied van DistrictVerloskundige Platforms (de geplande regionale overlegorganen op het gebied van verloskunde) is op praktijkniveau, althans in het onderzoek, niet zoveel te merken geweest. Wel is de tijd die op praktijkniveau besteed wordt aan structureel **overleg met andere zorgverleners** tussen 2001 en 2004 licht toegenomen van 41 naar 45 uur per jaar. Deze toename hangt overigens vooral samen met de toename van het aantal verloskundigen per praktijk, want per verloskundige is de tijd besteed aan formeel overleg met andere zorgverleners zowel in 2001 als in 2004 gemiddeld 13 uur per jaar. De verwachting dat met het toenemen van het aantal verloskundigen per praktijk de tijd die verloskundigen besteden aan overleg met andere zorgverleners relatief gezien zou afnemen, gaat in dit geval dus niet op.

Voor de regionale ondersteuning werden in eerste instantie vijf regiokantoren opgericht, die tussen begin 2002 en half 2004, toen ze weer werden gesloten, praktische steun verleend hebben aan praktijken. Het doel hierbij was onder andere om de praktijken een aantal niet-cliëntgebonden werkzaamheden uit handen te nemen. Op praktijkniveau daalde het percentage **niet-cliëntgebonden werk** aanvankelijk ook, van 30% in 2001 naar 28% in 2002, maar daarna steeg het weer, naar 35% in 2003 en 34% in 2004. Op individueel niveau is het percentage niet-cliëntgebonden werk overigens lager (25,5% in 2001 en 27,7% in 2004) omdat op praktijkniveau het werk van de assistente als niet-cliëntgebonden werk is meegeteld in het totaal van de werkzaamheden per praktijk.

De concentratie van verloskundige en kindergeneeskundige afdelingen van **ziekenhuizen** heeft geen meetbare invloed gehad op de zorg in verloskundige praktijken. De gemiddelde aanrijtijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is voor de deelnemende praktijken tussen 2002 en 2004 niet veranderd.

Veranderingen in de tijdbesteding

De tijd die verloskundigen **gemiddeld per week werken**, is tussen 2001 en 2004 nauwelijks veranderd: ongeveer 29 uur per week. Hiervan viel in 2004 57% binnen de dienst en 43% erbuiten. In 2001 was die verhouding 59-41%. Het gemiddeld aantal uren dienst per verloskundige per week is gedaald van 56,4 uur in 2001 naar 50,8 in 2004. Dit heeft ongetwijfeld te maken met het toegenomen aantal verloskundigen per praktijk, waardoor de dienst over meer personen verdeeld kan worden. Het aantal uren dienst per verloskundige hangt immers niet zozeer samen met de hoeveelheid werk in een praktijk, als wel met het aantal verloskundigen dat er samen voor moet zorgen dat er 24 uur per dag, zeven dagen per week een verloskundige beschikbaar is. Het gemiddeld aantal gewerkte uren per week hangt niet samen met de mate van ver-

stedelijking van de plaats waar de praktijk gevestigd is, maar wel met de praktijkomvang: hoe meer verloskundigen, hoe lager de gemiddelde werktijd per verloskundige.

De **ervaren werkdruk** is tussen 2001 en 2004 gedaald. De algemene werkvolvoeding is gelijk gebleven. In de meer verstedelijkte gebieden ligt de ervaren werkdruk hoger en de werkvolvoeding lager dan in de minder verstedelijkte gebieden.

De tijd die besteed wordt aan **directe cliëntenzorg** is in de onderzoeksjaren toegenomen. Bij de eerste meting in 2001 werd berekend dat er gemiddeld 10 uur directe cliëntenzorg werd besteed aan een cliënte die vanaf het begin van de zwangerschap tot zes weken na de bevalling onder controle was bij een verloskundige. Die 10 uur is de optelsom van het gemiddeld aantal face-to-face contacten bij de verloskundige op het spreekuur en de gemiddelde tijd (inclusief reistijd), die de verloskundige tijdens bevalling en kraambed besteedt aan huisbezoek of ziekenhuisbezoek. Alle indirecte cliëntgebonden werkzaamheden, zoals het bijhouden van het dossier en het voeren van cliëntenbesprekingen met collega's of andere zorgverleners, zijn hier niet bij meegerekend. In 2004 is de gemiddelde tijd die een verloskundige besteedt aan directe cliëntenzorg toegenomen tot bijna 12 uur per cliënte. Met name de tijd die verloskundigen gemiddeld besteden aan een baring is tussen 2001 en 2004 met bijna de helft (45%) toegenomen, van 3 uur en 13 minuten in 2001 naar 4 uur en 39 minuten in 2004.

Voor het **behoud van de thuisbevalling** en het voorkomen van onnodige interventies is het van het allergrootste belang dat verloskundigen voldoende tijd nemen om de barendende vrouw bij te staan. Een goede, persoonlijke begeleiding tijdens de baring en het de tijd nemen voor de cliënt staan overigens in de top vijf van aspecten die het meest gewaardeerd worden bij verloskundigen, zo blijkt uit de cliëntenenquête die deel uitmaakt van dit onderzoek.

Veranderingen in de zorgverlening

Het verschil tussen het aantal inschrijvingen en het aantal bevallingen in de praktijken neemt toe. Dit is een grove indicatie voor een toename van het percentage **verwijzingen tijdens de zwangerschap** (dat wil dus zeggen, verwijzingen naar de gynaecoloog vóór de bevalling). Alle deelnemende praktijken is gevraagd om de kengetallen van hun praktijk over het jaar voorafgaand aan hun deelname door te geven. Die cijfers hadden dus betrekking op de jaren 2000 tot en met 2003. Er bleek uit dat het verschil tussen het aantal bevallingen en het aantal inschrijvingen in de deelnemende praktijken is opgelopen van 28% in 2000 via 30% in 2001 en 35% in 2002 tot 38% in 2003.

Sommige vrouwen moeten om medische redenen voor zowel hun prenatale zorg als hun bevalling naar de gynaecoloog. Als de bevalling goed verlopen is, dan neemt de verloskundige in de eerste lijn de postnatale zorg over. Als deze zogeheten '**losse kraambedden**' in de praktijken eerst afgetrokken worden van het aantal inschrijvingen, dan is het verschil ten opzichte van aantal bevallingen nog maar 18% in 2000,

oplopend via 21% in 2001 en 26% in 2002 naar 30% in 2003. Omdat niet bekend is in hoeverre deze laatste categorie vrouwen tijdens hun zwangerschap en bevalling zorg van een verloskundige (in een niet aan het onderzoek deelnemende praktijk) hebben ontvangen, moeten we aannemen dat het werkelijke verwijscijfer voor verwijzingen tijdens de zwangerschap in deze praktijken tussen de beide uitersten ligt, dus tussen 18% en 28% in 2000, tussen 21% en 30% in 2001, tussen 26% en 35% in 2002 en tussen 30% en 38% in 2003.

Het percentage **verwijzingen tijdens de bevalling** is in de deelnemende praktijken tussen 2000 en 2003 licht toegenomen, van 30% naar 34%.

Met de daling van het aantal geboortes in Nederland tussen 2000 en 2004 is het te verwachten dat het **aantal inschrijvingen** in verloskundige praktijken ook daalt. Uit de cijfers van de stichting PRN blijkt echter dat het aantal inschrijvingen na 2000 nog bleef toenemen en pas in 2004 weer was afgenomen. Dat zou kunnen betekenen dat de verschuiving in de prenatale zorg van de tweede naar de eerste lijn en van huisarts naar verloskundige, zoals ook is aangetoond in cijfers van vóór 2000, verder doorzet.

De mening van kraamvrouwen over de door hen ontvangen zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed is in de vier jaren van het onderzoek niet veranderd. Bijna driekwart van alle kraamvrouwen die deelnamen aan het onderzoek (73% in 2001, 71% in 2004) wilden **graag thuis bevallen**, maar dat was niet voor iedereen weggelegd. In 2001 beviel uiteindelijk 53% thuis, in 2004 was dat 49%. Wel zijn er veranderingen in de zorg opgetreden: in 2004 kregen de kraamvrouwen vaker een echo dan in 2001: gemiddeld 2,6 tegenover gemiddeld 2,0 in 2001. Tegelijkertijd liep het aantal kraambezoeken aan vrouwen die thuis of poliklinisch zijn bevallen licht terug, van gemiddeld 4,5 in 2001 naar gemiddeld 4,1 in 2004.

Een complicerende factor bij het interpreteren van de cliëntengegevens is dat niet duidelijk is hoe representatief deze cliëntengroep is. Alleen cliënten die zes weken na de bevalling op nacontrole zijn geweest, hebben de kans gekregen om de vragenlijst in te vullen. Omdat een toenemend aantal praktijken hun cliënten niet meer standaard terugvraagt voor een nacontrole, bestaat de kans dat de cliënten die wel gekomen zijn en een vragenlijst gekregen hebben een selectieve groep zijn. Op welke manier zij mogelijk verschillen van de totale populatie kraamvrouwen in de verloskundige praktijken is niet na te gaan.

Overige veranderingen

De daling van aantal kinderen dat jaarlijks geboren wordt, heeft uiteraard grote gevolgen gehad voor de werkbelasting van de verloskundige praktijken. Werden er in 2000 nog meer dan 207.000 kinderen geboren, in 2004 was dat teruggelopen tot 195.000. Deze **geboortedaling** heeft ongetwijfeld bijgedragen tot een daling van de werkdruk van verloskundigen. Het CBS verwacht overigens de komende jaren een verdere daling naar minder dan 180.000 per jaar.

Tot 2001 kregen huisartsen op basis van de Ziekenfondswet verloskundige zorg alleen

vergoed als er in hun regio geen verloskundige werkzaam was (het zogeheten *primaat van de verloskundige*). In 2001, toen er een groot tekort aan verloskundigen was, werd dit *primaat* opgeheven. Dit vergrootte de mogelijkheden voor **samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen**, met name in gebieden waar de tekorten erg groot waren (Van Veen 2001). In de kop van Noord-Holland, waar huisartsen de prenatale zorg en de kraamvisites deden en verloskundigen de bevallingen, heeft samenwerking bijvoorbeeld bijgedragen aan het behouden van de eerstelijns verloskunde aldaar.

De toegenomen technologische mogelijkheden, bijvoorbeeld op het gebied van echoscopie en prenatale screening, én de veranderende opvattingen daarover, hebben ook invloed op de beroepsuitoefening van verloskundigen. Zo is sinds 1 januari 2006 een tweede-trimester-echo onderdeel van het basispakket van de nieuwe zorgverzekering. Het is nu aan de beroepsgroep om er zorg voor te dragen dat er voldoende gecertificeerde echoscopisten in de eerste lijn zijn om deze zorg ook aan te kunnen bieden. Er wordt gewerkt aan het opzetten van **regionale centra voor prenatale screening**, waar samenwerkende praktijken hun cliënten naar kunnen verwijzen.

In augustus 2005 is de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) gekomen met een formeel standpunt **Preconceptiezorg** (De Jonge 2005). Hierin wordt gesteld dat sommige leefstijladviezen, onderzoeken en aanpassingen van medicatie en behandelingen het beste al vóór de conceptie gegeven of doorgevoerd kunnen worden. Het gaat hierbij om zorg aan vrouwen zonder vooraf bekend verhoogd risico. Volgens de KNOV kan deze zorg het best worden gegeven door verloskundigen, aangezien het goed aansluit bij de onderwerpen die bij de prenatale intake aan de orde komen.

Het aantal **verloskundigen in de tweede lijn** is altijd relatief klein geweest in relatie tot het totaal aantal verloskundigen. Tussen 1993 en 2001 schommelde het aandeel van de klinisch werkenden rond de 15%. Na 2001 nam dat percentage echter toe van 16,9% in 2002 naar 19,6% in 2004. Al in 2000 deed de Stuurgroep Modernisering Verloskunde de aanbeveling om te komen tot een ‘continue aanwezigheid op de verloskamers van een tweedelijns verloskundige, die daartoe aanvullend is opgeleid’ (Stuurgroep Modernisering Verloskunde 2000). Dit was mede ingegeven door de verwachting dat er, als gevolg van veranderingen in de medisch-specialistische opleidingen, minder AGNIO’s (assistent-geneeskundigen-niet-in-opleiding) op de verloskamers zouden komen te werken. Hun plaatsen zouden volgens de Stuurgroep in dat geval het beste door verloskundigen kunnen worden ingenomen. De aanwezigheid van verloskundigen zal naar verwachting inhoudelijk bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de begeleiding van patiënten op de verloskamers, met name waar het de fysiologische aspecten van de partus betreft (zie ook de Nota inzake Organisatie klinische verloskundige zorg: de 2e lijns verloskundige, NVOG, 2000). In haar ‘Onderbouwing van een specialisatie tweedelijns verloskundige’ (2002) stelt de KNOV dat een verloskundige in de tweede lijn bij uitstek geschikt is om er voor te zorgen dat een bevalling, ondanks de medische indicatie, zo natuurlijk mogelijk verloopt.

In de beide **behoefteramingen** voor verloskundigen die in het kader van dit onderzoek gemaakt zijn (2001-2010 en 2004-2015) is rekening gehouden met deze geplande toename van het aantal klinisch werkende verloskundigen, maar nog niet met mogelijke beroepsinhoudelijke veranderingen die dat binnen de tweede lijn en tussen de eerste en tweede lijn tot gevolg kan en zal hebben.

Conclusies

Uit dit onderzoek blijkt dat de maatregelen van de overheid om de werkdruk van verloskundigen te verminderen en de thuisbevalling te behouden het **gewenste effect** hebben gehad. De daling van het geboortecijfer heeft daarbij echter ook een rol gespeeld. De ervaren werkdruk is afgenomen en het tekort aan verloskundigen is opgeheven. De verloskundigen besteden in 2004 gemiddeld meer tijd aan directe cliëntenzorg dan het geval was in 2001. Het aandeel niet-cliëntgebonden werkzaamheden is echter nog steeds relatief hoog.

Door de **nieuwe taken** die op de verloskundige beroepsgroep afkomen, zoals het geven van voorlichting over prenatale screening, het uitvoeren van prenatale screening en het ontwikkelen van een aanbod voor preconceptiezorg, is het zogeheten ‘taakuitbreidingsscenario’ uit de behoefteraming 2004-2015 op dit moment de meest realistische schatting van de toekomstige behoefte aan verloskundigen. Dit betekent dat de opleidingscapaciteit de komende jaren zeker niet drastisch omlaag hoeft.

De vele ontwikkelingen binnen de verloskundige zorgverlening maken het wenselijk om over enkele jaren **opnieuw een behoefteraming** uit te voeren.

INHOUD

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Achtergrond en vraagstellingen van het project ‘Monitor van de Verloskundige Zorgverlening’	15
1.1 Achtergrond	15
1.2 Vraagstellingen	17
1.3 Opbouw van het rapport	19
2 Opzet en methode van onderzoek	21
2.1 Het aanbod aan verloskundige zorgverleners	21
2.2 Tijdregistratie en organisatie in verloskundige praktijken	21
2.3 Zorgverlening en het oordeel van cliënten	22
2.4 Dataverzameling en respons	22
2.5 Behoefteraming verloskundigen	26
2.6 Symposium Monitor Verloskundige Zorgverlening	27
3 Ontwikkelingen in de verloskunde	29
3.1 Ontwikkelingen in het aanbod aan verloskundigen	29
3.2 Ontwikkelingen in de organisatie van de verloskundige zorg	32
3.3 Ontwikkelingen in de tijdbesteding	39
3.4 Ontwikkelingen in de zorgverlening	47
3.5 Conclusies over de onderzoeksjaren	52
4 Het oordeel van cliënten	53
4.1 Beschrijving van de onderzoekspopulatie	53
4.2 Zwangerschap, bevalling en kraambed	55
4.3 Oordeel en ervaring van kraamvrouwen	64
4.4 Waardering van de zorg door kraamvrouwen	66
4.5 Conclusies over de onderzoeksjaren	67
5 Behoefteraming verloskundigen	69
6 Vergelijkbare ontwikkelingen in andere zorgsectoren	73
6.1 Overzicht verschillende beroepsgroepen	74
6.2 De aansluiting tussen vraag naar en aanbod van zorg	76
6.3 Praktijkorganisatie	78
6.4 Samenhang in de zorg en samenwerking	81
6.5 Arbeidstevredenheid en werkdruk	82
6.6 Oordeel van patiënten	84
6.7 Overige ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening	85
7 Conclusie	89
Bijlage I	100
Bijlage II	101

ACHTERGROND EN VRAAGSTELLINGEN VAN HET PROJECT 'MONITOR VAN DE VERLOSKUNDIGE ZORGVERLENING'



1

1.1 *Achtergrond*

Aan het eind van de jaren negentig van de vorige eeuw bleek steeds duidelijker dat er een tekort was aan verloskundigen. In een onderzoek naar werk en werkdruk in 1993 (Jabaaij e.a. 1994) werd al gesignaleerd dat bijna 40% van de verloskundige praktijken op zoek was naar een extra verloskundige, hetzij als associatiepartner, hetzij als waarnemer. Bij het onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorg in 1999 (Wiegers e.a. 1999) was bijna de helft van alle praktijken op zoek naar een extra verloskundige, maar slaagde er maar niet in die te vinden. Dit bleek veelal tot gevolg te hebben dat veel verloskundigen meer uren werkten dan ze eigenlijk wilden of langer bleven doorwerken, terwijl ze eigenlijk hadden willen stoppen met werken. Dat het tekort in die jaren steeds nijpender is geworden kwam ook tot uiting in het feit dat het steeds vaker voorkwam dat praktijken gesloten werden, omdat verloskundigen geen opvolger, extra collega of waarnemer konden vinden of betalen (Crébas 1999A). Het gevolg was een hoge werkdruk, omdat de vraag naar verloskundige zorg nu eenmaal geen uitstel duldt. Het niveau van de inkomsten stond bovendien volgens de verloskundigen op gespannen voet met de inspanningen die ze daarvoor leverden. De oorzaak hiervan was een in hun ogen te hoge normpraktijk van 150 bevallingen per jaar en te lage honorering. Veel verloskundigen klaagden daarom ook over het ontbreken van een juiste balans tussen privé en werk (Wiegers e.a. 1999).

Daar kwam bij dat ook toen al het aantal verloskundig actieve huisartsen steeds verder aan het teruglopen was en huisartsen die nog wel verloskundige zorg verleenden met dezelfde soort problemen te maken hadden als verloskundigen: het niet of moeilijk kunnen vinden van waarnemers en vervangers die verloskunde willen en kunnen uitoefenen, het steeds meer moeite hebben met de druk die het verlenen van verloskundige zorg legt op de praktijk en het grote beslag dat de verloskunde legt op de vrije tijd (Wiegers & Hingstman 1999).

De overheid nam deze problemen serieus en overwoog maatregelen, met het doel de eerstelijns verloskunde te versterken, de werkdruk van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen tot een acceptabel niveau terug te brengen en er zorg voor te dragen dat het unieke Nederlandse systeem van verloskundige zorgverlening ook in de toekomst kan blijven functioneren. Hiertoe werd in september 1999 door de minister van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) de Stuurgroep Modernisering Verloskunde ingesteld. In deze Stuurgroep (later omgevormd tot Platform Modernisering Verloskunde) hadden vertegenwoordigers zitting van de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen), de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging),

de VVAH (Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen), de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), de NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde), ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en het departement van VWS. Vanaf januari 2000 waren ook de twee landelijke koepelorganisaties voor de kraamzorg, Z-org, organisatie voor zorgondernemers, voormalig LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) en BTN (Branchebelang Thuiszorg Nederland) hierbij betrokken. De Stuurgroep Modernisering Verloskunde kreeg als opdracht mee: het in kaart brengen van de problemen in de verloskunde, het formuleren van aanbevelingen over oplossingen voor deze problemen en het formuleren van een voorstel voor een convenant tussen de minister en de bij de verloskunde betrokken partijen (Tweede Kamer der Staten Generaal 1999).

In het voorjaar van 2000 kwam de Stuurgroep met een tussenrapportage en in augustus 2000 met een eindrapport waarin een visie werd gepresenteerd over de gewenste toekomstige verloskundige zorgverlening in Nederland, de positionering van de verloskundige zorgverlening in eerste en tweede lijn, de werkomstandigheden van verloskundigen en de kwaliteit van de verloskundige zorgverlening (Stuurgroep Modernisering Verloskunde 2000). Zowel in het tussenrapport als in de eindrapportage aan de minister stelde de Stuurgroep enkele maatregelen voor, zoals: het vergroten van de opleidingscapaciteit van zowel de opleidingen voor verloskundigen als de opleidingen voor huisartsen, het verlagen van de normpraktijk van verloskundigen en het stimuleren van nieuwe vormen van samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en andere bij de verloskundige zorg betrokken hulpverleners. Om het effect van deze maatregelen te kunnen beoordelen, stelde de Stuurgroep voor om een monitoringsysteem op te zetten, dat op geregelde tijden feedback zou kunnen geven en op basis waarvan bijsturing mogelijk zou zijn.

Na opvallende acties van verloskundigen, zoals een staking in Amsterdam in de millenniumnacht en een demonstratie bij de Tweede Kamer in Den Haag op 30 maart 2000, tijdens het Algemeen Overleg van de minister met de Vaste Commissie voor VWS over de problemen in de verloskundige zorgverlening, heeft de minister vrijwel alle aanbevelingen van de Stuurgroep overgenomen: per 1 juli 2000 werd de normpraktijk verlaagd van 150 naar 120 bevallingen per jaar en in datzelfde jaar werd ook de honoreringsstructuur aangepast, in 2000 werd de opleidingscapaciteit voor verloskundigen uitgebreid van 120 naar 160 plaatsen en het jaar daarop naar 220, waarbij tevens een nieuwe opleidingslocatie (Groningen) in gebruik genomen werd.

In een brief van 3 juli 2000 aan de Vaste Commissie voor VWS schrijft de minister: 'Om na te gaan of de maatregelen het beoogde effect hebben, acht ik een goede monitoring van de ontwikkeling van capaciteit en werkdruk onder verloskundigen noodzakelijk. Ik zal daarom opdracht geven voor een dergelijk onderzoek' (brief minister van VWS aan Tweede Kamer 2000). Het onderzoek 'Monitor van de ontwikkelingen in de Verloskundige Zorgverlening' is hiervan het resultaat.

Het hier beschreven onderzoek is dus opgezet met het doel om de effecten van de genomen maatregelen in kaart te brengen door middel van het monitoren van de ontwikkelingen in de verloskundige zorg. Het eerste rapport in het kader van deze monitor betrof de behoefteveraming verloskundigen 2001-2010, waarmee een onderbouwing

gegeven werd van de inmiddels doorgevoerde uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen (Wiegers e.a. 2002). Vervolgens zijn vier jaarrapporten verschenen waarin op basis van een uitgebreide gegevensverzameling in verloskundige praktijken verslag gedaan is van het werk van de verloskundigen (Wiegers & Coffie 2002, 2003, Wiegers & Janssen 2004, 2005). Afgelopen jaar is een nieuwe behoefte-raming verschenen voor de periode 2004-2015, waarin voorstellen gedaan zijn voor het beperken van de opleidingscapaciteit, om te voorkomen dat er een overschot aan verloskundigen ontstaat (Wiegers e.a. 2005).

1.2 *Vraagstellingen*

De overkoepelende vraag die door middel van dit onderzoek beantwoord moet worden, is: wat heeft het totaal aan maatregelen ter verlaging van de werkdruk van verloskundigen en vergroting van de capaciteit van de eerste lijn voor gevolg voor het aanbod, de organisatie en de doelmatigheid van de verloskundige zorg. Met andere woorden: is het aanbod aan zorgverleners en de organisatie van de zorg zodanig dat de juiste zorg op de juiste plaats geleverd kan worden? Kunnen vrouwen, mits er geen dwingende medische redenen zijn voor een ziekenhuisbevalling, daar bevallen waar zij dat zelf het liefst willen, ongeacht of dat thuis is of in een ziekenhuis? Krijgen (zwangere) vrouwen en pasgeborenen de zorg die zij nodig hebben? Kan onnodige medicalisering voorkomen worden? Kan het unieke Nederlandse systeem van eerstelijns verloskundige zorgverlening, met de nadruk op fysiologie, risicoselectie en samenwerking tussen eerste en tweede lijn in stand gehouden worden? Inzicht in de ontwikkelingen op specifieke onderdelen van de verloskundige zorg moet bijdragen tot het beantwoorden van bovenstaande vragen.

De vraagstellingen in dit onderzoek richten zich daarom op drie niveaus in de verloskundige zorgverlening. Het eerste niveau betreft het aanbod aan zorgverleners: de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de (eerstelijns) verloskundige zorgverlening, de verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. Het tweede niveau betreft de organisatie van de (eerstelijns) verloskundige zorg: de praktijkvoering in verloskundige praktijken, de samenwerking met andere zorgverleners, de tijdbesteding op praktijkniveau en de invloed van concentratie van afdelingen gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde op de cliëntenzorg in de eerste lijn. Het derde niveau betreft de zorgverlening zelf: de tijdbesteding van verloskundigen aan directe cliëntenzorg en aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden, het oordeel van kraamvrouwen over de ontvangen zorg.

De eerste vraagstelling in dit onderzoek is gericht op de beroepsgroepen als geheel:

1. Hoe ontwikkelt het aanbod aan verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen zich onder invloed van de veranderingen van de laatste tijd?

Om op deze vraag een antwoord te kunnen geven, zijn de volgende deelvragen met betrekking tot het aanbod aan verloskundige zorgverleners geformuleerd:

- 1a. Wat is de invloed van de in 1994 doorgevoerde uitbreiding van de opleiding voor verloskundigen van 90 naar 120 plaatsen op het aanbod aan verloskundigen?**
- 1b. Wat is de invloed van de in 2000 en 2001 doorgevoerde uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen van 120 naar 220 plaatsen op het aanbod aan verloskundigen?**
- 1c. Wat is de invloed van de uitbreiding van opleidingsplaatsen voor huisartsen op het aanbod aan verloskundig actieve huisartsen?**

De tweede vraagstelling in dit onderzoek is gericht op de organisatie van de (eerstelijns) verloskundige zorg:

- 2. Hoe ontwikkelt de organisatie van de eerstelijns verloskunde zich onder invloed van de recente maatregelen en ontwikkelingen?**

Om op deze vraag een antwoord te kunnen geven zijn de volgende deelvragen met betrekking tot praktijkorganisatie en samenwerking en de invloed van de concentratie in de klinische zorg op de zorgverlening in de eerste lijn geformuleerd:

- 2a. Wat is de invloed van de verlaging van de normpraktijk en het opzetten van District Verloskundige Platforms op de samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerste lijn en tussen zorgverleners in eerste en tweede lijn?**
- 2b. Wat is de invloed van verlaging van de normpraktijk en het opzetten van regionale ondersteuning in de vorm van regiokantoren op de praktijkorganisatie van verloskundigen en op de tijdbesteding in verloskundige praktijken?**
- 2c. In welke mate is er sprake van concentratie van klinische zorg en wat is de invloed daarvan op de cliëntenzorg in de eerste lijn?**

De derde vraagstelling in dit onderzoek is gericht op de zorgverlening zelf:

- 3. Hoe ontwikkelen het werk van verloskundigen, de werkdruk en de waardering van cliënten zich onder invloed van de recente maatregelen?**

Om op deze vraag een antwoord te kunnen geven zijn de volgende deelvragen met betrekking tot de tijdbesteding van verloskundigen aan cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden, de werkdruk en arbeidssatisfactie van verloskundigen, en de waardering van cliënten voor de ontvangen zorg, geformuleerd:

- 3a. Wat is de invloed van het verlagen van de normpraktijk en de toegenomen instroom vanuit de opleidingen voor verloskundigen op het werk en de werkdruk van verloskundigen?**
- 3b. Wat is de invloed van het verlagen van de normpraktijk en de toegenomen instroom vanuit de opleidingen voor verloskundigen op het oordeel van cliënten over de ontvangen zorg?**

Gekoppeld aan alle drie de voorgaande vraagstellingen is een vierde vraagstelling geformuleerd over de aansluiting van het toekomstig aanbod aan verloskundigen op de toekomstige vraag naar verloskundige zorg:

- 4. Wat is de toekomstige behoefte aan verloskundigen, zowel in de eerste als in de tweede lijn?**

Deze vraagstelling is in twee eerdere rapporten uitgewerkt: de Behoefteraming verloskundigen 2001-2010 uit 2002 en de Behoefteraming verloskundigen 2004-2015 uit 2005.

1.3 *Opbouw van het rapport*

In hoofdstuk twee wordt de opzet en de methode van onderzoek beschreven, waarbij aangegeven is welke gegevens voor welk onderdeel van het onderzoek verzameld zijn. In hoofdstuk drie worden de ontwikkelingen in de verloskundige zorg beschreven aan de hand van de eerste drie vraagstellingen met betrekking tot het aanbod aan zorgverleners, de organisatie van de zorg, de tijdbesteding van verloskundigen en de zorgverlening zelf.

Hoofdstuk vier is gewijd aan de cliënten van verloskundigen. In hoofdstuk vijf wordt een terugblik gegeven op de behoefteramingen die in het kader van dit onderzoek zijn uitgevoerd,

Om de resultaten van dit onderzoek in een breder perspectief te zetten is in hoofdstuk zes een overzicht gegeven van ontwikkelingen in andere sectoren van de zorgverlening of in de maatschappij als geheel, waarmee de ontwikkelingen in de verloskundige zorg kunnen worden vergeleken of waartegen ze kunnen worden afgezet. Het rapport sluit af met een conclusie in hoofdstuk zeven.

In de bijlage wordt een verslag gepresenteerd van het op 13 oktober 2005 gehouden symposium 'Monitor Verloskundige Zorgverlening'.

OPZET EN METHODE VAN ONDERZOEK

2



2.1 *Het aanbod aan verloskundige zorgverleners*

Voor het verkrijgen van informatie op het niveau van de beroepsgroepen is gebruik gemaakt van bestaande gegevensverzamelingen: de NIVEL-registraties van werkzame verloskundigen en van pas-afgestudeerde verloskundigen en de NIVEL-registratie van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts). Daarnaast zijn, ten behoeve van de tweede behoefte, enkele aanvullende gegevensverzamelingen gehouden, onder verloskundig actieve huisartsen (in 2002), onder klinische werkende verloskundigen (in 2003) en onder laatstejaars studenten verloskunde (in 2004).

2.2 *Tijdregistratie en organisatie in verloskundige praktijken*

Om informatie te verkrijgen op het niveau van de praktijken is een uitgebreide gegevensverzameling opgezet. Gedurende vier jaar is telkens in de maanden augustus-september-oktober in ongeveer 70 verloskundige praktijken door de verloskundigen drie weken lang een tijdregistratie bijgehouden en zijn aanvullende vragenlijsten ingevuld. Met elke praktijk werd vooraf afgesproken wanneer er geregistreerd zou worden. De afspraken waren als volgt:

- kies een periode van drie weken, binnen de vooraf aangegeven periode, die, naar het zich laat aanzien, redelijk representatief is voor de normale drukte in de praktijk;
- alle verloskundigen die in die periode van drie weken in de praktijk werkzaam zijn, dus ook eventuele waarnemers, vullen een schriftelijke tijdregistratie en bijbehorende vragenlijst in;
- op het tijdregistratieformulier, dat de vorm heeft van een dagagenda van 12 uur per pagina, onderverdeeld per kwartier, worden de werkzaamheden in blokken aangegeven, met eventueel een toelichting ernaast;
- in de bijbehorende vragenlijst geeft iedere verloskundige een schatting van de tijd die zij of hij persoonlijk besteedt aan niet-frequente werkzaamheden gedurende het voorgaande half jaar;
- in de bijbehorende vragenlijst zijn ook vragen opgenomen over functie en geschatte werktijd per week, werkverdoening en werkdruk, wensen en verwachtingen;
- per praktijk wordt een lijst ingevuld met vragen over praktijkomvang, praktijkorganisatie, praktijkassistentie, automatisering, afspraken met andere zorgverleners;

- aan alle kraamvrouwen die tijdens de registratieperiode voor een nacontrole naar het spreekuur komen wordt een anonieme vragenlijst met informatiebrief, folder en antwoordenvolop overhandigd;

Bij elkaar hebben 115 verloskundige praktijken aan het onderzoek meegewerkt. Jaarlijks deden gemiddeld 71 praktijken en 223 verloskundigen mee aan het onderzoek. Alle gegevens zijn per jaar bij het NIVEL ingevoerd en geanalyseerd met SPSS. Na vier jaar is een deel van de gegevens samengevoegd en geanalyseerd op mogelijke verschillen tussen de jaren.

2.3 *Zorgverlening en het oordeel van cliënten*

Voor het verzamelen van informatie op het niveau van de zorgverlening is gebruik gemaakt van de gegevens die door de verloskundigen in de praktijken zijn aangeleverd. De tijdbesteding aan cliëntgebonden en niet-clientgebonden werkzaamheden is bijvoorbeeld niet alleen op praktijkniveau geanalyseerd, maar ook op het niveau van de individuele verloskundige. Daarnaast is op basis van de tijdregistratie van de verloskundigen een berekening gemaakt van de gemiddelde tijdbesteding per cliënt die gedurende de gehele periode van zwangerschap, bevalling en kraambed bij de verloskundige praktijk in zorg blijft. Dit is relevant in verband met een verdere onderbouwing van de normpraktijk.

De vragenlijst voor cliënten bevatte vragen over leeftijd, opleiding, werk en pariteit van de kraamvrouw, over de gewenste, geplande en feitelijke plaats van bevallen, over de zorg tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed en over de begeleiding door de verloskundig zorgverlener tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed. In het laatste jaar van de gegevensverzameling zijn enkele open vragen toegevoegd naar positieve en minder positieve ervaringen van kraamvrouwen met de verloskundige zorg die zij ontvingen.

Niet alle deelnemende praktijken hebben vragenlijsten aan cliënten uitgedeeld, deels omdat niet alle praktijken meer vasthouden aan een standaard-nacontrole, ongeveer zes weken na de bevalling, deels omdat praktijken soms gewoon vergeten zijn de vragenlijsten uit te delen.

2.4 *Dataverzameling en respons*

Verloskundigen

Voor de gegevensverzameling bij verloskundigen is in 2001 een aselechte, gestratificeerde steekproef getrokken van 76 verloskundige praktijken. Stratificatievariabelen waren soort praktijk en mate van verstedelijking van de vestigingsplaats van de praktijk. Tegelijk werd een reservesteekproef van 30 praktijken getrokken. Alle praktijken uit de hoofdstekproef werden schriftelijk en persoonlijk benaderd met de vraag aan het onderzoek mee te werken. Viel een praktijk uit de hoofdstekproef af, dan werd

een, naar stratificatievariabelen vergelijkbare, praktijk uit de reservesteekproef benaderd. In totaal werden in 2001 96 praktijken benaderd, waarvan 74 hun medewerking toezegden en uiteindelijk 71 ook hebben deelgenomen. In de daarop volgende jaren zijn steeds eerst de praktijken benaderd die het voorgaande jaar hadden meegewerkt, waarna de steekproef werd aangevuld met nieuwe praktijken die op de stratificatievariabelen vergelijkbaar waren met de praktijken die afvielen (zie tabel 2.1). In totaal hebben 115 verloskundige praktijken aan het onderzoek meegewerkt, waarvan 36 praktijken vier keer, 16 praktijken drie keer, 32 praktijken twee keer en 31 praktijken één keer.

Tabel 2.1: Steekproef verloskundige praktijken

jaar	aantal benaderd	deelname	aantal verloskundigen werkzaam
2001	96	71	221
2002	117	74	234
2003	104	70	241
2004	84	70	249

Jaarlijks is de representativiteit van de groep deelnemende praktijken met betrekking tot de mate van verstedelijking van de vestigingsplaats beschreven. In tabel 2.2 is deze verdeling nogmaals gepresenteerd, waarbij als vergelijking de landelijke verdeling van alle verloskundige praktijken naar mate van verstedelijking van hun vestigingsplaats is toegevoegd. Hiervoor zijn de cijfers per 1-1-2004 genomen, ervan uitgaande dat dit geen variabele is die erg aan verandering onderhevig is. Uit onderstaande tabel blijkt dat in het eerste en het derde jaar de praktijken uit zeer sterk verstedelijkte gebieden (de grote steden) licht ondervertegenwoordigd waren, terwijl praktijken uit niet verstedelijkte gebieden (het platteland) in de eerste twee jaren oververtegenwoordigd waren. Ook uit de andere categorieën waren de praktijken niet elk jaar evenwichtig vertegenwoordigd, maar statistisch gezien zijn de jaarlijkse verdelingen niet verschillend van elkaar ($\chi^2 = 9,07$; $p = 0,70$). Dit is overigens geen garantie dat ook de praktijken in probleemgebieden voldoende in de steekproef vertegenwoordigd zijn. Daarom is in het eerste jaar nagegaan in hoeverre de crisisregio's, die zich in 2000 en 2001 als zodanig bij de KNOV gemeld hadden, in de steekproef vertegenwoordigd waren. Aangezien ook de crisisregio's over een groot deel van Nederland verspreid waren, was er duidelijk sprake van een overlap. Toch mag verondersteld worden dat in de eerste jaren, toen de problemen talrijk waren, echte probleempraktijken ondervertegenwoordigd waren, gezien het feit dat de meest genoemde reden om niet aan het onderzoek mee te werken de drukte in de praktijk, de overbelasting en onderbezetting was.

Tabel 2.2: Representativiteit ten aanzien van mate van verstedelijking

mate van verstedelijking	jaar				landelijk
	2001	2002	2003	2004	
zeer sterk	9 (12,7%)	10 (13,5%)	8 (11,4%)	10 (14,3%)	68 (15,1%)
sterk	18 (25,4%)	18 (24,3%)	14 (20,0%)	15 (21,4%)	124 (27,6%)
matig	14 (19,7%)	13 (17,6%)	22 (31,4%)	22 (31,4%)	102 (22,7%)
weinig	18 (25,4%)	18 (24,3%)	18 (25,7%)	16 (22,9%)	108 (24,0%)
niet	12 (16,9%)	15 (20,3%)	8 (11,4%)	7 (10,0%)	48 (10,7%)
totaal	71 (100%)	74 (100%)	70 (100%)	70 (100%)	450 (100%)

Alle verloskundigen, werkzaam in de deelnemende praktijken tijdens de periode van gegevensverzameling, werden verondersteld een tijdregistratie bij te houden gedurende drie weken en een aanvullende vragenlijst in te vullen. Daarnaast werd per praktijk een ingevulde praktijkvragenlijst terugverwacht. De respons was hoog (zie tabel 2.3), zo goed als alle praktijkvragenlijsten werden ingevuld en teruggestuurd en ook de individuele verloskundigen stuurden vrijwel allemaal hun tijdregistratie en vragenlijst terug. Omdat echter uit verschillende praktijken gegevens van één van de verloskundigen ontbrak, is het aantal praktijken waarvan alle gegevens compleet zijn relatief wat minder groot.

Tabel 2.3: Respons praktijken en verloskundigen

jaar	praktijkvragenlijsten	tijdregistratie en vragenlijsten verloskundigen	praktijken met alle data compleet
2001	70 (99%)	208 (94%)	63 (89%)
2002	70 (95%)	221 (94%)	65 (88%)
2003	69 (99%)	234 (97%)	63 (90%)
2004	69 (99%)	232 (93%)	57 (81%)

Cliënten

Aan de verloskundigen in de praktijken die meewerkten aan de tijdregistratie is ieder jaar gevraagd de kraamvrouwen die gedurende de onderzoeksperiode van drie weken op nacontrole kwamen een vragenlijst mee te geven met daarin vragen over hun zwangerschap, hun bevalling en hun kraambed. De respondenten vormen nadrukkelijk geen representatieve afspiegeling van alle kraamvrouwen in Nederland. Het betreft hier een selecte groep vrouwen die voornamelijk in de eerste lijn in zorg geweest zijn en bij wie de zorg ook in de eerste lijn wordt afgesloten. Dat wil zeggen dat er geen vrouwen met ernstige pathologie aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Bij de analyses is allereerst nagegaan of er op vergelijkbare vragen duidelijke verschillen in de antwoorden waren tussen de verschillende jaren. Waren er geen signi-

ficante verschillen tussen de jaren, dan werden de cliëntgegevens samengevoegd tot één groot bestand.

In totaal zijn er gedurende de vier metingen 1870 ingevulde cliëntenvragenlijsten uit 106 verloskundige praktijken bij het NIVEL binnengekomen. Tweederde van de praktijken hebben gedurende meer dan één jaar cliëntenvragenlijsten aangeleverd. Van 25 praktijken zijn gedurende alle vier de jaren vragenlijsten van cliënten bij het NIVEL teruggekomen.

Tabel 2.4: Respons cliënten

jaar	aantal vrouwen op nacontrole	aantal cliëntvragenlijsten	uit aantal praktijken	per praktijk
2001	708	610 (86%)	64	9,5
2002	712	526 (74%)	65	8,1
2003	612	376 (61%)	56	6,7
2004	559	358 (64%)	57	6,3

Het teruglopend aantal ingevulde cliëntenvragenlijsten, van 610 in 2001 naar 358 in 2004, heeft te maken met het feit dat in latere jaren minder vrouwen op nacontrole zijn gekomen dan in de eerdere jaren en dat dus minder vrouwen de vragenlijst uitge-reikt hebben gekregen. Overigens hebben niet alle kraamvrouwen die op nacontrole zijn geweest een vragenlijst ontvangen, want verschillende keren lieten verloskun-digen weten dat ze vergeten waren om de vragenlijsten mee te geven. Verschillende praktijken lieten ook weten kraamvrouwen niet meer standaard te laten terugkomen voor een nacontrole zes weken na de bevalling, maar alleen als de verloskundige of de kraamvrouw zelf daar aanleiding toe ziet. Het aantal praktijken waaruit cliënten-vragenlijsten zijn ontvangen is daarom afgenomen, evenals het aantal vragenlijsten per praktijk. Het responspercentage is daarnaast ook omlaag gegaan, misschien omdat minder kraamvrouwen de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd hebben, maar moge-lijk ook omdat in de latere jaren meer verloskundigen vergeten waren om de vragenlijsten uit te delen dan in het eerste jaar.

Aanvullende gegevensverzameling in het kader van de behoefteteraming Huisartsen

In 2001 werd in het kader van de Registratie van Huisartsen, die sinds 1974 bij het NIVEL wordt bijgehouden, een vragenlijst gestuurd aan alle werkzame huisartsen om de gegevens, die over hen in het registratiebestand waren opgenomen over onder andere praktijkvorm, praktijksamenstelling en praktijkgrootte, te verifiëren en zo nodig aan te vullen. Daarbij werd ook gevraagd of er door huisartsen in de praktijk waar men werkzaam was bevallingen begeleid werden en of de huisarts zelf in 2000 bevallingen had begeleid. Op praktijkniveau was de respons op deze vragenlijst vrijwel volledig: 96%. In 12,1% van de huisartspraktijken (n=552) bleek nog verloskundige zorg te worden geleverd. Al deze praktijken, waar in 2000 nog door één

of meer van de huisartsen verloskundige zorg werd geboden, ontvingen in 2002 een schriftelijke vragenlijst met vragen over de praktijkgrootte en praktijkorganisatie, de betrokkenheid bij verloskundige zorgverlening, de samenwerking met anderen op het gebied van de verloskundige zorg, het kwaliteitsbeleid ten aanzien van verloskunde en de verwachtingen en wensen ten aanzien van de toekomst van de verloskundige zorgverlening in de eigen regio en in de eigen praktijk. Na een telefonische en een schriftelijke rappel was de respons 80,7%. Aan de hand van de gegevens uit de NIVEL-huisartsenregistratie van peildatum 1-1-2002 is gecontroleerd of er in het tussenliggende jaar praktijken met verloskundig actieve huisartsen bij gekomen zijn, wat niet het geval bleek.

Klinisch werkende verloskundigen

In 2003 werden naar alle ziekenhuizen, waar verloskundigen werkzaam waren, vragenlijsten gestuurd. Het betrof één vragenlijst voor de afdeling verloskunde als geheel en afzonderlijke vragenlijsten voor elke verloskundige die in het ziekenhuis werkzaam was. Er werden afdelingsvragenlijsten en vragenlijsten voor individuele verloskundigen gestuurd naar 73 ziekenhuizen. Drie ziekenhuizen lieten weten geen verloskundigen in dienst te hebben en vanuit vijf ziekenhuizen is, ook na herhaald verzoek, geen reactie ontvangen. In twee ziekenhuizen waren de verloskundigen niet in dienst van het ziekenhuis maar hadden ze een eerstelijns praktijk. Deze zijn daarom buiten beschouwing gelaten. De uiteindelijke respons was 52 ingevulde afdelingsvragenlijsten (74%) en 266 vragenlijsten van verloskundigen uit 63 ziekenhuizen.

Laatstejaars studenten verloskunde

In 2004 zijn via de opleidingen voor verloskundigen alle vierdejaars studenten benaderd met een vragenlijst over hun wensen ten aanzien van hun werk na hun afstuderen. Er zijn 186 vragenlijsten uitgedeeld en 140 ingevuld terug ontvangen. Dat is een respons van 75%.

De resultaten van deze aanvullende gegevensverzamelingen zijn beschreven in de jaarrapporten Monitor Verloskundige Zorgverlening 2002 (huisartsen), 2003 (klinisch werkende verloskundigen) en 2004 (studenten verloskunde).

2.5 *Behoefteraming verloskundigen*

Er zijn in de loop van dit onderzoek twee behoefteramingen voor verloskundigen uitgevoerd, de eerste in 2001 en de tweede in 2004.

Voor de behoefteraming verloskundigen 2001-2010 is gebruik gemaakt van bestaande informatie en gegevensbestanden, zoals de NIVEL-registratie van werkzame verloskundigen en van pas-afgestudeerde verloskundigen, de CBS-bevolkingsprognose 2000-2050, het dubbelrapport van NIVEL en Deloitte & Touche over feitelijke en gewenste tijdbesteding van verloskundigen in de zomer van 2000. Aan de hand van veronderstellingen over de toekomstige zorgvraag, de gewenste tijdbesteding van verloskundigen en het teruglopende aandeel van verloskundig actieve huisartsen zijn sce-

nario's doorerekend voor de benodigde instroom in de opleidingen tot verloskundige om in 2010 aan de vraag naar verloskundigen te kunnen voldoen.

Voor de behoefteeraming verloskundigen 2004-2015 is gebruik gemaakt van dezelfde informatie en (geactualiseerde) gegevensbestanden en van de tijdbestedingsgegevens uit de aan de Monitor deelnemende verloskundige praktijken. Bovendien zijn aanvullende gegevens verzameld bij verloskundig actieve huisartsen (2002), bij klinisch werkende verloskundigen (2003) en bij laatstejaars studenten van de opleidingen tot verloskundige (2004). Aan de hand van het geïntegreerde vraag-aanbod-model dat door het NIVEL gebruikt wordt in alle behoefteeramingen voor beroepsgroepen in de zorg is berekend hoeveel verloskundigen er in 2015 beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt als er vanaf 2005 geen studenten meer tot de opleiding tot verloskundige worden toegelaten. Vervolgens zijn er verschillende scenario's uitgewerkt aan de hand van mogelijke ontwikkelingen in de zorgvraag om te berekenen hoeveel verloskundigen tussen 2005 en 2010 moeten worden opgeleid, dat wil zeggen: hoeveel studenten jaarlijks tot de opleiding kunnen worden toegelaten om in 2015 aan de vraag naar verloskundigen te kunnen voldoen.

2.6 *Symposium Monitor Verloskundige Zorgverlening*

Op 13 oktober 2005 is een symposium gehouden over de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening aan de hand van de resultaten van de Monitor Verloskundige Zorgverlening. Tijdens dit symposium werd teruggekeken op de problemen in de verloskundige zorgverlening die aanleiding waren tot het hier gepresenteerde onderzoek. De resultaten van vier jaar gegevens verzamelen werden gepresenteerd en plannen voor de toekomst van de verloskunde, ontwikkeld in het Platform Modernisering Verloskunde, werden uit de doeken gedaan. Daarna is in parallelsessies gediscussieerd met de beroepsgroep en andere belangstellenden over de verdere ontwikkelingen in de verloskundige keten.

ONTWIKKELINGEN IN DE VERLOSKUNDE

3

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in de verloskundige praktijken gepresenteerd aan de hand van de drie niveaus in de vraagstellingen: het aanbod (paragraaf 3.1), de organisatie (paragraaf 3.2) en de zorgverlening (paragraaf 3.4). Aan de ontwikkelingen in de tijdbesteding en de werkdruk is een aparte paragraaf (3.3) besteed, omdat daarbij zowel het niveau van de praktijken als dat van de zorgverlening direct met elkaar samenhangen. De resultaten van de cliëntenenquête worden apart in het volgende hoofdstuk beschreven.

3.1 *Ontwikkelingen in het aanbod aan verloskundigen*

Het aanbod aan verloskundigen, dat wil zeggen: het totaal aantal werkzame verloskundigen, wordt bepaald door enerzijds de instroom in het beroep, vanuit de opleiding, vanuit het buitenland of van herintreders, en anderzijds de uitstroom uit het beroep van verloskundigen die tijdelijk of definitief hun werk als verloskundige neerleggen.

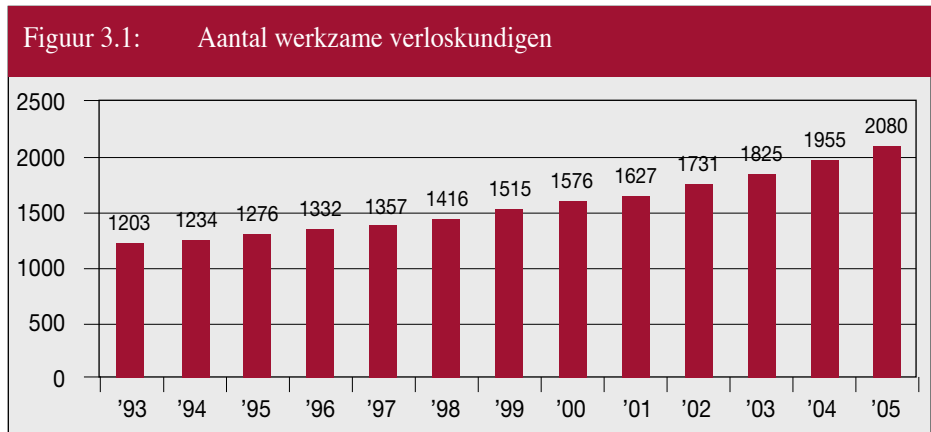
De instroom vanuit het buitenland bestaat zowel uit buitenlanders die in eigen land zijn opgeleid en in Nederland willen werken als uit Nederlanders die in het buitenland zijn opgeleid. Jaarlijks vragen zo'n twintig tot vijfentwintig verloskundigen die buiten Nederland zijn opgeleid een zogenaamde 'gelijkstelling' aan om in Nederland als verloskundige te mogen werken. Maar hun buitenlandse opleiding sluit onvoldoende aan bij de Nederlandse situatie, zodat ze maar zelden in de eerste lijn gaan of blijven werken.

Tussen 2000 en 2003 is, mede vanwege de tekorten in de eerste lijn, speciaal voor verloskundigen die buiten Nederland zijn opgeleid en in Nederland willen en mogen werken, een applicatiecursus aangeboden om hen vertrouwd te maken met de Nederlandse eerstelijns zorg en hen in staat te stellen zich als eerstelijns verloskundige in Nederland te vestigen. De cursus is drie keer aangeboden en in totaal hebben 58 verloskundigen met een buitenlands diploma de cursus met succes afgerond. Dit heeft geleid tot een grotere instroom in het beroep vanuit het buitenland in deze drie jaren, namelijk gemiddeld 37 verloskundigen per jaar, in plaats van de gemiddeld 25 in de voorgaande jaren.

Gevolg van de uitbreiding van de opleiding in 1994

In 1994 werd de opleidingscapaciteit uitgebreid van 90 naar 120 plaatsen. Omdat de opleiding vier jaar duurt, is het effect van de uitbreiding ook pas vier jaar later te zien

aan de toegenomen instroom in het beroep. Kwamen er tussen 1987 en 1998 (met uitzondering van 1996) gemiddeld 64 verloskundigen per jaar van de opleiding, in de vijf jaren daarna waren het er gemiddeld 101 per jaar. Het jaar 1996 is een uitzondering, omdat er toen vrijwel geen verloskundigen afstudeerden. De reden hiervoor was dat in 1993 de opleidingsduur verlengd werd van 3 naar 4 jaar. De studenten die in 1992 waren begonnen studeerden bijna allemaal in 1995 af, met uitzondering van enkele nakomers, die langer over de opleiding deden dan hun oorspronkelijke jaargenoten, terwijl de studenten die in 1993 begonnen pas in 1997 (of later) afstudeerden. De enigen die in 1996 afstudeerden waren dus de nakomers van 1995. Dit betekende nog niet dat het totaal aantal werkzame verloskundigen in dezelfde mate groeide, want toen er vanaf 1998 jaarlijks meer verloskundigen beschikbaar kwamen, nam ook het aantal verloskundigen dat de praktijk neerlegde jaarlijks toe. Bij elkaar leidde dit er toe dat de beroepsgroep tussen 1993 en 1998 groeide met gemiddeld 42 verloskundigen per jaar en tussen 1999 en 2003 met gemiddeld 82 per jaar, zie figuur 3.1.



Gevolg van de uitbreiding van de opleiding in 2000 en 2001

De capaciteitsuitbreiding van 2000 van 120 naar 160 plaatsen voor eerstejaars heeft in 2004 geleid tot een verdere vergroting van de instroom in de beroepsgroep met een toename van 130 werkzame verloskundigen en de uitbreiding van 2001 naar 220 opleidingsplaatsen heeft geleid tot een toename van 125 werkzame verloskundigen in 2005 (zie figuur 3.1).

Gevolg van de uitbreiding van de opleiding voor huisartsen en de opzet van een speciale module verloskunde voor huisartsen (in opleiding)

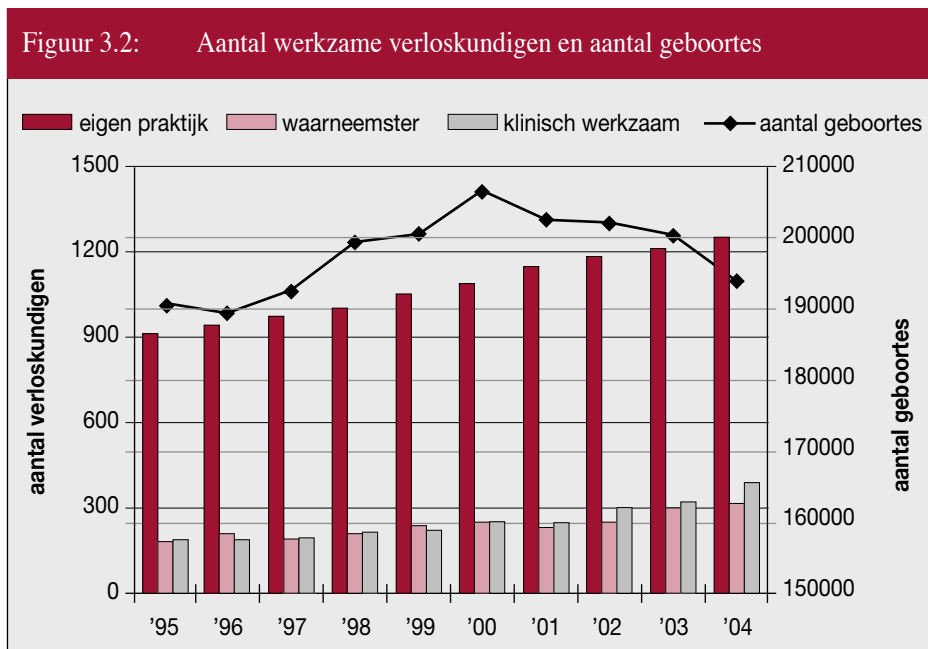
De capaciteit van de huisartsenopleiding is tussen 1995 en 2002 toegenomen van 325 naar 450 eerstejaars en de beroepsgroep van huisartsen is in diezelfde periode met ruim 800 huisartsen toegenomen van 7.125 naar 7.945 (Kenens & Hingstman 2004a), maar het aantal verloskundig actieve huisartsen is in die periode afgenomen. Was in 1998 nog 15% van alle huisartsen verloskundig actief, dat wil zeggen: zij begeleiden hun cliënten zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling (Wiegers &

Hingstman 1999), in 2002 gold dat voor nog maar 6% van alle huisartsen en was hun aandeel in het begeleiden van bevallingen (inclusief verwijzing durante partu) gedaald van 10% naar 4% van alle bevallingen (Wiegers & Coffie 2003). De uitbreiding van de opleidingscapaciteit heeft dus weinig effect gehad op het aantal verloskundig actieve huisartsen. Om toch de verloskundige zorg als onderdeel van het huisartsgeeneeskundig handelen te behouden en de terugloop van het aantal verloskundig actieve huisartsen te stoppen, zijn twee huisartsopleidingen (Leiden en Groningen) in 2002 begonnen met het aanbieden van een module ‘Verloskunde voor huisartsen’ met een maximale deelname van twee keer 24 huisartsen (in opleiding) per jaar. Maar al na twee jaar bleek de animo hiervoor zo gering dat een van de locaties alweer gestopt is met het aanbieden van deze module. Het is daarom te verwachten dat het aandeel dat verloskundig actieve huisartsen hebben in de verloskundige zorg de komende jaren verder zal afnemen en het aandeel van verloskundigen zal toenemen.

Relatie tussen aanbod en capaciteitsproblemen

Het totaal aantal werkzame verloskundigen is de afgelopen tien jaar geleidelijk toegenomen. Die groei is zowel te zien bij de verloskundigen met een eigen praktijk, als bij de waarnemers en de klinisch werkende verloskundigen. Ondanks deze gestage groei van de beroepsgroep waren de problemen eind jaren negentig groot, omdat het aantal geboortes per jaar nog veel sterker bleek toe te nemen.

In figuur 3.2 is het jaarlijks aantal geboortes als trendlijn toegevoegd aan de grafiek met het aantal werkzame verloskundigen. De schaal waarop de twee soorten gegevens gepresenteerd worden is uiteraard verschillend, maar deze manier van presenteren maakt het wel mogelijk de ontwikkelingen te vergelijken. Uit de figuur blijkt

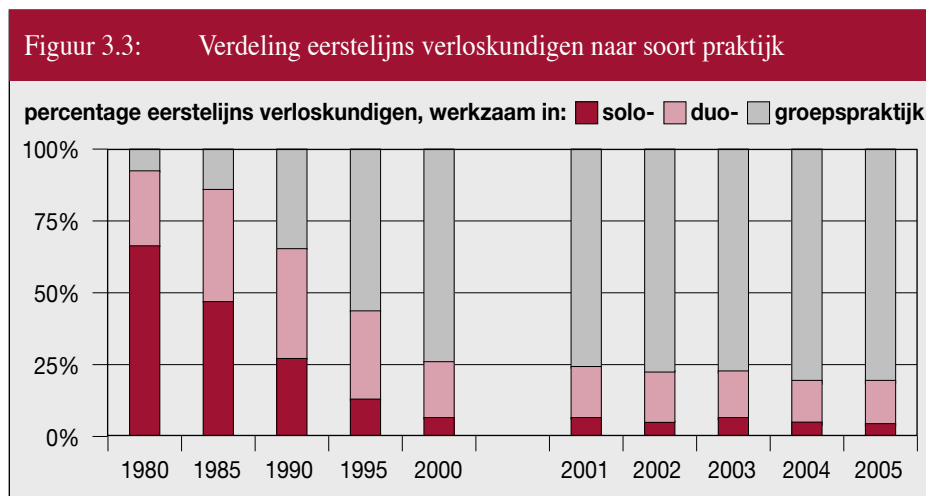


duidelijk dat de toename van het aantal geboortes in de jaren negentig, met een piek van 207.000 geboortes in 2000, in verhouding veel sterker was dan de groei van de beroepsgroep en omdat zwangeren nu eenmaal niet op een wachtlijst gezet kunnen worden, ontstonden de problemen met de hoge werkdruk en het tekort aan verloskundigen. Hierbij is dan nog geen rekening gehouden met andere redenen voor de toegenomen werkdruk, zoals de afname van het aantal verloskundig actieve huisartsen, de toegenomen mogelijkheden op het gebied van bijvoorbeeld prenatale zorgverlening en de toenemende mondigheid van cliënten.

3.2 *Ontwikkelingen in de organisatie van de verloskundige zorg*

Praktijkgrootte

Met de toename van het aantal werkzame verloskundigen is ook de organisatie van de eerstelijns verloskundige praktijken veranderd. In 1980 was de meerderheid van de verloskundige praktijken, namelijk 86,1%, nog een solopraktijk, terwijl maar 2,1% van alle praktijken een groepspraktijk van 3 of meer verloskundigen was. Gemiddeld werkten er dan ook in 1980 maar 1,2 verloskundigen per praktijk, of 1,3 als de waarnemers en verloskundigen in loondienst van een praktijk werden meegeteld. In 2004 is dat toegenomen tot 2,8 verloskundigen gemiddeld per praktijk, exclusief de waarnemers en verloskundigen in loondienst, of 3,5 verloskundigen gemiddeld per praktijk, inclusief waarnemers en verloskundigen in loondienst. Het totaal aantal verloskundige praktijken in Nederland is veel minder veranderd in die periode. In 1980 waren er 475 verloskundige praktijken en in 2004 waren dat er 450. Het hoogste aantal geregistreerde praktijken was 496 in 1991 en het laagste aantal 448 in 2002 en 2003 (Kenens & Hingstman 2004b).



In figuur 3.3 is het percentage eerstelijns verloskundigen naar soort praktijk weergegeven. In 1980 werkte nog 67,6% van alle eerstelijns verloskundigen in een soloprak-

tijk en maar 8,8% in een groepspraktijk. In 2005 is die verhouding meer dan omgedraaid: 82,9% van alle eerstelijns verloskundigen werkt in een groepspraktijk van drie of meer verloskundigen, terwijl nog maar 4,3% als solist werkzaam is.

De groei van het aantal verloskundigen per praktijk brengt met zich mee dat de tijd die besteed wordt aan intern overleg, dat wil zeggen: overleg binnen de eigen beroepsgroep, ook toeneemt. Jaarlijks is, op praktijkniveau, gevraagd hoe vaak er binnen de eigen praktijk formeel overleg gevoerd wordt, bijvoorbeeld een praktijkvergadering of maatschapoverleg, en hoeveel tijd daar gemiddeld aan besteed wordt. Ook is gevraagd hoe vaak er kring- of regiobijeenkomsten met andere praktijken zijn, hoeveel verloskundigen uit de eigen praktijk daar aan deelnemen en hoeveel tijd daar gemiddeld aan besteed wordt. Op grond daarvan is berekend hoeveel tijd een willekeurige verloskundige besteedt aan georganiseerd overleg binnen de eigen beroepsgroep. In 2001 was dat gemiddeld 71 uur per jaar, waarvan 58 uur overleg betrof binnen de eigen praktijk (zie tabel 3.1). Omgerekend naar praktijken wordt per jaar tussen de 177 en 248 uur besteed aan intern formeel overleg. Dat is bij benadering 3,4 tot 4,8 uur per praktijk per week, dat is per verloskundige 1 tot 1,5 uur vergaderen per week.

Tabel 3.1: **Gemiddelde tijdbesteding per jaar aan overleg binnen de eigen beroepsgroep, per verloskundige en per praktijk**

jaar	uren per verloskundige		aantal verloskundigen per praktijk	uren per praktijk	
	totaal	binnen praktijk		totaal	binnen praktijk
2001	71	58	3,14	223	182
2002	69	56	3,16	218	177
2003	84	72	3,44	289	248
2004	74	61	3,46	256	211

Daarnaast wordt zo'n 40 uur per praktijk per jaar besteed aan formeel extern overleg met collega-verloskundigen, dat is zo ongeveer 13 uur per jaar per verloskundige. Overigens moet wel bedacht worden dat deze uren een heel globale schatting zijn. Bovendien is al het informeel overleg binnen en tussen praktijken buiten beschouwing gelaten.

Praktijkassistentie

Het aantal praktijken met praktijkassistentie is in de loop van het onderzoek licht toegenomen. In 2001 was in 30 van de 71 toen deelnemende praktijken (42%) praktijkassistentie aanwezig, voor gemiddeld 18 uur per week. In 2004 was in 35 van de 69 praktijken die de praktijkvragenlijst hadden ingevuld (51%) niet-verloskundig personeel aanwezig, waaronder praktijkassistentie in 31 praktijken (45%), voor gemiddeld 21 uur per week. Het overige niet-verloskundig personeel betrof huishoudelijk (10%)

of administratief personeel (1%) of een praktijkverpleegkundige (1%).

De taken van de praktijkassistentes zijn in 2004 uitgebreider dan in 2001: In 2004 doet de praktijkassistente vaker dan in 2001 (een deel van de) patiëntenadministratie, LVR-administratie, overige administratie en voorraadbeheer, telefoon beantwoorden, afspraken maken, spreekuur voorbereiden en opruimen en andere werkzaamheden, zoals informatie geven en klusjes doen. Alleen spreekuurassistentie (bijvoorbeeld meten en wegen) en financiële administratie worden in 2004 minder vaak door de assistente gedaan dan in 2001.

Automatisering

De automatiseringsgraad van de verloskundige praktijken is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. In 2001 had 61 procent van alle praktijken een begin gemaakt met automatisering, maar uitgesplitst naar onderdeel was dat percentage een stuk lager: alleen de declaraties waren in meer dan de helft van alle praktijken geautomatiseerd (55%). In iets minder dan de helft van de praktijken waren de LVR (Landelijke Verloskunde Registratie) (46%) en het NAW (naam-adres-woonplaats)-bestand (44%) geautomatiseerd (zie tabel 3.2).

Andere administratieve taken, zoals het bijhouden van de zwangerschapskaart, de briefwisseling en het afgeven van een zwangerschapsverklaring gebeurden nog in minder dan 30% van de praktijken op geautomatiseerde wijze. In 2004 was die situatie totaal anders. De briefwisseling was met 51% het minst geautomatiseerde onderdeel van de administratie, terwijl vrijwel overal de LVR en de declaraties geautomatiseerd verwerkt werden. Deze ontwikkeling is niet helemaal vanzelf gegaan. Bij de afspraken tussen overheid en KNOV in maart 2000 over maatregelen ter verlaging van de werkdruk van verloskundigen werd per 1 januari 2001 een tegemoetkoming in de kosten voor automatisering vastgelegd (KNOV-bulletin juni 2000). Sindsdien heeft de KNOV er bij de praktijken op aangedrongen om serieus werk te maken van automatisering.

Tabel 3.2: De mate van automatisering in deelnemende praktijken in zomer/najaar 2004, 2003, 2002 en 2001

werkzaamheden:	in 2004	in 2003	in 2002	in 2001
LVR	97%	93%	74%	46%
declaraties	96%	91%	73%	55%
NAW-bestand	90%	80%	66%	44%
zwangerschapskaart	83%	78%	57%	28%
briefwisseling	51%	41%	49%	28%
zwangerschapsverklaring	61%	54%	43%	25%

Om die oproep kracht bij te zetten zijn door het hele land informatiebijeenkomsten gehouden over het hoe en waarom van automatisering en de ondersteuning die de KNOV daarbij kan geven. Ook leveranciers van automatiseringspakketten werden

daarbij betrokken (KNOV-bulletin juni 2002). Een van de struikelblokken was dat specifiek op de eerstelijns verloskundige praktijk toegespitste pakketten schaars waren en dat er vooralsnog weinig geïnvesteerd werd in goed laten aansluiten van de softwarepakketten op de vraag van verloskundigen. De voor de hand liggende reden daarvoor is dat verloskundigen maar een kleine beroepsgroep vormen, waar voor een leverancier niet zo veel aan te verdienen is. Om de praktijken te helpen bij het starten heeft de KNOV zelfs een pakketvergelijking gemaakt voor haar leden en een advies opgesteld over de vereiste hardware, rekening houdend met de grootte van de praktijk (solist, 2-4 of meer dan 4 verloskundigen). Met de verzekeraars werd afgesproken dat alle praktijken met ingang van 1 januari 2003 hun declaraties geautomatiseerd zouden aanleveren, maar uiteindelijk bleken de zorgverzekeraars daar zelf op dat moment nog niet klaar voor, zodat de startdatum werd uitgesteld tot 1 mei 2003 (KNOV-bulletin april 2003). Begin 2004 leveren al veel verloskundigen hun declaraties per diskette aan bij de zorgverzekeraars en kunnen de gegevens in veel gevallen ook elektronisch, via een beveiligd portaal, verstuurd worden (KNOV-bulletin april 2004). Eind 2004 zijn vrijwel alle praktijken op een of andere manier geautomatiseerd en is Micro Natal II het meest gebruikte software pakket (in 63% van de praktijken) naast Orfeus (in 33% van de praktijken).

Overleg met andere zorgverleners

Jaarlijks is, op praktijkniveau, gevraagd met welke zorgverleners buiten de eigen beroepsgroep regelmatig formeel overleg gevoerd wordt, hoeveel verloskundigen uit de eigen praktijk daar aan deelnemen en hoeveel tijd daar gemiddeld aan besteed wordt. Op grond daarvan is berekend hoeveel tijd een willekeurige verloskundige besteedt aan georganiseerd overleg met andere zorgverleners. In 2001 was dat gemiddeld 13 uur per jaar, waarvan 11 uur overleg betrof met zorgverleners in de tweede lijn, zoals gynaecologen, kinderartsen, kraamafdeling van het ziekenhuis, een multidisciplinair team of VSV (Verloskundig SamenwerkingsVerband) of een DVP (DistrictsVerloskundig Platform). Twee uur daarvan werd besteed aan geregeld overleg met eerstelijns zorgverleners, zoals huisartsen, kraamcentra of eerstelijns teams. In 2002 was dat gemiddeld 12 uur per jaar, waarvan 10 uur met de tweede lijn en 2 uur

Tabel 3.3: **Gemiddelde tijdbesteding per jaar aan formeel overleg met andere zorgverleners, per verloskundige en per praktijk**

jaar	uren per verloskundige		aantal verloskundigen per praktijk	uren per praktijk	
	totaal	met 2 ^e lijn		totaal	met 2 ^e lijn
2001	13	11	3,14	41	35
2002	12	10	3,16	38	32
2003	10	8	3,44	34	28
2004	13	11,5	3,46	45	40

met de eerste lijn. In 2003 was dat nog gemiddeld 10 uur per jaar, waarvan 8 uur met tweedelijns zorgverleners, in 2004 was het weer toegenomen tot gemiddeld 13 uur per jaar, waarvan 11,5 uur met vertegenwoordigers van de tweede lijn. Let wel: dit betreft de gemiddelde tijdbesteding van een willekeurige verloskundige, op praktijkniveau zijn die cijfers heel anders (zie tabel 3.3).

Per praktijk wordt gemiddeld tussen een half uur en een uur per week besteed aan formeel overleg met andere zorgverleners, waar bij het overleg met gynaecologen, met of zonder kinderartsen, over het algemeen het meest frequent plaatsvindt, namelijk maandelijks. Overleg met een multidisciplinair team is meestal tweemaandelijks, met een DVP (indien aanwezig) een keer per kwartaal. Sommige praktijken overleggen ook structureel met de kraamafdeling van het ziekenhuis, maar de frequentie daarvan is over het algemeen niet hoger dan twee keer per jaar. Overleg met andere zorgverleners binnen de eerste lijn is niet alleen minder frequent dan overleg met zorgverleners in de tweede lijn of met eerste en tweede lijn gezamenlijk (VSV, DVP), maar is ook in veel minder praktijken formeel geregeld. Alleen overleg met het kraamcentrum gebeurt in bijna alle praktijken, maar met een lage frequentie van twee keer per jaar. Overleg met huisartsen gebeurt in de praktijken die dat geregeld hebben, meestal met een frequentie van eenmaal per jaar. Over de jaren heen zijn deze frequenties van gestructureerd overleg nauwelijks veranderd. De tijd die besteed wordt aan informeel overleg, of dat nu incidenteel of frequent in de wandelgangen gebeurt, is niet gemeten.

De daling in het gemiddeld aantal uren overleg met andere zorgverleners per verloskundige tussen 2001 en 2003 kan deels verklaard worden uit de toenemende praktijkgrootte: de totale tijd die nodig is voor overleg kan dan over meer mensen verdeeld worden. Daarnaast kan door betere afspraken of door strakker vergaderen de totale tijd die aan overleg besteed wordt in de hand worden gehouden. Wat volgens sommige verloskundigen ook een rol hierin gespeeld heeft, is dat men, door de jaarlijkse tijdregistratie, zich meer bewust werd van de eigen tijdbesteding en de overlap die daarin verborgen zat, bijvoorbeeld door altijd met z'n tweeën naar het overleg te gaan. Door deze taken binnen de praktijk te verdelen, vermindert zowel de individuele tijdbesteding daaraan, als de tijdbesteding per praktijk. Daar staat overigens wel tegenover dat er meer tijd nodig is voor intern overleg om elkaar op de hoogte te houden van de ontwikkelingen in het extern overleg. Zoals uit tabel 3.1 al bleek, is de tijd die besteed wordt aan formeel intern overleg gestegen tussen 2002 en 2003 en daarna gemiddeld weer iets afgenomen.

Regionale ondersteuning en samenwerking

Eén van de maatregelen ter verlichting van de werkdruk van verloskundigen was het bevorderen dat een regionale ondersteuningstructuur werd opgezet. De overheid had daar voor de jaren 2000 tot en met 2002 in totaal 16 miljoen gulden (ruim 7 miljoen euro) voor toegezegd (KNOV-bulletin april 2000). In eerste instantie was de KNOV van plan om met dat toegezegde geld 23 DVPs (Districts Verloskundige Platforms) op te richten, met een regio-indeling conform de bestaande gezondheidsregio's, maar

gestart werd met vijf ‘pilots’, in feite lokale samenwerkingsverbanden, die ieder vanuit hun eigen problematiek een beroep deden op de KNOV (KNOV-bulletin juni 2000).

Werd de naam ‘DVP’ aanvankelijk nog gebruikt als containerbegrip voor allerlei vormen van regionaal overleg, regionale samenwerking en ondersteuning, eind 2000 werd besloten dat de ondersteuningsstructuur zou bestaan uit twee elementen: een DVP, dat wil zeggen: ‘een overlegvorm in het district, waarin alle relevante partijen in de verloskundige zorgverlening met elkaar aan tafel zitten’ (KNOV-bulletin december 2000), naast een aantal districtskantoren, in eerste instantie zeven, later vijf. De algemene doelstelling van deze KNOV-districtskantoren is omschreven als ‘ondersteuning geven aan verloskundigen op het terrein van niet-cliëntgebonden activiteiten, zoals automatisering en waarneemregelingen’ (KNOV 2001). Op de korte termijn hield dat in dat de aandacht vooral gericht werd op een efficiënte inzet van de beschikbare capaciteit en het bevorderen van een adequate bedrijfsvoering. Op de langere termijn richtte men zich op het versterken van de positie van de eerstelijns verloskund(ig)e, de regie voeren bij het doorvoeren van horizontale en verticale integratie, het verminderen van de werkdruk van verloskundigen, het verbeteren van de kwaliteit van het verloskundig handelen en het initiëren, faciliteren en onderhouden van samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorgverlening, waaronder Districts-Verloskundige Platforms (KNOV 2001). Per 1 januari 2002 waren de vijf kantoren onder de naam ‘regiokantoren’ feitelijk operationeel en in mei van dat jaar werden ze officieel geopend.

Eind 2002 besloot VWS echter flink te bezuinigen op de subsidie aan de KNOV voor het opzetten van de ondersteuningsstructuur, waardoor de KNOV zich genoodzaakt zag haar koers drastisch te veranderen. De nadruk werd meer gelegd op samenwerking binnen de eerste lijn. Ook diende er een scheiding aangebracht te worden tussen enerzijds ondersteuning (waar de subsidie voor bedoeld was) en anderzijds belangenbehartiging (wat een verenigingstaak is). Dit heeft erin geresulteerd dat per 1 juli 2004 de activiteiten van de KNOV-regiokantoren zijn stopgezet (KNOV-bulletin juli 2004). Daarvoor in de plaats is aangesloten bij het opzetten van nieuwe ondersteuningsorganisaties voor de gehele eerste lijn, de zogenaamde ROSSen (Regionale OndersteuningsStructuren), vaak op initiatief van de regionale zorgverzekeraar. Per 1 januari 2005 zijn ROSSen officieel van start gegaan.

De vragen in de praktijkorganisatie-vragenlijst van de Monitor Verloskundige Zorgverlening weerspiegelen deze veranderingen ook. In 2001 werd gevraagd of er in de regio een Districtskantoor was en zo ja, welke praktische ondersteuning men daarvan ontving. In 2002 en 2003 werd gevraagd of men praktische ondersteuning had gekregen van het regiokantoor in de buurt. In 2004, na sluiting van de regiokantoren, werd gevraagd of men behoefte had aan praktische ondersteuning en zo ja, welke. In 2001 gaven 26 van de 71 praktijken (37%) aan dat er een districtskantoor was, maar in de meeste gevallen (17) was dat kantoor nog in oprichting en was er nog geen sprake van concrete praktische ondersteuning. Vijf praktijken (7%) gaven aan daadwerkelijk ondersteuning te hebben ontvangen. In 2002, nadat de regiokantoren officieel van start waren gegaan, ontving één op de drie praktijken praktische ondersteuning, bij-

voorbeeld op het gebied van automatisering en het oplossen van de crisis in de regio. In 2003 ontving een op de vijf praktijken praktische steun van hun regiokantoor voor uiteenlopende zaken. Eén op de drie praktijken heeft in 2004 laten weten wel behoefte te hebben aan praktische ondersteuning, terwijl de regiokantoren inmiddels gesloten zijn en de nieuwe Regionale Ondersteunings Structuren (ROSSen) nog in ontwikkeling zijn. De ontvangen ondersteuning en de wensen voor ondersteuning zijn in twee categorieën onder te verdelen: ondersteuning van de eigen praktijk en ondersteuning bij samenwerking of overleg met andere praktijken of zorgverleners. Ondersteuning van de eigen praktijk wordt bijvoorbeeld gewenst voor praktijkadministratie of automatisering, het aannemen of begeleiden van een praktijkassistente of vakantiekracht of het evalueren van de praktijk. Ondersteuning voor samenwerking wordt gewenst bij samenwerking met andere praktijken of bij het opzetten van een eerstelijns centrum, bij herstructurering van de eerste lijn en samenwerking met de tweede lijn en bij het opzetten van een verloskundig platform of een verloskundig samenwerkingsverband. Op de vraag of er inmiddels een DVP in de regio functioneert, geven in 2004 maar 11 praktijken een positief antwoord, 13 denken van wel, maar weten er het fijne niet van en 44 praktijken laten weten dat er in hun regio (nog) geen DVP is.

Concentratie klinische verloskunde en kindergeneeskunde

De schaalvergroting en concentratie van ziekenhuiszorg eind jaren negentig leidde tot de vraag of dit niet ten koste zou gaan van de bereikbaarheid vanuit de eerste lijn. In 2000 bracht de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) een nota uit over de gewenste omvang van een gynaecologie praktijk: 'Nota normpraktijk Gynaecologie 2000'. Daarin spreekt de NVOG de wens uit voor een verdere schaalvergroting van gynaecologiepraktijken om te komen tot een hogere efficiëntie en taakverdeling onder gynaecologen. Op grond van de gewenste maximale omvang van de arbeid van gynaecologen wordt berekend dat een normpraktijk gynaecologie een bezetting dient te hebben van tenminste 5 FTE gynaecologen. Dit impliceert dat in ziekenhuizen waar de gynaecologenpraktijk kleiner is dan de norm, deze zou moeten streven naar uitbreiding, bijvoorbeeld door samen te gaan met een praktijk in het naburig ziekenhuis en zo nodig de activiteiten te bundelen op één locatie. De Stuurgroep Modernisering Verloskunde merkt in haar eindrapport (SMV 2000) op dat deze concentratie weliswaar in lijn is met het beleid van VWS en dat het vanuit kwalitatief oogpunt grote voordelen heeft, maar dat dit gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg en voor de werklast in de eerste lijn, bijvoorbeeld als de geografische afstand tussen de woonplaats van de zwangere en het ziekenhuis waar tweedelijns verloskundige zorg wordt geboden – en meer nog de feitelijke reistijd - te groot wordt. Hoewel een vaste norm daarvoor niet bestaat, refereert de Stuurgroep aan de richtlijn voor de aanrijtijd van ambulances: 15 minuten om bij de patiënt ter plekke te zijn en tenminste nog eens 15 minuten om in het ziekenhuis te komen, en vraagt zich af of bij verdere concentratie van de tweedelijns verloskundige zorg in sommige delen van Nederland de eerste lijn misschien letterlijk te ver van de tweede lijn af zal komen te zitten. Als reactie hierop heeft het ministerie van VWS aan het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) gevraagd om een uitvoeringstoets

om de vraag te beantwoorden of door de concentratie van ziekenhuizen de bereikbaarheid van de tweedelijns verloskunde in het geding komt. In 2001 presenteerde het CBZ de resultaten van de uitvoeringstoets inzake tweedelijns verloskunde (CBZ 2001) aan de minister van VWS. Daarin wordt de verwachting uitgesproken dat het aantal ziekenhuislocaties met tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde tussen 2000 en 2005 zal afnemen van 115 naar 99, maar dat ook in 2005, evenals in 2000, voor ruim 98% van de bevolking de tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde binnen drie kwartier te bereiken zijn.

In de Monitor Verloskundige Zorgverlening werd vanaf 2002 jaarlijks aan de deelnemende praktijken gevraagd naar hoeveel ziekenhuizen zij in principe konden verwijzen en wat de gemiddelde aanrijtijd is voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het aantal ziekenhuizen waarnaar men kan verwijzen is tussen 2002 en 2004 licht afgenomen, van gemiddeld 2,1 per praktijk in 2002 naar gemiddeld 1,9 in 2004. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis blijkt in alledrie de jaren gemiddeld in 15 minuten te bereiken te zijn en een tweede ziekenhuis blijkt in gemiddeld 20 minuten bereikt te kunnen worden. De schaalvergroting en concentratie in de tweedelijns verloskunde en kindergeneeskunde heeft dus niet geleid tot een slechtere bereikbaarheid ervan.

3.3 *Ontwikkelingen in de tijdbesteding*

Gemiddelde werktijd

De hoge werkdruk van verloskundigen in de eerste lijn was een van de aanleidingen voor dit onderzoek. Het probleem was niet alleen dat veel praktijken geen waarnemers konden vinden om het werk tijdens vakantie of ziekte over te nemen, maar ook dat in veel praktijken de dagelijkse werkdruk zo hoog was dat men veel meer uren moest werken dan men eigenlijk wilde, terwijl het financieel niet mogelijk was om een extra verloskundige of assistente aan te trekken (Wiegers e.a. 1999). Dit gevoel van onvrede met de werksituatie gold niet alleen de verloskundigen maar speelde in alle geledingen van de zorg. Het had te maken met een al veel langer spelende maatschappelijke kwestie, namelijk het gebrek aan balans tussen werk en privé. Niemand weet waar die balans precies moet liggen, maar om het subjectieve gevoel van te hoge werkdruk te kunnen objectiveren is het in ieder geval nodig om zicht te krijgen op de feitelijke werktijd van verloskundigen. Omdat de meeste verloskundigen zelfstandig gevestigd zijn, hebben ze geen vaste, in uren omschreven werkweek, maar wordt de tijd die zij aan hun werk besteden bepaald door de drukte van het moment. Daar komt bij dat een verloskundige haar cliënten niet op een wachtlijst kan zetten, zoals in andere sectoren van de gezondheidszorg, waar juist vanwege die wachtlijsten duidelijk werd dat er grote personeelsproblemen waren. Veel verloskundigen hadden daarom het gevoel dag en nacht aan het werk te zijn, zonder dat het voor anderen zichtbaar was.

De normpraktijk, door de overheid vastgesteld als basis voor berekening van het inkomen van een verloskundige en daarvan afgeleid de tarieven voor de verloskundige zorg, gaat uit van het aantal bevallingen (inclusief volledige pre- en postnatale

zorg) dat een fulltime werkende verloskundige per jaar begeleidt, zonder daarbij een onderbouwing te geven van de tijd die verloskundigen feitelijk aan die zorg besteden of te specificeren wat fulltime eigenlijk is. Voor een gedegen onderbouwing van de normpraktijk is die specificering wel nodig en daarom is in dit onderzoek getracht de gemiddelde werktijd van verloskundigen, gemeten in een tijdregistratie, te vertalen in termen als FTE.

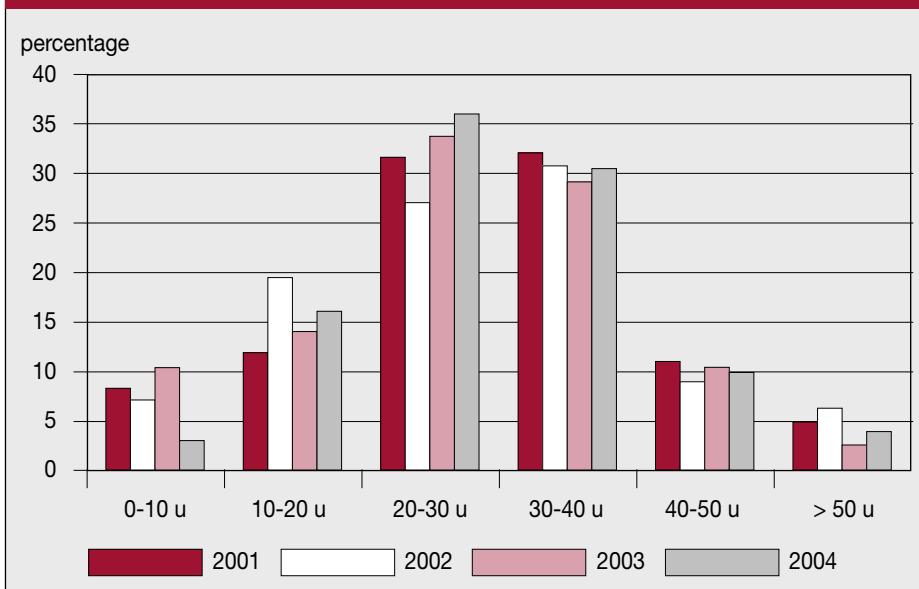
Een FTE is een fulltime-equivalent, dat wil zeggen: een voltijdsfunctie, die door één persoon met een volledige werkweek wordt ingevuld maar die ook door meerdere personen in deeltijd kan worden ingevuld. Voor mensen in loondienst staat in principe de omvang van een fulltime-functie vast. Zij maken, collectief of individueel, een afspraak met hun werkgever over de omvang van hun werkweek, waarbij vastgelegd wordt / vaststaat wat fulltime inhoudt. Bij werknemers in de zorg is één fulltime-equivalent (1,0 FTE) in de meeste gevallen 36 uur per week. In andere sectoren kan 1,0 FTE gelijk staan aan 38 of 40 uur per week.

Voor zelfstandige ondernemers ligt het anders. Zij bepalen zelf wat voor hen een volle werkweek is, waarbij het exacte aantal uren dat gewerkt wordt minder bepalend is dan de hoeveelheid werk die verzet wordt. (Gevraagd naar de omvang van de werkweek wordt niet zelden 60 tot 80 uur genoemd.) De omvang van de werkweek kan dan ook per week verschillen. Dit geldt ook voor artsen en verloskundigen die zelfstandig gevestigd zijn. Vandaar dat in behoefteeramingen van artsen een FTE niet in uren gedefinieerd is, maar in dagdelen (zie bijv. van der Velden e.a. 2004). Iemand die vijf volle dagen, is tien dagdelen, per week werkt, werkt fulltime, iemand die een middag per week vrij heeft, werkt 9 van de 10 dagdelen, dat is (bij benadering) 0,9 FTE.

In verschillende onderzoeken is getracht om het aantal gewerkte uren te vertalen naar FTE, door zowel te vragen naar het feitelijk aantal gewerkte uren (bijvoorbeeld aan de hand van zelfregistratie), als naar de eigen inschatting van het percentage FTE dat men werkzaam is. Zo blijkt bij gynaecologen het aantal uren per FTE de laatste jaren licht te zijn gedaald van 55,5 uur per 10 dagdelen (= 1 FTE) in 1997 naar 54,2 uur in 2001 (van der Velden e.a. 2004), terwijl het bij kinderartsen is gedaald van 53,7 uur per FTE in 1995 naar 49,0 uur in 2001 (van der Velden e.a. 2003). Voor huisartsen is berekend dat in 1996 het aantal uren per FTE 55 was en dat huisartsen gemiddeld 0,876 FTE per week werkzaam waren, met voor mannen een gemiddelde van 0,94 FTE (= 51,7 uur) en voor vrouwen een gemiddelde van 0,70 FTE (= 38,5 uur) (van der Velden e.a. 2001a).

In de Monitor Verloskundige Zorgverlening is de gewerkte tijd van eerstelijns verloskundigen gemeten door middel van zelfregistratie. Uit eerder onderzoek bij verloskundigen is gebleken dat dit een betrouwbare meetmethode is (Jabaaij e.a. 1994). In 2001 was de geregistreerde werktijd gemiddeld 28,9 uur per week, in 2002 28,8 uur per week, in 2003 27,9 uur per week en in 2004 28,9 uur per week maar de spreiding is erg groot (zie figuur 3.4). Er is geen verband met de mate van verstedelijking van de plaats waar de praktijk is gevestigd, maar wel met de praktijkomvang: hoe meer verloskundigen in de praktijk, hoe lager het gemiddeld aantal gewerkte uren per week ($F=6,4$; $p<0,01$).

Figuur 3.4: Gemiddelde geregistreerde werktijd per verloskundige per week



Het betreft hier de gemiddelde gewerkte tijd tijdens de drie weken tijdregistratie. Omdat bepaalde minder frequente werkzaamheden, zoals bijvoorbeeld kringoverleg, of nascholingsactiviteiten, mogelijk onvoldoende voorkwamen tijdens de registratieperiode, is aan alle verloskundigen gevraagd om te noteren hoeveel tijd ze daaraan in het voorgaande halfjaar besteed hebben. De daarvoor genoteerde tijd is teruggerekend naar de tijd per 3 weken en vergeleken met de hoeveelheid tijd die voor vergelijkbare activiteiten zijn vastgelegd in de tijdregistratie. Zonodig is de gemiddelde werktijd per week daarvoor gecorrigeerd. Dat bleek in 2002 en 2004 overigens niet nodig (zie tabel 3.4). Gemiddeld over de vier jaren en alleen berekend voor de praktijken waarvan alle gegevens compleet waren, is de werktijd per verloskundige 29 uur per week. Er is geen verschil tussen de jaren gevonden. Uitgaande van een FTE van 40 uur per week komt de feitelijk gewerkte tijd van een eerstelijns verloskundige daarmee op 0,73 FTE gemiddeld.

Cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden werkzaamheden

Van alle werkzaamheden is vastgesteld of ze cliëntgebonden dan wel niet-cliëntgebonden zijn. Daarbij tellen uiteraard alle werkzaamheden waarbij contact met de cliënt is, zoals spreekuur, telefonische consulten, huisbezoeken en bevallingen, als cliëntgebonden. Ook cliëntenadministratie, overdracht en inhoudelijk overleg met andere zorgverleners zijn cliëntgebonden werkzaamheden. Praktijkadministratie, praktijkoverleg, na- of bijscholing, kringoverleg en dergelijke zijn geteld als niet-cliëntgebonden werkzaamheden. Vervolgens is uitgerekend wat het aandeel van het cliëntgebonden werk is in het totaal van de werkzaamheden van een verloskundige (tabel 3.4).

Tabel 3.4: Gemiddelde werktijd per verloskundige per week in 2004, 2003, 2002 en 2001

	gemiddelde werktijd per verloskundige in uren							
	in 2004		in 2003		in 2002		in 2001	
	per week	%	per week	%	per week	%	per week	%
geregistreerde werktijd	28,9 uur		27,9 uur		28,8 uur		28,9 uur	
correctie niet-frequent werk	-		1,7		-		0,8	
totaal gewerkte tijd	28,9	100%	29,6	100%	28,8	100%	29,7	100%
waarvan:								
cliëntgebonden	20,9	72,3%	21,2	71,6%	22,2	77,1%	22,1	74,5%
niet-cliëntgebonden	8,0	27,7%	8,4	28,4%	6,6	22,9%	7,6	25,5%
of:								
tijd besteed aan partus	5,4	18,7%	5,7	19,3%	5,8	20,1%	6,2	20,7%
overige werkzaamheden	23,5	81,3%	23,9	80,7%	23,0	79,9%	23,6	79,3%

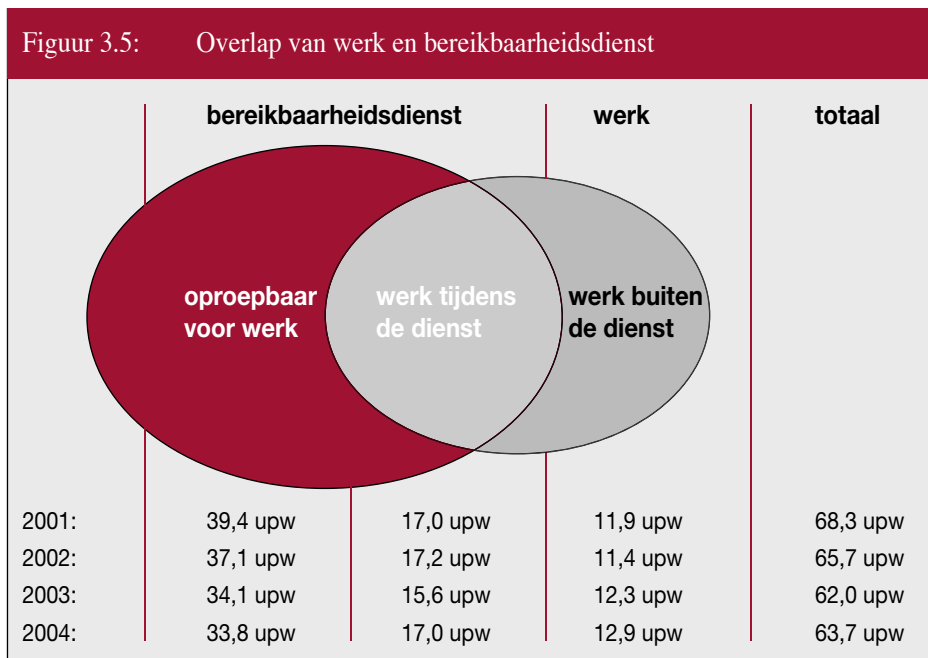
In 2001 was 74,5% van het werk cliëntgebonden, het jaar daarop was dat aandeel toegenomen, maar daarna is het weer afgenomen. In 2004 werd 72,3% van de tijd besteed aan cliëntgebonden werkzaamheden. Een belangrijk onderdeel van het cliëntgebonden werk is het begeleiden van bevallingen. In 2001 werd gemiddeld 20,7% van de tijd van een verloskundige besteed aan het begeleiden van bevallingen, in 2004 was dat teruggelopen naar 18,7%. Overige werkzaamheden blijken steeds meer tijd te vragen.

Werk tijdens en buiten de dienst

Omdat een verloskundige praktijk 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar moet zijn, heeft altijd één van de verloskundigen bereikbaarheidsdienst. Een solo werkende verloskundige heeft in principe zelf altijd dienst, maar in een duo- of groepspraktijk kunnen de verloskundigen de dienst onderling verdelen. Om niet tijdens het spreekuur weggeroepen te worden voor een bevalling, is het in veel praktijken zo geregeld dat de verloskundige die géén dienst heeft het spreekuur doet, terwijl de verloskundige die wel dienst heeft bijvoorbeeld kraamvisites rijdt. Dit betekent dat een deel van de gewerkte tijd van elke verloskundige binnen de bereikbaarheidsdienst valt en een deel daarbuiten. De tijd besteed aan bereikbaarheidsdienst zelf, zonder dat er een oproep was, is bij die werktijdberekening niet meegenomen.

In figuur 3.5 is de overlap tussen gewerkte tijd en bereikbaarheidsdienst weergegeven. Gemiddeld wordt iets minder dan 60% van het werk tijdens de bereikbaarheidsdienst uitgevoerd en iets meer dan 40% van het werk valt buiten de dienst. Deze verdeling is over de jaren niet veranderd. Wat wel veranderd is, is het gemiddeld aantal uren dienst per week. In 2001 had een verloskundige gemiddeld 56,4 uur dienst per week, in 2004 was dat teruggelopen tot gemiddeld 50,8 uur per week. Dit hangt ongetwijfeld samen met de toename van het aantal verloskundigen per praktijk: de dienst kan over meer mensen verdeeld worden.

In de 'Nota Normpraktijk Gynaecologie 2000' van de NVOG wordt voor gynaecologen onderscheid gemaakt tussen arbeid tijdens gewone werktijden en arbeid tijdens diensten. Gewone werktijden vallen volgens die nota tussen 08.00 uur en 18.00 uur. Als we die tijden ook hanteren voor verloskundigen, blijkt dat van de gemiddeld bijna 30 uur werk per week van verloskundigen 20% plaats vindt in de avond of nacht, tussen 6 uur 's avonds en 8 uur 's morgens, dat is 5,8 uur per week. Daarbij vindt gemiddeld acht procent van het werk plaats tussen 6 en 8 uur 's avonds. Gemiddeld 12% van het werk van de verloskundigen vond dus plaats tussen 8 uur 's avonds en 8 uur 's morgens, dat is 3,5 uur per week.



Werkvoldoening

Elk jaar is door de verloskundigen na afloop van de tijdregistratie een vragenlijst ingevuld, waarin onder andere gevraagd is naar de algemene werkvoldoening, aan de hand van een schaal van Boumans (1989). De werkvoldoeningsscore is tussen 2001 en 2004 niet wezenlijk veranderd ($F=0,65$; $p=0,58$). De werkvoldoening is groter in de minder verstedelijkte gebieden ($F=3,5$; $p<0,01$), maar hangt niet samen met het aantal gewerkte uren per week ($F=1,00$; $p=0,52$).

Ervaren werkdruk

De ervaren werkdruk van de verloskundigen is op verschillende manieren gemeten. Ten eerste is bij de tijdregistratie gevraagd om na elke gewerkte dag aan te geven hoe druk die dag geweest is. Ten tweede is jaarlijks gevraagd of de registratieperiode representatief was voor de drukte in de praktijk. Ten derde is met behulp van de schaal 'Ervaren werkdruk' van Ruijter en Stevens (1992) jaarlijks de ervaren

Tabel 3.5: 'Algemene werkvoldoening'* volgens de schaal van Boumans (1989)

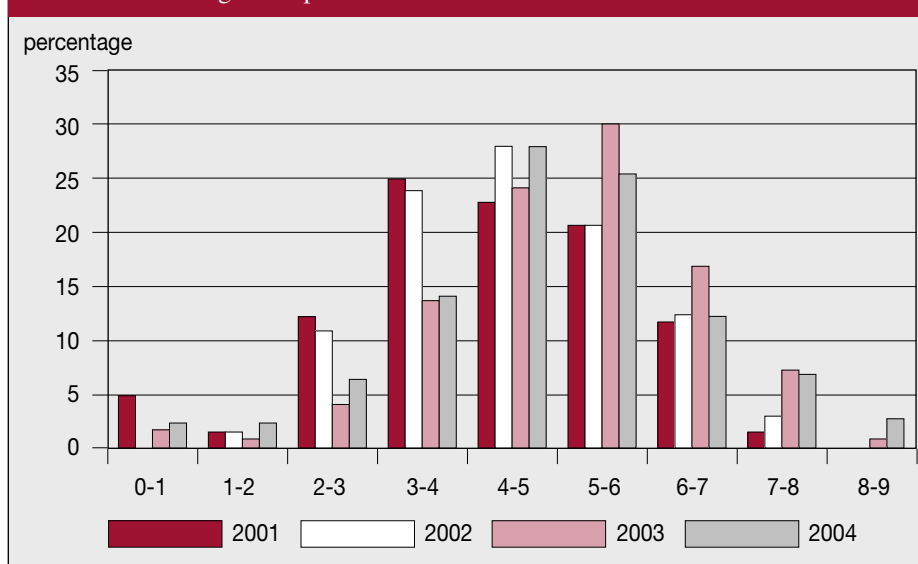
uitspraken:	2004	2003	2002	2001
Gemiddelde schaalscore	1,88	1,93	1,93	1,97
Het werk dat ik hier doe is erg zinvol voor me	1,66	1,72	1,66	1,75
Mijn werk geeft mij veel voldoening	1,71	1,68	1,65	1,71
Over mijn huidige werk ben ik enthousiast	1,75	1,85	1,83	1,87
Mijn huidige werk geeft mij een goede kans te laten zien wat ik waard ben	1,94	2,00	2,01	2,09
Het laatste jaar is mijn werk interessanter geworden	2,72	2,77	2,88	2,90
Ik vindt mijn werk eentonig**	4,24	4,21	4,20	4,14
Mijn werk is van dien aard dat het waard is om je er voor in te spannen	1,61	1,61	1,62	1,64
<i>Cronbach's alpha</i>	<i>0,86</i>	<i>0,87</i>	<i>0,85</i>	<i>0,83</i>

* 1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens, dus: hoe lager de score, hoe groter de werkvoldoening

** score omgedraaid bij opname in de schaalscore

werkdruk gemeten. De dagelijks ervaren werkdruk kon aangegeven worden op een zogenaamde VAS, een Visueel Analoge Schaal. Dat is een lijnstuk van 10 centimeter met als uiterste waarden 0='zeer rustige werkdag' en 10='zeer drukke werkdag'. De gemiddelde score was achtereenvolgens 4,3 in 2001, 4,5 in 2002, 5,1 in 2003 en 4,9 in 2004. Dit geeft aan dat de gemiddelde werkdruk niet als bijzonder hoog werd beoordeeld, hoewel de spreiding erg groot was (zie figuur 3.6).

Figuur 3.6: Gemiddelde werkdruk van verloskundigen tijdens de registratieperiodes



In de toelichting bij het tijdregistratieformulier stond met betrekking tot de dagelijks ervaren werkdruk dat bij een 'gewone' dag de lijn ongeveer in het midden moest worden aangestreept. Dat betekent dat met dit meetinstrument alleen iets gezegd kan worden over afwijkingen van het gemiddelde. Immers, een verloskundige die het over het algemeen druk heeft, zal een vergelijkbare drukke dag dus als 'gewoon' registreren. Verwacht mag worden dat een verloskundige met een rustige praktijk daarom eerder zal signaleren dat het 'drukker dan normaal' is geweest, terwijl in een drukke praktijk een rustige dag eerder zal opvallen.

Vergelijking van de gemiddelde scores per jaar laat zien dat er sprake is van een lichte stijging van de dagelijks ervaren werkdruk waarbij de verschillen significant zijn ($F = 12,56$; $p < 0,01$). Dit betekent dat de dagelijks ervaren werkdruk tussen 2001 en 2004 iets is toegenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vooral in de eerste jaren de praktijken waar de problemen met de werkdruk het grootst waren, niet aan het onderzoek hebben meegewerkt. Dit bleek in 2001 ook uit de vergelijking van de aan het onderzoek deelnemende praktijken met de bij de KNOV gesignaleerde probleemregio's. Maar weinig praktijken uit een van de crisisregio's nam deel aan het onderzoek 'Monitor Verloskundige Zorgverlening' (Wiegers & Coffie 2002). Een andere verklaring is dat, naarmate de feitelijke werkdruk afneemt een drukke werkdag vaker als 'drukker dan normaal' wordt bestempeld. Vergelijking van deze score over verschillende perioden heeft daarom weinig zin.

De dagelijks ervaren werkdruk hangt samen met het aantal gewerkte uren per week: hoe meer uren een verloskundige gemiddeld werkt, hoe hoger de dagelijks ervaren werkdruk (Pearsons correlatie coëfficiënt = 0,26; $p < 0,01$ voor de vier jaren gecombineerd, voor de afzonderlijke jaren is het als volgt: 2001: $r = 0,31$; $p < 0,01$; 2002: $r = 0,22$; $p < 0,01$; 2003: $r = 0,24$; $p < 0,01$; 2004: $r = 0,32$; $p < 0,01$). Tijdens dagen dat de verloskundige dienst heeft wordt in de regel een (iets) hogere werkdruk ervaren dan op werkdagen dat de verloskundige geen dienst heeft. De gemiddelde score op dagen met dienst was achtereenvolgens 4,4 in 2001, 4,5 in 2002, 5,3 in 2003 en 5,1 in 2004. De gemiddelde score op dagen zonder dienst was achtereenvolgens 4,1 in 2001, 4,5 in 2002, 4,7 in 2003 en 4,7 in 2004. Behalve in 2002 zijn deze verschillen tussen dagen met dienst en dagen zonder dienst significant.

De dagelijks ervaren werkdruk hangt ook samen met de mate van verstedelijking: in stedelijke gebieden is de ervaren werkdruk over het algemeen hoger dan in niet-stedelijke gebieden. (Pearsons correlatie coëfficiënt = 0,21; $p < 0,01$ voor de vier jaren gecombineerd, voor de afzonderlijke jaren is het als volgt: 2001: $r = 0,19$; $p < 0,01$; 2002: $r = 0,16$; $p < 0,05$; 2003: $r = 0,20$; $p < 0,01$; 2004: $r = 0,27$; $p < 0,01$).

In alle vier de jaren geeft ongeveer een op de drie verloskundigen (zie tabel 3.6) aan dat de registratieperiode representatief was voor de drukte in de praktijk, maar in 2001 en in 2004 was de meerderheid van mening dat het normaal drukker was, dus dat de registratieperiode een (te) rustig beeld gaf van de praktijk.

Tabel 3.6: Was de registratieperiode representatief voor de werkdruk in de praktijk?

	% 2004	% 2003	% 2002	% 2001
nee, normaal is het drukker	52,6	44,0	48,4	54,8
ja, de registratieperiode was representatief	36,6	41,0	38,0	37,5
nee, normaal is het rustiger	4,3	5,1	5,0	2,4
dat weet ik niet	4,3	9,4	6,8	3,8
niet ingevuld	2,2	0,4	1,8	1,4
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

De schaal voor ervaren werkdruk van Ruijter en Stevens (1992) is niet gekoppeld aan de dagelijkse werkzaamheden, maar bestaat uit algemene uitspraken over de werksituatie. Deze schaal is door de verloskundigen ingevuld na afloop van de tijdregistratie. Op deze schaal geeft een hogere score ook een hogere ervaren werkdruk aan. Tabel 3.7 laat zien dat de ervaren werkdruk gedaald is, van 2,63 op deze schaal in 2001 naar 2,28 in 2004. Deze afname is significant ($F = 7,73$; $p < 0,01$).

Ook op deze schaal hangt de ervaren werkdruk samen met het aantal gewerkte uren per week en met de mate van verstedelijking, met steeds een hogere ervaren werkdruk in de meer verstedelijkte gebieden. Daarnaast zijn ervaren werkdruk en werkvoldoening sterk met elkaar gecorreleerd (Pearsons correlatie coëfficiënt = 0,33; $p < 0,01$ voor de vier jaren gecombineerd, voor de afzonderlijke jaren is het als volgt:

Tabel 3.7: 'Ervaren werkdruk'* volgens de schaal van Ruijter en Stevens (1992)

uitspraken:	2004	2003	2002	2001
Gemiddelde schaalscore	2,28	2,34	2,50	2,63
Ik heb voldoende tijd voor de cliënt om goede zorg te kunnen verlenen	2,21	2,34	2,56	2,69
De hoeveelheid tijd die ik besteed aan administratief werk is redelijk en ik weet zeker dat de cliënten er niet onder te lijden hebben	2,48	2,53	2,50	2,72
Ik heb genoeg mogelijkheden om problemen betreffende cliënten te bespreken met collega's	1,94	2,01	2,20	2,26
Ik heb voldoende tijd beschikbaar voor directe cliëntenzorg	2,09	2,15	2,31	2,40
Ik denk niet dat ik beter zou functioneren als het minder druk was	2,64	2,63	2,95	3,00
<i>Cronbach's alpha</i>	0,72	0,82	0,82	0,81

* 1 = helemaal mee eens, 5 = helemaal niet mee eens, dus: hoe hoger de score, hoe groter de ervaren werkdruk

2001: $r = 0,37$; $p < 0,01$; 2002: $r = 0,28$; $p < 0,01$; 2003: $r = 0,34$; $p < 0,01$; 2004: $r = 0,34$; $p < 0,01$), waarbij een hogere werkverdoening samenhangt met een lagere ervaren werkdruk.

In een lineaire regressieanalyse blijkt 19% van de variantie in de ervaren werkdruk verklaard te kunnen worden door de variabelen ‘werkverdoening’, ‘mate van verstedelijking’, ‘jaar’ (1^e, 2^e, 3^e of 4^e) en ‘aantal gewerkte uren per week’ (zie tabel 3.8).

Tabel 3.8: Relatie tussen ervaren werkdruk, mate van verstedelijking, jaar van deelname, aantal gewerkte uren per week en score op de schaal voor werkverdoening

ervaren werkdruk	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
verklaarde variantie (R^2)	0,11	0,15	0,18	0,19
	B (95% CI)	B (95% CI)	B (95% CI)	B (95% CI)
(constant)	1,61 (1,44 - 1,78)	2,04 (1,83 - 2,25)	2,39 (2,14 - 2,64)	2,13 (1,85 - 2,41)
werkverdoening	0,43 (0,35 - 0,52)	0,41 (0,32 - 0,49)	0,40 (0,32 - 0,48)	0,40 (0,32 - 0,48)
verstedelijking		-0,14 (-0,18 - -0,09)	-0,14 (-0,18 - -0,10)	-0,14 (-0,18 - -0,10)
jaar			-0,12 (-0,17 - -0,08)	-0,12 (-0,17 - -0,08)
gewerkte uren				0,01 (0,00 - 0,01)

Alle vier de variabelen hangen significant samen met de ervaren werkdruk volgens de schaal van Ruijter en Stevens (1992). De schaal voor werkverdoening is negatief gecorreleerd met de schaal voor ervaren werkdruk, dus een lagere werkverdoening draagt bij aan een hogere werkdruk. De mate van verstedelijking, waarbij 1 = grote stad en 5 = platteland, laat zien dat de ervaren werkdruk in de meer verstedelijkte gebieden hoger is dan in de minder verstedelijkte gebieden. De variabele ‘jaar’ laat zien dat de ervaren werkdruk in de latere jaren minder is dan in de eerdere jaren.

3.4 *Ontwikkelingen in de zorgverlening*

Praktijkgrootte (aantal cliënten)

De gegevensverzameling in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening vond jaarlijks plaats in de maanden augustus, september en oktober. Om inzicht te krijgen in de grootte van de praktijk, wat betreft het aantal inschrijvingen, bevellingen en kraambedden, is daarom steeds gevraagd naar de gegevens over het voorgaande volledige kalenderjaar. Hiervoor hoefden de praktijken niet zelf te gaan tellen, deze cijfers ontvangen ze jaarlijks in de LVR-praktijkenanalyse van Prismant. Dit betreft een terugrapportage per praktijk van de via de LVR aangeleverde gegevens over alle cliënten die in het voorgaande jaar in de praktijk ingeschreven geweest zijn. Tabel 3.9 geeft een overzicht van de gevraagde gegevens.

Tabel 3.9: Gemiddelde praktijkgrootte van de deelnemende praktijken in 2003, 2002, 2001 en 2000

	2003	2002	2001	2000
aantal inschrijvingen (inclusief losse kraambedden)	418	387	362	365
aantal bevallingen (incl. verwijzingen)	258	252	253	266
percentage t.o.v. aantal inschrijvingen	62%	65%	70%	73%
waarvan:				
verwijzingen durante partu	89	87	80	81
percentage t.o.v. aantal bevallingen	34%	35%	32%	30%
van de niet-verwezen bevallingen:				
percentage thuisbevallingen	72,5%	71,2%	74,6%	73,7%
percentage poliklinische bevallingen	27,5%	28,8%	25,4%	26,3%
aantal kraambedden	374	359	333	325
waarvan:				
aantal losse kraambedden	49	47	41	40
percentage t.o.v. aantal kraambedden	13%	13%	12%	12%

Gemiddeld blijkt in 2003 het aantal bevallingen in de deelnemende praktijken 38% lager te liggen dan het totaal aantal inschrijvingen. In 2002 was dat 35%, in 2001 30% en in 2000 27%. De verhouding tussen het aantal bevallingen en het aantal inschrijvingen (exclusief inschrijvingen die pas ná de zwangerschap plaatsvonden) geeft een globale indicatie van het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap, hoewel zwangeren ook om andere redenen de verloskundige praktijk kunnen verlaten, bijvoorbeeld vanwege een verhuizing of vanwege een miskraam. Inschrijvingen ná de zwangerschap zijn bijvoorbeeld van vrouwen die tijdens zwangerschap en bevalling in de tweede lijn begeleid zijn, de zogenoemde ‘losse kraambedden’, maar ook van vrouwen die zich pas bij de bevalling melden bij de verloskundige. Hoeveel van de inschrijvingen in de deelnemende praktijk pas ná de zwangerschap plaatsvonden is uit deze cijfers niet op te maken. Daarom zijn, ter vergelijking, bij de Stichting Perinatale Registratie Nederland de landelijke cijfers over de jaren 2000 tot en met 2004 opgevraagd (zie tabel 3.10). Daarin zijn ook cijfers opgenomen over het aantal inschrijvingen tijdens de zwangerschap en het aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap. Onderstaande cijfers laten zien dat het aantal inschrijvingen ná de zwangerschap tussen 2000 en 2004, ten opzichte van het totaal aantal inschrijvingen, licht lijkt toe te nemen en dat het percentage overdrachten tijdens de zwangerschap ongeveer gelijk gebleven is rond 26%. Het aantal bevallingen ten opzichte van het aantal inschrijvingen en ten opzichte van het aantal zwangerschappen neemt af, wat een indicatie is dat het verwijzpercentage tijdens de zwangerschap toeneemt. Het aantal bevallingen ten opzichte van het aantal zwangerschappen is niet precies hetzelfde als het percentage overdrachten tijdens de zwangerschap omdat er enerzijds vrouwen zijn die niet in de betreffende praktijk bevallen maar toch niet zijn overgedragen omdat ze vóór de

bevalling de zorg beëindigen, bijvoorbeeld vanwege een abortus of miskraam of een verhuizing, terwijl er anderzijds vrouwen zijn die wel in de betreffende praktijk bevalen, maar daar niet voor prenatale zorg kwamen en zich pas vlak voor de bevalling bij de verloskundige melden, hetzij na een verhuizing of omdat ze tijdens de zwangerschap in de tweede lijn begeleid werden, hetzij omdat ze helemaal geen prenatale zorg gehad hebben. Het percentage verwijzingen durante partu komt in onze steekproef redelijk goed overeen met de landelijke cijfers (rond 34%), evenals het percentage losse kraambedden (12-13%), maar het percentage bevallingen ten opzichte van het totaal aantal inschrijvingen toont redelijk grote verschillen: tussen 60 en 64% in de landelijke cijfers en tussen 62 en 73% in de steekproef.

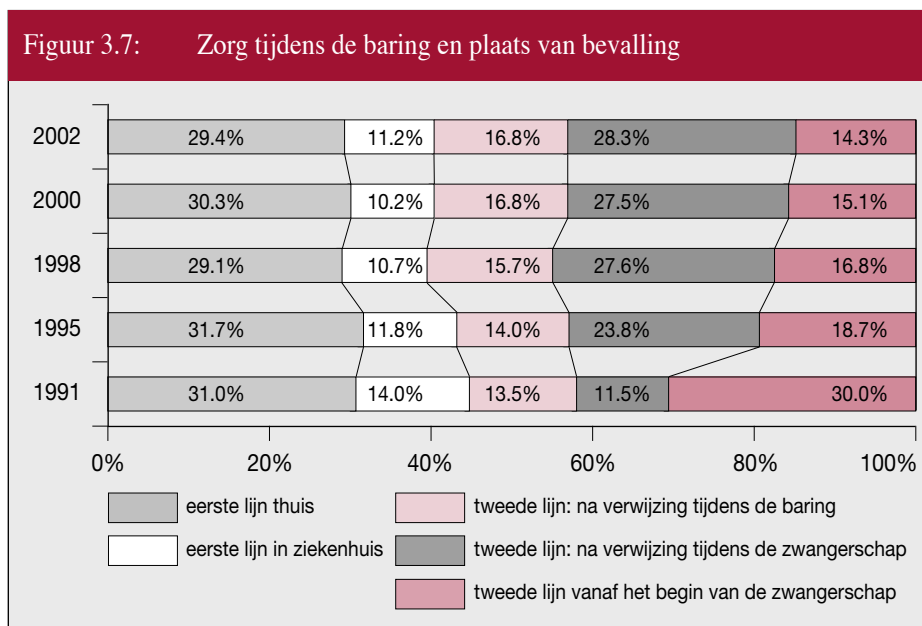
Tabel 3.10: Gezamenlijke omvang van alle praktijken die in 2004, 2003, 2002, 2001 en 2000 deelnamen aan de LVR-1

	2004	2003	2002	2001	2000
totaal aantal inschrijvingen	157.719	166.148	156.737	147.731	147.233
waarvan:					
aantal inschrijvingen ná de zwangerschap	19.943	20.355	18.562	16.251	16.327
percentage t.o.v. totaal aantal inschrijvingen	13%	12%	12%	11%	11%
aantal zwangerschappen (incl. verwijzingen)	137.776	145.793	138.175	131.480	130.906
percentage t.o.v. aantal inschrijvingen	87%	88%	88%	89%	89%
waarvan:					
overgedragen tijdens de zwangerschap	36.234	38.139	35.368	35.880	32.240
percentage t.o.v. aantal zwangerschappen	26%	26%	26%	27%	25%
aantal bevallingen (incl. verwijzingen)	93.900	98.888	96.580	92.631	94.316
percentage t.o.v. aantal inschrijvingen	60%	60%	62%	63%	64%
percentage t.o.v. aantal zwangerschappen	68%	68%	70%	70%	72%
waarvan:					
verwijzingen durante partu	33.275	33.777	33.006	31.278	31.122
percentage t.o.v. aantal bevallingen	35%	34%	34%	34%	33%
aantal kraambedden	141.067	149.352	141.580	135.096	135.708
waarvan:					
aantal losse kraambedden	18.892	19.356	17.083	15.605	15.926
percentage t.o.v. aantal kraambedden	13%	13%	12%	12%	12%

Bron: Perinatale Registratie Nederland

Het percentage overdrachten tijdens de zwangerschap lijkt de laatste jaren redelijk stabiel, maar het aantal bevallingen ten opzichte van het aantal zwangerschappen blijft licht dalen. Dit komt overeen met de bevindingen van TNO dat steeds meer zwangeren in de eerste lijn beginnen voor de begeleiding van hun zwangerschap, terwijl het aantal vrouwen dat aan het begin van de baring nog eerstelijnszorg ontvangt, nauwelijks is veranderd in de afgelopen jaren. Zie ook figuur 3.7, waarvan de cijfers gebaseerd zijn op landelijke gegevens en de percentages betrekking hebben op alle zwangeren, niet alleen de zwangeren die bij de verloskundige in zorg zijn. Het aantal

verwijzingen tijdens de bevalling in 2003 in de aan het onderzoek deelnemende praktijken komt op 34%. In 2002 was dat 35%, in 2001 32% en in 2000 30%. De eerder geconstateerde toename lijkt dus gestopt. Ook in de landelijke cijfers, zeker als dat over een langere periode gezien wordt, is in de eerdere jaren een stijging van het percentage verwijzingen tijdens de baring te zien, terwijl dat tussen 2000 en 2002 gelijk is gebleven (zie ook bijlage I voor een grafische weergave van de verloskundige zorg naar zorgverlener en plaats van bevallen in 2002).



Bronnen: Wiegers TA. Home or hospital birth 1997
 TNO. De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage 1995-2000 en Rapportage over de jaren 2001-2002

Het gemiddelde percentage thuisbevallingen varieert over de jaren maar heel weinig, maar de spreiding over de praktijken is wel groot. In 2000 was het minimum 17% en het maximum 100%, in 2001 was dat 35% en 100%, in 2002 was het minimum 9% en het maximum 100% en in 2003 was dat 27% en 97%. Deze verschillen hangen niet samen met het aantal verloskundigen per praktijk of de gemiddelde werktijd van verloskundigen, maar wel met de mate van verstedelijking: op het platteland wordt veel meer thuis bevallen dan in de grote steden. In 2000 kon 25% van de variatie in het percentage thuisbevallingen verklaard worden door de mate van verstedelijking, in 2001 was dat 19%, in 2002 en 2003 nog 12%.

Inhoud van de zorg

In de Monitor Verloskundige Zorgverlening is op twee manieren ingegaan op de inhoud van de zorg. Ten eerste bij de tijdregistratie en ten tweede bij de cliënten. De resultaten van de gegevensverzameling bij cliënten worden in het volgende hoofdstuk besproken.

Bij de tijdregistratie is aan de verloskundigen gevraagd om niet alleen de duur van verschillende werkzaamheden aan te geven, maar ook de inhoud ervan. Bij alle werkzaamheden waarbij dat niet vanzelfsprekend is, zoals administratie of overleg, werd gevraagd aan te geven of het om cliëntgebonden of niet-cliantgebonden werk ging. Bij werkzaamheden met direct cliëntcontact werd gevraagd aan te geven om hoeveel cliënten het ging. Bijvoorbeeld: bij het noteren van het spreekuur is steeds gevraagd om de volgende gegevens te noteren: reële begin- en eindtijd van het spreekuur (niet de geplande tijd), aantal spreekuurcontacten, onder te verdelen in intake, vervolgccontrole, (controle met) echo, nacontrole en tijd besteed per intake, echo of nacontrole. Door de tijd die besteed is aan intakes, echo's en nacontroles af te trekken van de totale tijd die het spreekuur geduurd heeft, is de gemiddelde tijd per vervolgccontrole berekend. Ook bij het afleggen van kraamvisites werd gevraagd om aan te geven hoeveel visites dat waren en om (bij benadering) aan te geven hoeveel tijd men daarbij kwijt was aan reizen.

Om een totaalbeeld te kunnen geven van de tijd die een verloskundige gemiddeld besteedt aan een cliënt die gedurende de gehele periode onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn blijft, zijn de gemiddelde tijden voor onderdelen van de zorg, zoals berekend op grond van de tijdregistratie, gecombineerd met informatie van cliënten over de frequentie waarmee ze contact hebben met de verloskundige. Er zijn voor dit onderzoek geen cliënten gevolgd vanaf de intake tot en met de nacontrole om vast te kunnen stellen hoeveel contacten ze gehad hebben, maar wel is achteraf gevraagd hoe vaak men bij de verloskundige (en eventueel bij de gynaecoloog of de huisarts) op controle geweest is en hoe vaak de verloskundige op kraamvisite geweest is.

Al deze gegevens samen hebben geresulteerd in een schatting van de tijd die een verloskundige gemiddeld besteedt aan directe cliëntenzorg voor een cliënt die de gehele periode bij haar in zorg is geweest (zie tabel 3.11). Uit deze tabel blijkt dat in 2004 gemiddeld 111 minuten per cliënt meer aan directe cliëntenzorg werd besteed dan in 2001. De toename betreft bijna alle onderdelen van de directe cliëntenzorg, maar vooral de baring: verloskundigen besteedden in 2004 gemiddeld bijna anderhalf uur meer aan een baring dan in 2001. Alleen de tijd besteed aan kraambezoeken is onveranderd gebleven of zelfs iets teruggelopen.

Tabel 3.11: **Aantal contacten en tijd besteed aan directe cliëntenzorg per cliënt, in minuten**

werkzaamheden	2004	2003	2002	2001
	totale tijd	totale tijd	totale tijd	totale tijd
intake	36,3	34,3	34,7	32,9
prenatale controles (spreekuur) (11)	170,5	168,3	167,2	150,7
gemiddeld 1x controle + echo	19,9	18,1	18,7	17,5
baring (incl. reistijd)	278,5	227,9	223,9	192,7
kraambezoeken (incl. reistijd) (2x5, 2x6)	189,5	188,0	192,5	190,8
afsluitend contact (spreekuur)	16,9	15,8	15,6	16,4
Totaal	711,6	652,4	652,6	601,0

Daarbij moet echter wel meegeteld worden dat in 2001 en 2002 nog gerekend werd met gemiddeld 6 kraambezoeken per cliënt, terwijl dat in 2003 en 2004 gemiddeld 5 kraambezoeken waren. De tijd per kraambezoek is dus wel toegenomen.

3.5 *Conclusies over de onderzoeksjaren*

Samenvattend kunnen over de afgelopen onderzoeksjaren met betrekking tot de verloskundigen de volgende conclusies getrokken worden:

- Het aanbod aan verloskundigen is de afgelopen jaren sterk toegenomen en zal de komende jaren nog verder toenemen, terwijl het aantal geboortes is afgenomen.
- Het percentage groepspraktijken is de afgelopen jaren verder toegenomen en ook het aantal verloskundigen per praktijk is in de praktijken die deelnamen aan het onderzoek toegenomen van 3,14 in 2001 naar 3,46 in 2004.
- De deelnemende verloskundige praktijken vormen wat betreft hun verdeling naar mate van verstedelijking van de vestigingsplaats en wat betreft de praktijkomvang en verwijspersentages een representatieve afspiegeling van alle verloskundige praktijken, maar het is niet waarschijnlijk dat praktijken die in 2001 grote problemen hadden voldoende in de steekproef zijn vertegenwoordigd.
- De organisatie van verloskundige praktijken is, afgezien van de toename van het aantal verloskundigen per praktijk, in de afgelopen vier jaar niet zo veel veranderd. Het aantal praktijken met een praktijkassistente is licht toegenomen, maar komt nog niet boven de 50%. Wel is in vrijwel alle praktijken een groot deel van de administratie in de afgelopen jaren geautomatiseerd.
- De gemiddelde werktijd van verloskundigen is vrijwel gelijk gebleven, maar de tijd besteed aan bereikbaarheidsdienst is afgenomen. Dit hangt direct samen met het toegenomen aantal verloskundigen per praktijk: het aantal uren dat de praktijk bereikbaar moet zijn verandert niet (7x24) maar de dienst kan wel over meer personen verdeeld worden.
- De tijd besteed aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden is na een aanvankelijke daling weer gestegen tot ruim een kwart van de totale werktijd.
- De ervaren werkdruk is in de afgelopen jaren gedaald, terwijl de algemene werk-voldoening niet veranderd is.
- De tijd die verloskundigen besteden aan directe cliëntenzorg is toegenomen.

HET OORDEEL VAN CLIËNTEN

4

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de cliëntenenquête gepresenteerd. Na een beschrijving van de onderzoekspopulatie (§ 4.1) wordt eerst ingegaan op de resultaten met betrekking tot de zwangerschap, de bevalling en het kraambed (§ 4.2). In paragraaf 4.3 worden de ervaringen van de kraamvrouwen met de verloskundige zorg en hun oordeel over die zorg afgezet tegen de plaats waar ze bevallen zijn (thuis of in het ziekenhuis) en het verloop van de bevalling (wel of niet verwezen tijdens de baring), terwijl in paragraaf 4.4 beschreven wordt welke aspecten van de zorg door kraamvrouwen het meest gewaardeerd werden en welke volgens hen voor verbetering vatbaar zijn. In paragraaf 4.5 worden conclusies over de vier onderzoeksjaren met betrekking tot de cliëntengegevens gepresenteerd.

4.1 *Beschrijving van de onderzoekspopulatie*

Achtergrondgegevens

Alle vrouwen die de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd hebben zijn bevallen tussen mei 2001 en oktober 2004. De gemiddelde leeftijd van de kraamvrouwen is 30,8 jaar; de jongste cliënt was 16 jaar op het moment van de geboorte van haar kind en de oudste 43.

Respondenten die in verwachting waren van hun eerste kind zijn met hun 29,5 jaar gemiddeld 2,5 jaar jonger dan de respondenten die hun tweede of volgende kind verwachtten (zie tabel 4.1). Als gewenste plaats om te bevallen geeft 73 procent van de ondervraagden aan dit bij voorkeur thuis te doen, 21 procent geeft de voorkeur aan een bevalling in het ziekenhuis of kraamhotel en de overigen hadden geen specifieke voorkeur voor een plaats.

Van de vrouwen van 30 jaar of jonger geeft 77% de voorkeur aan een thuisbevalling, van de vrouwen boven de 30 jaar is dat 70%. Dit verschil is statistisch significant ($\chi^2=11,6$; $p<0,01$). Vrouwen met een hogere opleiding (VWO, HBO, WO) hebben iets vaker een voorkeur voor thuisbevallen dan vrouwen met een lagere opleiding ($\chi^2=5,4$; $p=0,02$) en vrouwen in verwachting van hun tweede of volgende kind kiezen vaker voor een thuisbevalling dan vrouwen die hun eerste kind verwachtten ($\chi^2=8,4$; $p<0,01$). Vrouwen zijn in de afgelopen jaren niet significant anders gaan denken over de plaats waar zij bij voorkeur zouden willen gaan bevallen.

	N	%
Gemiddelde leeftijd	1840	30,8
Leeftijd in categorieën		
- ≤ 20	13	0,7
- 21-25	161	8,8
- 26-30	668	36,3
- 31-35	792	43,0
- ≥ 36	206	11,2
Hoeveelste kind		
- 1e	883	47,5
- 2e	709	38,1
- 3e	218	11,7
- ≥ 4e	50	2,8
Hoogst genoten opleiding		
- LBO / MAVO / VMBO / MBO / HAVO	1010	56,0
- VWO / HBO / WO	757	41,9
- Overig	38	2,1
Gewenste plaats van bevallen		
- thuis	1356	72,9
- ziekenhuis/ kraamhotel	390	21,0
- geen voorkeur	115	6,2

De respondenten in dit onderzoek vormen nadrukkelijk geen representatieve steekproef van alle kraamvrouwen in Nederland, omdat er geen vrouwen die voor nacontrole naar de tweede lijn gingen, dus geen vrouwen met ernstige pathologie, hebben meegedaan. Om toch na te gaan hoe deze groep kraamvrouwen zich verhoudt tot die in ander onderzoek, zijn voor zover mogelijk een aantal achtergrondkenmerken vergeleken met de gegevens die bekend zijn uit een TNO-kwaliteit van leven onderzoek naar de thuisbevalling in Nederland (Anthony e.a. 2005). In dat onderzoek zijn onder andere kenmerken van zwangeren die de zorg bij de verloskundigen beginnen in de periode 1995-2002 uit LVR1 (Landelijke Verloskunde Registratie 1^e lijn) en LVR2 (Landelijke Verloskunde Registratie 2^e lijn) verzameld. De verdeling van de cliënten over de verschillende leeftijdscategorieën is in beide onderzoeken vergelijkbaar. Uit CBS-cijfers (statline.cbs.nl) blijkt verder dat, bekeken over de gehele onderzoeksperiode, de gemiddelde leeftijd van de respondenten steeds overeenkomt met de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen.

Betaald werk

Eenentachtig procent van de respondenten had voor de zwangerschap een betaalde baan van gemiddeld 27,4 uur per week. Kraamvrouwen die in verwachting waren van

hun eerste kind werkten gemiddeld 33,5 uur per week tegen gemiddeld 20,8 uur per week voor vrouwen die hun tweede of volgend kind verwachtten. Ongeveer twaalf procent van de ondervraagde vrouwen was voor de zwangerschap al gestopt met werken, zeven procent van de cliënten heeft haar baan vanwege de zwangerschap opgezegd en ruim vier op de tien respondenten gaat na hun zwangerschapsverlof minder uren werken. Voor de overigen (37%) is er aan het aantal te werken uren niets veranderd. De overgrote meerderheid van deze laatste groep (81%) zijn kraamvrouwen die al één of meerdere kinderen hebben. Dit patroon is in alle onderzoeksjaren terug te vinden.

4.2 *Zwangerschap, bevalling en kraambed*

Prenatale controles en echo's

Het gemiddeld aantal prenatale controles bij cliënten die voor dit onderzoek een vragenlijst hebben ingevuld schommelt in de periode 2001-2004 rond de 12,2, inclusief gemiddeld 2,3 echo's (zie tabel 4.2). Het aantal echo's is in de loop van de jaren toegenomen. In de metingen van 2004 en 2003 lag het gemiddeld aantal echo's op respectievelijk 2,6 en 2,5. De twee jaren daarvoor op 2,4 en 2,0. De gevonden verandering is statistisch significant ($f = 15,1$; $p < 0,01$).

Het aantal controles bij de verloskundige ligt op gemiddeld 11, ook als de zwangere daarnaast een of meerdere keren voor een controle naar de huisarts of de gynaecoloog is geweest. Ongeveer tweederde van de kraamvrouwen heeft tijdens de zwangerschap alleen een verloskundige bezocht. In iets minder dan eenderde van de zwangerschappen zijn cliënten naast de verloskundige ook bij een gynaecoloog geweest ($n=565$). Gemiddeld bezochten zij de gynaecoloog 2,1 keer.

Tabel 4.2: *Begeleiding tijdens de zwangerschap, aantal echo's, totaal aantal prenatale controles en aantal prenatale controles bij de verloskundige*

	n	%	aantal echo's gemiddeld	totaal bezoek gemiddeld	bezoek verloskundige gemiddeld	totaal bezoek mediaan
Alle kraamvrouwen	1859	100	2,3	12,2	11,2	12
kraamvrouwen begeleid door:						
Alleen verloskundige	1244	66,7	2,0	11,4	11,4	11
Verloskundige en gynaecoloog	520	27,9	3,1	13,6	11,1	13
Verloskundige en huisarts	50	2,7	2,2	12,1	11,0	12
Verloskundige, huisarts en gynaecoloog	45	2,4	2,5	16,0	11,0	15

Er is geen significant verschil gevonden tussen het totaal aantal bezoeken dat vrouwen die hun eerste kind verwachten aan een hulpverlener brengen en vrouwen die hun tweede of volgend kind verwachten.

Groepsvoorlichting en zwangerschapsgym

De vragen over groepsvoorlichting en zwangerschapsgym zijn pas in het tweede jaar (2002) aan de cliëntenvragenlijst toegevoegd, vandaar dat de respons hierop lager ligt dan bij andere vragen. Van de 1260 kraamvrouwen die erover ondervraagd zijn hebben er 201 (17%) een vorm van groepsvoorlichting bijgewoond. Van hen waren er 161 in verwachting van hun eerste kind. Groepsvoorlichting wordt vaker in de grote stad (23,5%) gegeven dan op het platteland (13,6%) en dit verband is significant: hoe groter de mate van verstedelijking, hoe vaker men groepsvoorlichting heeft gehad ($\chi^2=13,6$; $p<0,01$). De groepsvoorlichting werd voornamelijk gegeven door de thuiszorg (72x), de verloskundige (55x) of het ziekenhuis (46x).

Voor zes op de tien respondenten maakt een vorm van zwangerschapsgym deel uit van de voorbereiding op de bevalling. Ook de zwangerschapsgym blijkt door cliënten die hun eerste kind verwachtten meer bijgewoond te zijn dan door vrouwen die in verwachting waren van hun tweede of volgende kind; van de vrouwen die hun eerste kind verwachtten blijkt ongeveer tachtig procent een vorm van zwangerschapsgym te hebben gevolgd ten opzichte van drieënveertig procent van de kraamvrouwen bij wie hun tweede of volgende kind geboren werd. Ook respondenten van wie de hoogste genoten afgeronde opleiding VWO, HBO of WO is blijken significant vaker deel te nemen aan een vorm van zwangerschapsgym dan de kraamvrouwen met als hoogste genoten opleiding VMBO/ MAVO, HAVO of LBO/MBO ($\chi^2=29,2$; $p<0,01$). In de grote steden wordt vaker deelgenomen aan een vorm van zwangerschapsgym (71,3%) dan op het platteland (52,6%) en ook in dit geval is het verband significant ($\chi^2=11,3$; $p<0,05$).

Het overgrote gedeelte van de deelnemers aan de zwangerschapsgym volgt de gym die gegeven wordt door de thuiszorg (56%; $n= 412$), gevolgd door yoga (160 cliënten) en gym gegeven door fysiotherapeuten (87 cliënten). De gegevens die in de drie metingen verzameld zijn met betrekking tot groepsvoorlichting en zwangerschapsgym zijn vergelijkbaar.

Oordeel over de zwangerschap

In de derde en de vierde meting is aan cliënten gevraagd hoe zij de zwangerschap ervaren hebben, prettig of niet prettig en met of zonder problemen, beide aan de hand van een vijfpuntsschaal. Van de 717 respondenten die deze vragen beantwoord hebben, heeft de overgrote meerderheid van die respondenten (75%) de zwangerschap een (zeer) prettige ervaring gevonden. Vijfzeventig procent van de ondervraagden heeft naar eigen zeggen een (vrijwel) probleemloze zwangerschap gehad. Om een idee te krijgen van het algemene beeld van de cliënten ten aanzien van hun zwangerschap is een gemiddelde van beide aspecten samen berekend met 5,0 als het meest positieve oordeel en 1,0 als het meest negatieve. Het berekende gemiddelde van de schaal is 4,04 (s.d. 0,91; mediaan 4,00). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,75. Het algehele oordeel over hoe vrouwen de zwangerschap hebben ervaren blijkt dus (heel) positief te zijn.

Naast een beoordeling van de zwangerschap op zich is aan de kraamvrouwen in alle vier de metingen gevraagd hoe zij de begeleiding ervaren hebben van de hulpverlener

waarmee zij het meest te maken hebben gehad tijdens hun zwangerschap. Zij konden dit aangeven aan de hand van acht met elkaar samenhangende aspecten, te weten prettig, ondersteunend, vertrouwd, bazig, kundig, persoonlijk, autoritair en ongeduldig. De antwoordcategorieën varieerden van (1) heel - tot (5) helemaal niet - gevolgd door de acht aspecten.

Voor de analyse van de acht aspecten gezamenlijk zijn waarden zodanig gecodeerd dat in alle gevallen de waarde 5 het meest positieve oordeel over de begeleiding is en de waarde 1 het meest negatieve. Per respondent is vervolgens ook een gemiddelde score van de acht aspecten berekend. Deze scores varieerden van minimaal 1,38 tot maximaal 5,0 met een gemiddelde van 4,55 (s.d. 0,52; mediaan 4,75). Hieruit kan opgemaakt worden dat respondenten overwegend (zeer) positief zijn over de begeleiding die zij tijdens de zwangerschap van hun hulpverlener gekregen hebben. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's $\alpha = 0,84$.

Plaats van de bevalling

De meeste respondenten (73%) willen het liefst thuis bevallen (zie tabel 4.2). Over het algemeen is de afgesproken plaats van bevallen gelijk is aan de plaats waar de vrouw zelf het liefst wil bevallen. Soms wordt er echter iets anders afgesproken, bijvoorbeeld omdat een thuisbevalling om medische redenen niet mogelijk is of omdat de verloskundige geen thuisbevalling kan of wil begeleiden. De werkelijke plaats van bevallen, dat wil zeggen de plaats waar het kind geboren wordt, kan verschillen van de afgesproken plaats van bevallen, bijvoorbeeld als gevolg van verwijzing naar de tweede lijn tijdens de thuisbevalling of bijvoorbeeld als gevolg van het feit dat de bevalling zo vlot verloopt, dat er geen tijd of geen behoefte meer is om naar het ziekenhuis te gaan, ook al was een ziekenhuisbevalling afgesproken. In tabel 4.3 zijn de afgesproken en de daadwerkelijke plaats van de bevalling tegen elkaar afgezet. In 72,3% van de gevallen kwam de plaats die van te voren was afgesproken om te bevallen overeen met de plek waar de bevalling daadwerkelijk plaats vond. Een verandering in de loop van de jaren in de werkelijke plaats van bevallen is niet waargenomen.

Tabel 4.3: **Afgesproken en werkelijke plaats van de bevalling**

Afgesproken plaats van bevallen	werkelijke plaats van bevallen		
	thuis	ziekenhuis	totaal
thuis	918	440	1358
ziekenhuis	70	416	486
geen afspraak gemaakt/ onbekend	11	5	16
totaal	999	861	1860

Zesenvertig procent van de bevallingen vond in het ziekenhuis plaats. Deze kraamvrouwen kunnen in het ziekenhuis bevallen zijn omdat ze dat zelf graag wilden of omdat ze in de tweede lijn moesten bevallen.

Bevallen in de tweede lijn

Om een zo reëel mogelijk beeld te krijgen van het aantal respondenten dat in de tweede lijn is bevallen is naar een viertal aspecten gekeken: 1) de gegevens die vrouwen zelf geven met betrekking tot een verwijzing, 2) de aanwezigheid van de gynaecoloog tijdens de baring, 3) het ondergaan hebben van een medische ingreep tijdens de baring die alleen in de tweede lijn plaats kan vinden 4) de plaats waar de bevalling werkelijk heeft plaats gevonden.

Naar eigen zeggen heeft 54% van de kraamvrouwen op enig moment in de zwangerschap of tijdens de bevalling te maken gehad met een gynaecoloog of arts-assistent. Dit percentage betreft ook cliënten die gedurende de zwangerschap naar een gynaecoloog zijn doorgestuurd en die vervolgens weer naar de verloskundige zijn terugverwezen.

Daarnaast is aan de kraamvrouwen gevraagd welke hulpverlener(s) er tijdens de partus daadwerkelijk aanwezig waren. Het blijkt dat in driekwart van de bevallingen de eigen verloskundige in ieder geval aanwezig was. In 29,4 procent van de bevallingen is in ieder geval een gynaecoloog of arts-assistent aanwezig geweest. Er van uitgaande dat gynaecologen en/of arts-assistenten alleen tweedelijns bevallingen begeleiden worden de bevallingen waar zij bij aanwezig waren daartoe gerekend. Overigens hebben vijftien bevallingen zonder begeleiding van een hulpverlener plaatsgevonden. Als derde onderdeel van het bepalen of een kraamvrouw wel of niet in de tweede lijn bevallen is, is gekeken naar de soort ingrepen die tijdens de partus uitgevoerd zijn. Wanneer er gebruik is gemaakt van een verlostang of vacuüm set of als het kind door middel van een keizersnede ter wereld is gekomen wordt er vanuit gegaan dat de bevalling in de tweede lijn plaats heeft gevonden. In 12,2 procent van het totaal aantal bevallingen is er van minstens één van deze medische ingrepen sprake geweest. Tot slot het aspect 'de werkelijke plaats van de bevalling'. In sommige gevallen was van te voren afgesproken dat vrouwen in het ziekenhuis in de tweede lijn zouden bevallen, maar is het kind vanwege bijvoorbeeld een vlot verlopende bevalling toch niet in het ziekenhuis, maar thuis ter wereld gekomen. Wanneer een bevalling thuis heeft plaatsgevonden wordt deze bevalling tot de eerstelijns bevallingen gerekend. Combineren we de vier gegevens dan blijkt dat 624 van de 1870 respondenten in de tweede lijn bevallen zijn. Dit komt overeen met een percentage van 33,6% over de vier jaren gemiddeld. In 2004 was dit percentage 37,1%, in 2003 29,5%, in 2002 32,5% en in 2001 32,7%. Dat het verwijzingspercentage in 2004 hoger ligt dan andere jaren kan samenhangen met de over de jaren toenemende selectiviteit van de steekproef, omdat vrouwen met een ongecompliceerde bevalling steeds vaker niet meer teruggevraagd worden voor een nacontrole na zes weken. Zij maken dus minder kans een vragenlijst aangeboden te hebben gekregen dan vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen.

Een andere verklaring voor een stijgend verwijzingspercentage komt uit het TNO onderzoek naar de thuisbevalling in Nederland (2005). In dat onderzoek wordt geconstateerd dat het percentage zwangeren dat vanaf het begin van de zwangerschap verloskundige zorg in de tweede lijn ontving over de onderzoeksperiode 1995-2002 gedaald is van 18,7% in 1995 naar 14,3% in 2002 (Anthony e.a. 2005). Een toenemend deel

van de zwangeren in Nederland ontvangt dus in het begin van de zwangerschap eerstelijns verloskundige zorg. Ook dat onderzoek constateert dat tijdens de onderzoeksperiode een steeds groter deel van de zwangeren tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling van de eerste naar de tweede lijn verwezen werd.

In het hier gepresenteerde onderzoek is, binnen de groep zwangeren die niet in de tweede lijn bevallt, de verdeling tussen de respondenten die thuis en poliklinisch bevallen 81% versus 19%. In het TNO-onderzoek naar de thuisbevalling in Nederland komt deze verhouding uit op ongeveer 70% versus 30% (Anthony e.a. 2005).

In tabel 4.4 is weergegeven hoe vaak ingrepen zijn voorgekomen bij de vrouwen die thuis zijn bevallen, bij de groep die zonder verwijzing in het ziekenhuis is bevallen en bij de groep die in de tweede lijn is bevallen. Ook het percentage ingrepen in de totale groep is vermeld.

Het is te verwachten dat bij vrouwen die thuis of poliklinisch zijn bevallen minder ingrepen zijn geweest dan bij vrouwen die in de tweede lijn zijn bevallen en dat blijkt ook uit de cijfers. Maar ook blijkt dat bij de vrouwen die zonder verwijzing in het ziekenhuis zijn bevallen significant meer ingrepen zoals inknippen ($\chi^2=11,7$; $p<0,01$), hechten ($\chi^2=8,9$; $p<0,01$), pijnbestrijding ($\chi^2=37,0$; $p<0,01$) en versterking van de weeën ($\chi^2=65,3$; $p<0,01$) hebben plaatsgevonden dan bij de vrouwen die thuis zijn bevallen.

Plaats van bevalling	thuis	ziekenhuis niet verwezen	ziekenhuis verwezen	allen
Verloop van bevalling	n = 1003	n = 235	n = 629	n = 1867
zonder ingrepen	55%	40%	14%	39%
ingeknipt	17%	27%	50%	30%
gehecht	42%	52%	65%	51%
pijnbestrijding	1%	6%	21%	8%
zelf iets tegen pijn gedaan	1%	1%	1%	1%
opwekking/ versterking van de weeën	2%	13%	44%	17%
verlostang of vacuümset gebruikt	-	-	31%	10%
keizersnede	-	-	6%	2%

Vanuit medisch oogpunt lijkt dat niet logisch omdat beide groepen vallen binnen de definitie van vrouwen met een normale, ongecompliceerde bevalling, hoewel uit eerder onderzoek al een vergelijkbaar resultaat bekend is (Wiegers 1997; van der Hulst e.a. 2004). Wel blijkt uit verdere analyses dat vrouwen die hun tweede of volgende kind kregen vaker thuis zijn bevallen ($\chi^2=19,7$; $p<0,01$), terwijl ingrepen vaker voorkomen bij vrouwen die van hun eerste kind bevallen, namelijk 62% tegenover 38% ($\chi^2=67,0$; $p<0,01$) in de groep die niet naar de tweede lijn is verwezen. Dit kan een verklaring zijn waarom er thuis minder ingrepen plaatsvinden dan bij eerstelijns bevallingen in het ziekenhuis. Wanneer echter dezelfde analyses gedaan worden voor

beide groepen van vrouwen afzonderlijk, dan blijkt er nog steeds op sommige punten een verschil tussen thuis bevallen en in het ziekenhuis bevallen. Bij beide groepen zijn er in het ziekenhuis vaker ingrepen geweest dan thuis, maar bij vrouwen die van hun eerste kind bevielen is het verschil significant ($\chi^2=9,5$; $p<0,01$), terwijl het verschil bij vrouwen die van hun tweede of volgende kind bevielen net niet significant is ($\chi^2=3,3$; $p=0,068$). Met name pijnbestrijding ($\chi^2=24,3$; $p<0,01$) en het kunstmatig versterken van de weeën ($\chi^2=47,6$; $p<0,01$), wordt, bij vrouwen die voor het eerst bevallen, in het ziekenhuis vaker gedaan dan thuis. Ook bij vrouwen die van een tweede of volgende kind bevallen wordt het kunstmatig versterken van de weeën (bijvoorbeeld door het breken van de vliezen) in het ziekenhuis vaker gedaan dan thuis ($\chi^2=5,6$; $p<0,05$). Of dat een effect is van zelfselectie van de zwangeren, waarbij degenen die een licht verhoogde kans op interventies hebben zelf vaker voor een ziekenhuisbevalling kiezen, of dat het een effect van de omgeving is, waarbij de ziekenhuissfeer en de nabijheid van apparatuur eerder leidt tot ingrijpen, is niet bekend.

Oordeel over de bevalling

Aan de hand van zes aspecten, te weten zwaar, chaotisch, vlot, positief, prettig en volgens verwachting, hebben kraamvrouwen die aan een van de laatste twee metingen meegewerkt hebben aangegeven hoe zij terugkijken op hun bevalling. Net als bij het oordeel over de begeleiding tijdens de zwangerschap waren de antwoordcategorieën een vijfpuntsschaal met als antwoordmogelijkheden (1) zeer- tot (5) helemaal niet-gevolgd door de zes aspecten. Ook in dit geval zijn waarden zo gecodeerd dat 1 de meest negatieve waarde aangeeft en 5 de meest positieve. De gemiddelde score van de schaal was 3,79, variërend van minimaal 1,0 tot maximaal 5,0 (s.d. 0,89; mediaan 4,00). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in Cronbach's alpha = 0,84. Op dezelfde manier als het beoordelen van de begeleiding van hulpverleners tijdens de zwangerschap is aan cliënten uit alle vier de metingen gevraagd hun oordeel over de begeleiding tijdens de bevalling te geven. Ook hiervoor zijn de aspecten prettig, ondersteunend, vertrouwd, bezig, kundig, persoonlijk, autoritair en ongeduldig gebruikt.

Het gemiddelde oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding tijdens de partus in de periode 2001-2004 is 4,55. De gemiddelde minimumscore is 1,38 en de maximumscore 5 (s.d. 0,52; mediaan 4,75). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de Cronbach's alpha = 0,84. Uit deze cijfers kan geconcludeerd worden dat respondenten ook (zeer) tevreden zijn over de begeleiding van de hulpverleners tijdens de bevalling.

Vertrek uit ziekenhuis

Van de vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen is 77 procent uiterlijk de dag na de bevalling naar huis gegaan. Drieëndertig procent van de respondenten kon op de dag van de bevalling het ziekenhuis al verlaten. Zij gingen gemiddeld 5,3 uur na de bevalling naar huis. De overige 23 procent van de cliënten heeft minimaal twee dagen in het ziekenhuis gelegen met een maximaal verblijf van twaalf dagen.

Zorg tijdens kraambed

Het aantal kraambezoeken dat verloskundigen bij de cliënten thuis af komen leggen is in de loop van de onderzoeksjaren gedaald van 4,3 (2001) naar 3,8 (2003 en 2004). Voor vrouwen die thuis zijn bevallen of op de dag van de bevalling naar huis zijn gegaan is dit aantal bezoeken van de verloskundige gedaald van 4,5 (2001) naar 4,1 (2004) (zie tabel 4.5). Deze verandering blijkt statistisch significant, zowel voor alle kraamvrouwen ($f = 9,3$; $p < 0,01$) als voor de vrouwen die thuis of poliklinisch zijn bevallen ($f = 6,7$; $p < 0,01$).

Tabel 4.5: **Aantal postnatale bezoeken per jaar van meting**

Jaar van meting	Gemiddeld aantal postnatale bezoeken van verloskundigen aan alle vrouwen	Gemiddeld aantal postnatale bezoeken van verloskundigen aan vrouwen die thuis of poliklinisch zijn bevallen
2001	4,3	4,5
2002	4,1	4,3
2003	3,8	4,2
2004	3,8	4,1
Totaal	4,0	4,4

Oordeel over de ontvangen kraamzorg en de kraamverzorgende

Vrijwel alle respondenten (99%) hebben kraamzorg ontvangen. Zij kregen dat voor de duur van gemiddeld 7,1 dagen, 6,8 uur op een dag. Het gemiddelde totale aantal uren kraamzorg dat kraamvrouwen ontvingen is 49,6 uur. Er zijn in de loop van de onderzoeksjaren geen veranderingen in dit aantal dagen en uren kraamzorg geconstateerd. Wel is er een verschil tussen meer en minder verstedelijkte gebieden: in alle vier de jaren neemt het gemiddeld aantal uren kraamzorg toe naarmate de mate van verstedelijking afneemt. Over de vier jaren samen genomen ontvangen kraamvrouwen in de zeer sterk verstedelijkte gebieden gemiddeld 37 uur kraamzorg (mediaan 36 uur, modus 49 uur), kraamvrouwen in de sterk verstedelijkte gebieden ontvangen gemiddeld 46 uur kraamzorg (mediaan 48 uur, modus 56 uur), kraamvrouwen in de matig verstedelijkte gebieden ontvangen gemiddeld 50 uur kraamzorg (mediaan 53 uur, modus 56 uur), kraamvrouwen in de weinig verstedelijkte gebieden ontvangen gemiddeld 51 uur kraamzorg (mediaan 56 uur, modus 56 uur) en kraamvrouwen in de niet verstedelijkte gebieden ontvangen gemiddeld 52 uur kraamzorg (mediaan 56 uur, modus 64 uur). In elk van de vier jaren en in het gecombineerde bestand zijn deze verschillen significant (F tussen 38,0 en 4,9; $p < 0,01$). Vergeleken met het TNO-onderzoek (Herschderfer e.a. 2002) is het gemiddeld gebruik van kraamzorg in deze groep aan de hoge kant.

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door enerzijds de wensen en behoeften van de kraamvrouw en anderzijds de mogelijkheden van het kraamcentrum. Bijvoor-

beeld, in een periode van personeelskrapte zal het afgesproken aantal uren kraamzorg misschien lager uitvallen dan wat de kraamvrouw gewenst had. Een op de vijf cliënten (20,3%) gaf aan dat de kraamzorg niet was geweest zoals ze het graag gewild had. De meest frequent genoemde redenen daarvoor zijn te vinden in tabel 4.6. Cliënten blijken het niet prettig te vinden met verschillende kraamverzorgenden te maken te krijgen gedurende hun kraambedperiode. Daarnaast geven 42 respondenten aan liever meer kraamzorg te hebben ontvangen dan het aantal uren die zij daadwerkelijk ontvangen hebben.

Tabel 4.6: Meest genoemde redenen waarom gekregen kraamzorg niet was zoals gewenst

Reden	Aantal keer genoemd
(Veel) verschillende kraamverzorgsters gehad	63
Liever meer kraamzorg ontvangen	42
Vakantieperiode	22
Er kwam een leerling met de kraamverzorgster mee	22
Kraamverzorgster functioneerde slecht	18
Personeelstekort door drukte of ziekte	18

Vervolgens is gevraagd in hoeverre het aantal uren en dagen kraamzorg dat de kraamvrouwen daadwerkelijk kregen, overeen kwam met hetgeen met het kraamcentrum van te voren afgesproken was. In zeventig procent van de gevallen bleken de afspraken die gemaakt waren ook uitgevoerd te zijn, achttien procent van de vrouwen heeft minder uren en/of dagen kraamzorg gekregen dan afgesproken en een op de tien cliënten heeft meer kraamzorg gekregen dan vooraf was overeen gekomen. De redenen waarom de gekregen kraamzorg niet was zoals afgesproken zijn opgenomen in tabel 4.7.

Tabel 4.7: Meest genoemde redenen waarom de gekregen kraamzorg niet was zoals afgesproken

Reden	Aantal keer genoemd
Personeelstekort bij kraambureau door drukte of ziekte	190
Personeelstekort vanwege vakantieperiode	95
Ziekenhuis verblijf kraamvrouw/ baby	69
Problemen met moeder of kind daarom meer zorg	33
Toch voldoende bezetting	30
Misverstand	18

In de loop van de onderzoeksjaren lijkt er wel een verschuiving op te treden in redenen van het niet krijgen van kraamzorg zoals was afgesproken. In de eerste jaren

bleek personeelstekort bij het kraambureau nog het grootste probleem. In het laatste onderzoeksjaar leek het personeelstekort bij de kraambureaus wat verminderd te zijn, maar lieten steeds meer vrouwen weten dat het aantal uren dat de zorgverzekeraar wilde vergoeden voor hen beperkend was.

Borstvoeding

Acht op de tien vrouwen (80%) is begonnen met het geven van borstvoeding. Op het moment van het invullen van de vragenlijst (ongeveer zes weken na de bevalling) doet 61 procent van de kraamvrouwen dat nog steeds. Zij zijn van plan dat te blijven doen tot hun kind gemiddeld 6,3 maanden oud is. De langst voorgenomen tijd om het kind borstvoeding te geven is 36 maanden (1 keer genoemd). Zes respondenten hebben aangegeven van plan te zijn hun kind tot 24 maanden borstvoeding te geven. Aan zowel de cliënten die gestopt zijn met het geven van borstvoeding, als aan kraamvrouwen die daar bij dit kind niet mee zijn begonnen, is gevraagd welke redenen zij daarvoor hadden.

Genoemde redenen waarom respondenten besloten hebben om geen borstvoeding te (blijven) geven waren onder andere:

- het wilde niet goed lukken/ de borstvoeding stopte,
- het was te pijnlijk,
- het geven van flesvoeding is praktischer,
- medische redenen bij de moeder,
- slechte ervaringen bij eerdere kinderen,
- druk gezin

Kraamvrouwen die op het moment van het invullen van de vragenlijst nog borstvoeding gaven en die van hun tweede of volgend kind waren bevallen zijn van plan ongeveer anderhalve maand langer borstvoeding te geven dan cliënten bij wie het eerste kind geboren is ($F = 41,8$, $p < 0,01$). Bij de eerst genoemde groep ligt het gemiddelde van het aantal maanden dat men van plan is om borstvoeding te geven op 7,0 en bij kraamvrouwen die van hun eerste kind bevielen op 5,6 maanden.

Oordeel over de kraamperiode

De meeste cliënten die in de jaren 2003 en 2004 ondervraagd zijn oordelen dat zij hun kraamperiode als positief en niet deprimerend hebben ervaren. Negenentwintig procent van de respondenten vond het kraambed echter wel (heel) vermoeiend. Ook waren zij wat minder positief over de pijn die zij nog hadden gedurende die periode; 14 procent van de respondenten liet weten de kraamperiode (heel) pijnlijk te hebben gevonden. Tot slot gaf 12 procent van de respondenten aan dat voor hen het kraambed (helemaal) niet was meegevallen. Nemen we alle vijf de aspecten van de schaal voor het oordeel over de kraambedperiode samen dan is de gemiddelde score 3,94 met een minimumscore van 1,0 en maximumscore van 5,0 (s.d. 0,77; mediaan 4,0). De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,78. Het oordeel van de kraamvrouwen over de begeleiding van de verloskundige tijdens het kraambed is in de periode 2001-2004 gemiddeld 4,57 (s.d. 0,54; mediaan 4,75),

met de meest positieve waarde van 5,0 en de meest negatieve waarde van 1,88. De betrouwbaarheid van de schaal, uitgedrukt in de waarde van Cronbach's alpha = 0,85. Wanneer de gegevens per jaar afzonderlijk worden bekeken dan blijken deze vergelijkbaar.

4.3 Oordeel en ervaring van kraamvrouwen

Over het geheel genomen blijken vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen minder positief te oordelen over hoe zij de zwangerschap, bevalling en kraamperiode ervaren hebben en over de begeleiding die zij van hulpverleners gekregen hebben dan de vrouwen die thuis zijn bevallen. Maar aangezien er zich bij cliënten die in de tweede lijn zijn bevallen vaker complicaties voordoen tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling, dan bij kraamvrouwen die in de eerste lijn zijn bevallen, is het logisch dat zij minder positief oordelen over hun ervaringen in deze periode. Daarnaast blijkt ook pariteit van invloed te zijn op hoe cliënten de zwangerschap, de bevalling en het kraambed ervaren en hoe zij oordelen over de begeleiding van hun hulpverlener(s). Om een goede vergelijking te maken tussen de ervaringen en oordelen van vrouwen die thuis en vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen is daarom onderscheid gemaakt tussen vrouwen die niet en vrouwen die wel verwezen zijn op het moment van de baring en worden de resultaten apart gepresenteerd voor vrouwen die hun eerste en vrouwen die hun tweede of volgend kind verwachtten.

Tabel 4.8: Oordeel van vrouwen over begeleiding, naar pariteit, plaats van bevallen en verwijzing

Oordeel over begeleiding tijdens:	Eerste kind (N= 882) met werkelijke plaats van bevalling		Tweede of volgend kind (N= 978) met werkelijke plaats van bevalling	
	Thuis	Ziekenhuis	Thuis	Ziekenhuis
<i>Met verwijzing</i>	N= 0	N= 405	N= 0	N= 224
<i>Zonder verwijzing</i>	N= 357	N= 120	N= 641	N= 113
Zwangerschap, 8 items, $\alpha = 0,84$				
<i>Met verwijzing</i>	-	4.51 (0.5)	-	4.47 (0.6)
<i>Zonder verwijzing</i>	4.57 (0.5)	4.52 (0.5)	4.60 (0.5)	4.51 (0.5)
Bevalling, 8 items, $\alpha = 0,88$				
<i>Met verwijzing</i>	-	4.28 (0.8)	-	4.16 (0.9)
<i>Zonder verwijzing</i>	4.72 (0.4)	4.45 (0.8)**	4.70 (0.5)	4.66 (0.5)
Kraambed, 8 items, $\alpha = 0,85$				
<i>Met verwijzing</i>	-	4.52 (0.6)	-	4.54 (0.6)
<i>Zonder verwijzing</i>	4.60 (0.5)	4.47 (0.6)*	4.61 (0.5)	4.55 (0.6)

* Verschil tussen thuis en ziekenhuis: $p < 0.05$ (2 zijdige t-test)

** Verschil tussen thuis en ziekenhuis: $p < 0.01$ (2 zijdige t-test)

Oordeel over de begeleiding van hulpverleners

In tabel 4.8 is weergegeven wat het oordeel is van de kraamvrouwen over de begeleiding door de hulpverlener (verloskundige, huisarts, gynaecoloog) tijdens zwangerschap, bevalling en kraamperiode, onderverdeeld naar werkelijke plaats van bevalling en het wel of niet verwezen zijn naar de tweede lijn op het moment van de bevalling.

Gepresenteerd zijn de gemiddelde score en de standaarddeviatie op een likertschaal van 1 tot 5, waarbij 1 = heel negatief en 5 = heel positief.

Uit deze tabel blijkt dat vrouwen die hun eerste kind hebben gekregen en in de eerste lijn thuis zijn bevallen significant positiever oordelen over de begeleiding die zij tijdens de bevalling en het kraambed kregen dan dezelfde groep vrouwen die poliklinisch in het ziekenhuis is bevallen. Bij vrouwen die hun tweede of volgend kind verwachtten zijn geen verschillen gevonden.

Ervaringen van respondenten

In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe de kraamvrouwen hun zwangerschap, bevalling en kraamperiode hebben ervaren, onderverdeeld naar werkelijke plaats van bevalling en het wel of niet verwezen zijn naar de tweede lijn op het moment van de bevalling. Gepresenteerd zijn de gemiddelde score en de standaarddeviatie op een likertschaal van 1 tot 5, waarbij 1 = heel negatief en 5 = heel positief.

Tabel 4.9: Ervaringen van kraamvrouwen, naar pariteit, plaats van bevallen en verwijzing				
Ervaring van:	Eerste kind (N= 343) met werkelijke plaats van bevalling		Tweede of volgend kind (N= 389) met werkelijke plaats van bevalling	
	Thuis	Ziekenhuis	Thuis	Ziekenhuis
<i>Met verwijzing</i>	N= 0	N= 152	N= 0	N= 92
<i>Zonder verwijzing</i>	N= 136	N= 55	N= 247	N= 50
Zwangerschap, 2 items, $\alpha = 0,75$				
<i>Met verwijzing</i>	-	4.04 (1.0)	-	3.70 (1.0)
<i>Zonder verwijzing</i>	4.27 (0.8)	4.30 (0.7)	4.02 (0.9)	4.00 (0.8)
Bevalling, 6 items, $\alpha = 0,84$				
<i>Met verwijzing</i>	-	3.09 (0.9)	-	3.57 (0.8)
<i>Zonder verwijzing</i>	3.94 (0.7)	3.73 (0.8)	4.19 (0.7)	3.97 (0.9)
Kraambed, 6 items, $\alpha = 0,78$				
<i>Met verwijzing</i>	-	4.55 (0.9)	-	4.00 (0.7)
<i>Zonder verwijzing</i>	3.83 (0.8)	3.79 (0.8)	4.21 (0.7)	4.18 (0.7)

Wanneer rekening wordt gehouden met zowel de pariteit als het wel of niet in de eerste lijn bevallen zijn, zijn er geen significante verschillen gevonden tussen vrouwen die thuis en vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen.

De vragen naar hoe respondenten de zwangerschap, de bevalling en het kraambed hebben ervaren zijn pas vanaf de derde meting gesteld. Vandaar dat het aantal respondenten in tabel 4.9 beduidend lager ligt dan bij de vragen die betrekking hebben op het oordeel over de begeleiding van de hulpverleners (tabel 4.8).

4.4 *Waardering van de zorg door kraamvrouwen*

In het laatste jaar van het onderzoek (2004) zijn twee open vragen aan de cliënten-vragenlijst toegevoegd, een waarin gevraagd werd naar aspecten van de zorg door de verloskundige(n) die volgens de kraamvrouwen voor verbetering vatbaar waren en een naar aspecten die men goed vond. Van de 358 kraamvrouwen die dat jaar de vragenlijst invulden gaven 312 (87,2%) een of meer antwoorden op de vraag naar de positieve aspecten van de zorg door verloskundigen, terwijl 177 van hen (49,4%) een of meerdere minder positieve aspecten noemden. Dit leidde tot een lijst van 65 aspecten waarmee cliënten goede ervaringen hadden en een lijst met 86 aspecten die volgens hen voor verbetering vatbaar waren. Alle antwoorden werden ingedeeld in negen thema's of dimensies, die afgeleid zijn van eerder onderzoek naar kwaliteit van zorg (NPCF 1996). De gebruikte dimensies zijn: vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie, evaluatie en beleid. Een uitgebreide beschrijving hiervan is te vinden in het vierde jaarrapport van dit onderzoek (Wiegers & Janssen 2005). Hier wordt alleen de top 5 gepresenteerd van de aspecten die positief gewaardeerd worden en de top 5 van de aspecten die volgens de kraamvrouwen voor verbetering in aanmerking komen.

Op het niveau van de dimensies scoort 'bejegening' het hoogst bij de positieve aspecten, met in totaal 337 opmerkingen. De nummers 1 en 3 uit de top 5 vallen hier onder.

Tabel 4.10 *Top 5 van aspecten waar cliënten goede ervaringen mee hebben en top 5 van aspecten die volgens cliënten verbeterd kunnen worden.*

Top 5 positieve aspecten		Aantal keer genoemd
1.	Persoonlijke/ prettige benadering	89
2.	Altijd bereikbaar voor vragen	61
3.	De tijd nemen	59
4.	Goede, persoonlijke begeleiding tijdens de bevalling	47
5.	Kundig en professioneel zijn	44
Top 5 te verbeteren aspecten		Aantal keer genoemd
1.	Vervelend dat je door meerdere verloskundigen wordt begeleid	25
2.	Wachttijden tijdens controles zijn lang	23
3.	Het aantal echo's is erg weinig	19
4.	In eerste fase van de zwangerschap meer controles	17
5.	Summier in het uit zichzelf verstrekken van informatie	13

Onder de dimensie ‘vakbekwaamheid’ zijn 224 positieve aspecten genoemd, waaronder de nummers 4 en 5 van de top 5. Nummer 2 uit de top 5 valt onder de dimensie ‘organisatie’ waar in totaal 107 positieve opmerkingen over gemaakt zijn.

Bij de verbeterpunten zijn de meeste opmerkingen gemaakt over de organisatie, namelijk 65, waaronder de nummer 2 in de top 5 van te verbeteren aspecten. Aspecten van de dimensie ‘beleid’, waaronder de nummers 3 en 4 van de verbeter-top 5, zijn 62 keer genoemd, de dimensie ‘informatie’, inclusief nummer 5 van de top 5, werd 46 keer genoemd. De nummer 1 uit de verbeter-top 5 valt onder de dimensie ‘steun’, waar in totaal 41 opmerkingen over zijn gemaakt.

4.5 *Conclusies over de onderzoeksjaren*

Samenvattend kunnen over de afgelopen onderzoeksjaren met betrekking tot de cliënten van verloskundigen de volgende conclusies getrokken worden:

- Als gevolg van de wijze van rekruteren, namelijk tijdens de nacontrole in de verloskundige praktijk, ongeveer zes weken na de bevalling, is de groep kraamvrouwen in dit onderzoek is niet representatief voor alle kraamvrouwen in Nederland. Vrouwen met ernstige pathologie zijn daardoor buiten de steekproef gebleven.
- Het aantal echo's dat gemaakt wordt is gestegen van gemiddeld 2,0 in 2001 naar 2,7 in 2004. Een deel daarvan is gemaakt na verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn, maar ook zwangeren die alleen bij een verloskundige onder controle zijn blijken gemiddeld twee echo's te hebben gehad. Als in 2006 de tweede trimester echo zal zijn opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering (brief Minister van VWS 24-10-2005) is te verwachten dat het gemiddeld aantal echo's per zwangere nog verder zal toenemen.
- In het aantal prenatale bezoeken is geen verandering waargenomen. Wel is uit de tijdregistratie bij verloskundigen gebleken dat tussen 2001 en 2004 de gemiddelde tijd per controle licht is toegenomen van ruim 13 naar 15,5 minuten per keer.
- Er is geen verandering waargenomen in het aantal eerstelijnsbevallingen dat in het ziekenhuis plaats moest vinden omdat de verloskundige een thuisbevalling niet kon of wilde begeleiden. De hoge werkdruk en het tekort aan kraamzorg in 2000 en 2001 had in sommige praktijken tot gevolg dat de verloskundigen geen thuisbevalling meer wilden begeleiden, maar met al hun cliënten naar het ziekenhuis gingen. In de praktijken die aan dit onderzoek meewerkten, was hier echter nauwelijks sprake van.
- Het aantal postnatale bezoeken van de verloskundigen is afgenomen van 4,3 in 2001 naar 3,8 in 2004. Uit de tijdregistratie van de verloskundigen is gebleken

dat de gemiddelde tijd die per kraambezoek wordt besteed, tussen 2001 en 2004 is toegenomen van 30 minuten naar bijna 40 minuten per bezoek. Maar omdat het aantal kraambezoeken per cliënt verder is teruggelopen dan was voorzien, betekent dit toch dat de totale tijd besteed aan postnatale zorg is afgenomen. Zeker als hier bij meegeteld wordt dat steeds vaker kraamvrouwen niet meer zes weken na de bevalling teruggevraagd worden voor een afsluitend contact.

- Het gemiddeld aantal uren en dagen kraamzorg is tussen 2001 en 2004 vrijwel gelijk gebleven. Het tekort aan kraamverzorgenden aan het begin van dit onderzoek is inmiddels opgeheven, maar dat heeft er niet toe geleid dat de gemiddelde duur van de kraamzorg weer is toegenomen tot het niveau van vóór 2000. Het gemiddelde gebruik van kraamzorg bij deze onderzoeksgroep is relatief hoog. De verwachting is dat in de toekomst het gebruik lager zal zijn.
- De duur van de kraamzorg hangt sterk samen met de soort plaats waar men woont: in de grote steden (zeer sterk verstedelijkt gebied) is de gemiddelde duur van de kraamzorg 37 uur, dat is bijna een derde minder dan op het platteland (niet verstedelijkt gebied) waar de gemiddelde duur van de kraamzorg 52 uur is.
- Het oordeel van cliënten over de hulpverleners tijdens de zwangerschap, bevalling en het kraambed is gedurende de onderzoeksjaren onveranderd gebleven. Vooral in de eerste jaren van het onderzoek werd door cliënten regelmatig opgemerkt dat ze het zo waardeerden dat de verloskundige voldoende tijd en aandacht voor hen had, ondanks de hoge werkdruk, of dat ze wel wisten dat de werkdruk van verloskundigen erg hoog was, maar dat zij daar zelf gelukkig weinig van hadden gemerkt. Dat er ondanks dat wel mogelijkheden zijn ter verbetering van de zorg is gebleken uit de open vragen die in het laatste jaar gesteld zijn.

BEHOEFTERAMING VERLOSKUNDIGEN

5

In de loop van dit onderzoeksproject zijn twee behoefteberamingen uitgevoerd. De eerste: 'Behoefteberaming verloskundigen 2001-2010' (Wiegers e.a. 2002) werd opgesteld nadat het ministerie van VWS in 2000 had besloten om de opleidingscapaciteit voor verloskundigen te vergroten, eerst van 120 naar 160 en vervolgens naar maximaal 244 eerstejaarsplaatsen. Tegelijk werd het aantal opleidingen uitgebreid van drie naar vier, door het opzetten van een nieuwe opleiding in Groningen, als dependance van de opleiding in Amsterdam. De bovengrens voor de opleidingscapaciteit werd afhankelijk gesteld van de vraag of de opleidingen in staat zouden zijn om voldoende stageplaatsen voor leerling-verloskundigen te vinden. In deze eerste behoefteberaming voor verloskundigen werden drie scenario's doorgerekend (zie tabel 5.1).

Het eerste scenario was: 'Arbeidstijdnormalisering' waarbij als uitgangspunt werd genomen dat een fulltime werkende verloskundige een werkweek heeft van 40 uur, in plaats van de op grond van gegevens uit 2000 berekende feitelijke werktijd per FTE van 50,6 uur per week. Andere uitgangspunten in dit scenario waren: het verwachte aantal bevallingen in 2010 op basis van CBS-prognose, geen verandering van het

Tabel 5.1: Uitkomsten scenario's, raming 2001-2010

	benodigd aantal verloskundigen in 2010	benodigde instroom in de opleiding vanaf 2002 t/m 2005
scenario 1: Arbeidsnormalisering		
- demografie		
- arbeidstijdnormalisering		
- extra klinisch werkende verloskundigen	2.203	103 per jaar
scenario 2: meer tijd per cliënt		
- demografie		
- arbeidstijdnormalisering		
- extra klinisch werkende verloskundigen	2.353	155 per jaar
- meer tijd per cliënt		
scenario 3: overname aandeel huisartsen		
- demografie		
- arbeidstijdnormalisering		
- extra klinisch werkende verloskundigen	2.548	222 per jaar
- meer tijd per cliënt		
- overname aandeel huisartsen		

aandeel van eerstelijns verloskundigen in het totaal van de verloskundige zorg ten opzichte van 2000, geen verandering in het gemiddeld aantal FTE per verloskundige ten opzichte van 2000, geen verandering in de verdeling cliëntgebonden / niet-clientgebonden tijdbesteding ten opzichte van 2000, geen verandering in de verhouding FTE waarnemers / FTE zelfstandig gevestigde verloskundigen ten opzichte van 2000 en een toename van 400 klinisch werkende verloskundigen ten opzichte van 2000. Het tweede scenario: ‘meer tijd per cliënt’ was identiek aan het eerste scenario, behalve op het punt van de cliëntgebonden tijdbesteding. In dit scenario was uitgegaan van de gewenste tijdbesteding per cliënt in plaats van de feitelijke gemeten tijdbesteding per cliënt, omdat, vanwege de hoge werkdruk in 2000, verloskundigen van mening waren dat ze cliënten op dat moment werkelijk te kort deden. In het derde scenario werd, in aanvulling op het eerdere scenario, ook rekening gehouden met een verandering van het aandeel van verloskundigen in het totaal van de verloskundige zorg, door de verwachte terugloop van het aantal verloskundig actieve huisartsen. In deze eerste behoeferaming werd berekend dat een uitbreiding van de opleidingscapaciteit tot maximaal 222 eerstejaarsplaatsen nodig was om aan de vraag naar verloskundigen in 2010 te kunnen voldoen. Sinds 2002 is de totale opleidingscapaciteit 220 eerstejaarsplaatsen.

Tabel 5.2: Uitkomsten scenario's, raming 2004-2015

	benodigd aantal verloskundigen in 2015		benodigde instroom in de opleiding vanaf 2005 t/m 2010	
	variant A	variant B	variant A	variant B
Scenario 1: Basisscenario				
- demografie				
- gewenste tijdbesteding per zorgseenheid				
- extra klinisch werkende verloskundigen				
- overname aandeel huisartsen	2.722	2.593	168 per jaar	133 per jaar
Scenario 2: Taakuitbreiding				
- demografie				
- gewenste tijdbesteding per zorgseenheid				
- extra klinisch werkende verloskundigen				
- overname aandeel huisartsen				
- taakuitbreiding	2.887	2.747	212 per jaar	174 per jaar
Scenario 3: Taakherschikking				
- demografie				
- gewenste tijdbesteding per zorgseenheid				
- extra klinisch werkende verloskundigen				
- overname aandeel huisartsen				
- taakuitbreiding				
- taakherschikking en -delegatie	?	?	?	?

Omdat toen al duidelijk was dat een sterke toename van de opleidingscapaciteit een tijdelijke maatregel zou moeten zijn, om te voorkomen dat na verloop van tijd een overschot aan verloskundigen zou ontstaan, was aan het eind van dit onderzoeksproject opnieuw een behoefte­raming gepland. In deze 'Behoeft­raming verloskundigen 2004-2015' (Wiegers e.a. 2005) is berekend dat, bij een gelijkblijvend takenpakket voor verloskundigen en een verdere daling van het aantal verloskundig actieve huis­artsen (het Basisscenario), de opleidingscapaciteit tussen 2005 en 2010 teruggebracht zou moeten worden naar maximaal 168 eerstejaarsplaatsen (zie tabel 5.2). Wanneer rekening gehouden wordt met een uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen, waardoor bijvoorbeeld substantieel meer tijd besteed moet worden aan voorlichting, prenatale screening en echoscopie, dan is een opleidingscapaciteit van maximaal 212 eerstejaarsplaatsen in de komende zes jaar nodig om aan de vraag naar verloskundigen in 2015 te kunnen voldoen.

Voor deze scenario's zijn elk twee varianten berekend: variant A, waarin het aandeel niet-clie­ntgebonden werkzaamheden gelijk blijft aan het gemeten aandeel daarvan in 2004 (27,7%) en variant B, waarin het aandeel niet-clie­ntgebonden werkzaamheden daalt naar het niveau van 2002 (22,9%).

Uitbreiding van taken voor verloskundigen op het gebied van zorg rond anticonceptie en preconceptie is in het bovenstaande scenario 'Taakuitbreiding' niet meegenomen, omdat nog onvoldoende duidelijk is of die taken wel bij een verloskundige thuishoren en hoeveel tijd dat van een verloskundige zou kunnen vragen.

Uitbreiding van taken op het gebied van prenatale zorg is intussen al niet meer een veronderstelling, maar een feit. In een brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer van 24-10-2005 wordt meegedeeld dat per 1-1-2006 de routine echo in het tweede trimester van de zwangerschap (bij 18 – 20 weken) onder de aanspraken in het kader van de nieuwe zorgverzekeringswet zal vallen en daarmee onderdeel wordt van het basispakket, omdat: "het 'gebruikelijke' zorg betreft die in de kring van de verloskundige beroepsgroepen en de internationale standaard wetenschappelijk is aanvaard" (Brief Minister VWS 24/10/2005). In verband met het opsporen van neurale buisdefecten is op de 2e trimester echo de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) van toepassing, op grond waarvan kwaliteitseisen gesteld worden aan het uitvoeren van deze echo's, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Dit betekent een taakuitbreiding in de verloskundige keten, die vooral consequenties zal hebben voor de eerste lijn, omdat een van de uitgangspunten van het ministerie is dat de zorg rond prenatale screening zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij de normale begeleiding van de zwangerschap, dus waar mogelijk in de eerste lijn (Brief staatssecretaris VWS, 15/9/2005). Er wordt momenteel gewerkt aan het opzetten van regionale echocentra waar eerstelijns verloskundigen hun cliënten naar toe kunnen sturen, zodat verwijzing naar de tweede lijn voor een standaardaanbod als een tweede trimester echo, maar ook voor de eerste trimester echo (termijn-echo) of voor de screeningsecho (nekplooi­meting) niet nodig is. De verwachting is dat de belangstelling voor de tweede trimester echo groot zal zijn. Begin november 2005 zijn er al prenatale onderzoekscentra in Rotterdam en Breda en wordt in Amsterdam, Venlo, Arnhem en Nijmegen gewerkt aan het opzetten

van zo'n centrum (Volkskrant 10/11/2005). Daarnaast is STBN (Stichting Thuisbevalling Nederland) in nog vijf regio's in gesprek over het opzetten van een prenataal onderzoekscentrum, waar eventueel in de toekomst, naast het aanbieden van prenatale screening, ook activiteiten kunnen gaan plaatsvinden als uitwendige versie, preconceptie-advies, etcetera..

Een landelijke werkgroep Prenatale Screening formuleert eisen waaraan professionals, die actief (willen) zijn op het gebied van screening, apparatuur en organisatie moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te kunnen garanderen (KNOV/STBN okt.2005). Verloskundigen die een gecertificeerde opleiding tot verloskundig echoscopist gevolgd hebben, kunnen zich inschrijven in het Register Verloskundigen Echoscopisten. Dit register is ingesteld in het kader van de wet BIG waarin kwaliteitseisen worden gesteld aan de verloskundige beroepsuitoefening. Begin 2005 waren er 380 verloskundigen ingeschreven in dit register.

Het scenario 'Taakherschikking' is alleen, voor zover mogelijk, beschreven maar niet verder uitgewerkt omdat er onvoldoende gegevens zijn om ontwikkelingen in dit scenario te kwantificeren.

De conclusie hieruit is dat het taakuitbreidingsscenario van de behoefteeraming verloskundigen 2004-2015 realistisch is, in ieder geval in de eerstkomende jaren. In hoeverre in de toekomst taakherschikking een meetbare invloed zal krijgen op de behoefte aan verloskundigen is op dit moment nog niet te zeggen.

VERGELIJKBARE ONTWIKKELINGEN IN ANDERE ZORGSECTOREN

6

Het tekort aan huisartsen en de toenemende vraag naar zorg is voor de overheid aanleiding geweest om de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn geheel te vernieuwen (Ministerie van VWS 2003a). Het doel van deze vernieuwing is dat 'de eerstelijnsgezondheidszorg op een toegankelijke, vraaggestuurde en doelmatige wijze bij voorkeur vanuit een herkenbare plek wordt verleend. Op deze manier ontstaat 'zorg in de buurt' waarin alle betrokkenen intensief samenwerken' (Ministerie van VWS 2003a). In het kamerstuk 'De toekomstbestendige eerstelijnszorg' (Ministerie van VWS 2003b) wordt de functie van de toekomstige eerstelijnszorg als volgt omschreven:

“Een sterke eerste lijnszorg is een belangrijke pijler van een doelmatige gezondheidszorg. De eerste lijn handelt immers de meeste vragen en klachten van mensen over de lichamelijke en geestelijke gezondheid af. De eerstelijnszorg moet vraaggericht werken, eenvoudig te bereiken zijn (in de buurt), doelmatig georganiseerd zijn en kwalitatief verantwoorde zorg leveren.

De eerstelijnszorg richt zich verder op het (her)nemen van eigen verantwoordelijkheid door de patiënt, het voorkomen van ziekte, herstel en revalidatie en het leren leven met ziekte of handicap. De eerste lijnszorg kent de volgende werkzaamheden: geven van informatie, geven van zelfzorg- en preventieadviezen, verplegen en verzorgen, diagnosticeren, behandelen, beheren van het medisch dossier, doorverwijzen naar de medisch specialist en weer snel 'terugnemen van de patiënt' na diagnose en behandeling door de medisch specialist.”

Om in de toekomst aan deze functie te voldoen zijn de volgende aspecten centraal komen te staan in het overheidsbeleid (Ministerie van VWS 2003a):

- Het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners
- Het doelmatiger inrichten van ondersteuningsstructuren
- Het ondersteunen en stimuleren van (lokaal) ondernemerschap in de zorg
- Taakdifferentiatie en taakherschikking

Aangezien een groot deel van de verloskundigen in de eerste lijn werkzaam is hebben ook zij als beroepsgroep met deze veranderingen te maken. In dit hoofdstuk zullen daarom de voor dit onderzoek belangrijke ontwikkelingen in de eerstelijnszorg geschetst worden en zal de verloskundige beroepsgroep voornamelijk vergeleken worden met de huisartsen en de paramedische beroepsgroepen. Voor vergelijking met deze beroepsgroepen is gekozen omdat ze allen in de eerste lijn werkzaam zijn, ze zelfstandig een praktijk voeren (huisartsen) of qua leeftijdsopbouw en geslacht vergelijkbaar zijn (ergotherapeuten, oefentherapeuten). De volgende aspecten van de zorg zullen in dit hoofdstuk aan de orde komen:

- De aansluiting tussen de vraag naar en het aanbod van zorg
- De praktijkorganisatie
- Samenwerking tussen verschillende zorgverleners
- Werkdruk en arbeidstevredenheid
- Het oordeel van patiënten over de door hen ontvangen zorg

Deze aspecten zijn in het onderzoek Monitor van de Verloskundige Zorgverlening onderzocht en staan daarnaast dicht bij de zaken die bij het vernieuwen van de eerste-lijns zorg centraal staan.

6.1 *Overzicht verschillende beroepsgroepen*

Om inzicht te krijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen de bovengenoemde

Tabel 6.1		Achtergrondkenmerken op basis van de NIVEL beroepenregistraties naar verschillende beroepsgroepen per 1 januari 2003 of 2004				
	Verloskundigen (inclusief klinisch werkenden)**	Huis-artsen**	Extramuraal werkende fysio-therapeuten*	Ergo-therapeuten**	Oefen-therapeuten** Cesar	Mensen-dieck
Aantal werkzame personen	1.955	8.209	13.254	2.840	940	905
Aantal praktijken/ praktijkadressen	450	4.564	4.747	988	645	641
Gemiddelde leeftijd	37	47	42	35	38	39
Leeftijdsopbouw (percentage)						
Aandeel <30 jaar	29%	0,4%	12%	39%	22%	19%
Aandeel 31-54 jaar	63%	81%	79%	57%	73%	73%
Aandeel >55	8%	19%	9%	4%	5%	8%
Percentage vrouw	98%	31%	50%	93%	93%	93%
Percentage beroepsbeoefenaren naar praktijkvorm in 2004						
- Solopraktijk	9%	37%	36%	Gem.2,7 ergo-therapeuten per praktijk	61%	67%
- Duopraktijk	18%	32%	20%		27%	22%
- Groepspraktijk	73%	31%	44%		12%	11%
Percentage beroepsbeoefenaren dat parttime werkt (< 1 FTE)	-	44%	59%	82%	88%	90%
Gemiddeld FTE werkzaam	0,75#	0,83##	0,75	0,75	0,60	0,59
Gem. aantal uren per week werkzaam	29	-	37	27	29	29
alleen vrouwen: gem. aantal uren per week		-	30			

*Gegevens uit NIVEL beroepenregistraties peiljaar 2003. ** Gegevens uit NIVEL beroepenregistratie peiljaar 2004 # Wiegers e.a. 2005. ## Capaciteitsorgaan 2004

verschillende beroepsgroepen zijn enkele achtergrondkenmerken in tabel 6.1 naast elkaar gezet. De meeste cijfers uit onderstaande tabel zijn afkomstig uit de verschillende (twee)jaarlijkse beroepenregistraties die het NIVEL uitvoert (Kenens & Hingstman 2004a,b,c; 2005a,b,c). Wanneer cijfers uit andere gegevensbronnen gehaald zijn is dat in de tabel aangegeven.

De tabel moet uitdrukkelijk gezien worden als een globale vergelijking tussen de verschillende beroepsgroepen. Voor een gedetailleerde vergelijking verschillen de gegevens te veel van elkaar. Zo worden bijvoorbeeld bij fysiotherapeuten en oefen-therapeuten alle werkzame personen meegerekend om de praktijkvorm te bepalen. Bij huisartsen en verloskundigen bepalen daarentegen alleen de beroepsbeoefenaren die als zelfstandige werkzaam zijn de praktijkvorm. Daarnaast gaan de cijfers over het aantal praktijkadressen van de oefen-therapeuten alleen over de responsgroep en zijn niet opgehoogd om ze representatief te maken voor de totale beroepsgroep.

Verloskundigen in relatie tot andere beroepsbeoefenaren

Uit tabel 1 blijkt dat de verloskundigen met 1955 werkzame personen en een gemiddelde leeftijd van 35 jaar een relatief kleine en qua leeftijdsopbouw jonge beroepsgroep zijn. Alleen de oefen-therapeuten zijn als beroepsgroep kleiner en de ergotherapeuten zijn gemiddeld 2,5 jaar jonger dan verloskundigen. Het percentage vrouwen in de beroepsgroep ligt ook hoger dan bij de rest van de in tabel 1 vermelde beroepsgroepen. In vergelijking met andere beroepsgroepen werken verloskundigen veel in groepspraktijken en weinig als solist (zie tabel 6.1).

Een beroepsgroep waar verloskundigen veel mee te maken hebben zijn gynaecologen. In 2003 is er op basis van schatting van uitgegaan dat er 739 werkzame gynaecologen waren. De gemiddelde leeftijd van gynaecologen is 48,4 jaar, waarvan 0% onder de 30, 79% tussen de 31 en de 54 en 21% 55 jaar of ouder. Het aandeel vrouwen onder hen is ongeveer 30% (van der Velden e.a. 2004). Gemiddeld werken er 6,8 gynaecologen in een ziekenhuis met een baan met een omvang van 0,88 FTE. Dit komt neer op gemiddelde werkweek van gynaecologen van 46,4 uur, waarvan \pm 40% besteed wordt aan verloskundige zorg (berekeningen gebaseerd op gegevens uit van der Velden e.a. 2004).

Zeker in gebieden waar het voor verloskundigen economisch niet rendabel is om een praktijk gevestigd te hebben nemen verloskundig actieve huisartsen die taak op zich. Toch neemt het aantal verloskundig actieve huisartsen snel af. In 1998 was nog 15% van de huisartsen verloskundig actief, in 2002 was dit percentage al teruggelopen tot 6% (N= 465). Naar verwachting zal dit percentage in de toekomst verder teruglopen. Dit is de verwachting vanwege het verwachte vertrek van een aantal verloskundig actieve huisartsen en de geringe interesse in de module verloskunde in de huisartsenopleiding (Wiegiers e.a. 2005).

Parttime werkende beroepsbeoefenaren

Een van de aspecten die van belang zijn voor de afstemming van de vraag naar en het aanbod van hulpverleners is het aantal uren dat een hulpverlener werkt. In de afgelopen jaren is in het algemeen sprake van een duidelijke omslag in de opvattingen over

arbeid. In toenemende mate kiezen Nederlanders voor een deeltijd baan. Zo is het aandeel vrouwen met een deeltijdbaan in de werkzame beroepsbevolking sterk gestegen. Had in 1990 de helft van de vrouwelijke werkzame beroepsbevolking een baan van tussen de 12 en 34 uur per week, in 2003 is dit aandeel toegenomen tot 66% (Portegijs e.a. 2004). Hoewel het percentage fulltime werkende vrouwen tussen 1990 en 2003 is gedaald (van 50% naar 44%) is het aantal fulltime werkende vrouwen in die periode vergelijkbaar gebleven (Portegijs e.a. 2004). Binnen de werkzame beroepsbevolking hebben vrouwen met een HBO of wetenschappelijke opleiding relatief vaak een baan van 35 uur of meer (Portegijs e.a. 2004).

Mannen werken nog steeds meestal voltijds. Ruim 85% van de mannen die in 2003 deel uitmaakten van werkzame beroepsbevolking had een baan van 35 uur of meer (12). Waarschijnlijk is dat ook de verklaring waarom het percentage parttime werkende huisartsen (44%) en fysiotherapeuten (59%) lager ligt dan bij de overige in tabel 6.1 vermelde beroepsbeoefenaren (meer dan 80%). Toch blijkt uit onderzoek onder huisartsen (van den Berg e.a. 2003) en medisch specialisten (de Jong e.a. 2005; van der Vange e.a. 2003) dat de wens om parttime te werken ook onder mannen speelt.

6.2 *De aansluiting tussen vraag naar en aanbod van zorg*

Om te bepalen of de vraag naar en het aanbod van bepaalde hulpverleners op elkaar aansluiten moet met diverse factoren rekening gehouden worden. Zo spelen in de zorgvraag onder andere demografische, epidemiologische en beleidsmatige ontwikkelingen een rol. Voorbeelden van factoren die bij het zorgaanbod een rol spelen zijn het aantal werkzame beroepsbeoefenaren, het aantal fulltime equivalenten (FTE) dat zij werken, het beroepsrendement, de verhouding cliëntgebonden - niet-clientgebonden activiteiten, veranderingen in de inhoud van hun takenpakket etc.

Bij een behoefteeraming wordt berekend wat de opleidingscapaciteit moet zijn om vraag en aanbod in de (nabije) toekomst, meestal wordt een termijn van ongeveer 10 jaar aangehouden, op elkaar te laten aansluiten. Omdat het bij behoefteeramingen per definitie gaat om ontwikkelingen die in de toekomst plaatsvinden is het in veel gevallen niet mogelijk een eenduidig antwoord te geven op de vraag hoeveel beroepsbeoefenaren er opgeleid moeten worden om vraag en aanbod met elkaar in evenwicht te brengen. Met behoefteeramingen kunnen wel tendensen en hoofdrichtingen van ontwikkelingen in de gezondheidszorg in kaart gebracht worden. Er zijn inmiddels behoefteeramingen uitgevoerd voor verschillende beroepsgroepen, waaronder verloskundigen, huisartsen, paramedici en gynaecologen.

Vraag en aanbod verloskundigen

De sterke groei van de instroom van studenten in de opleidingen tot verloskundige heeft vooral plaatsgevonden om op korte termijn tekorten op te lossen en daarmee samenhangend de hoge werkdruk te verlichten. Verder zou een deel van de toegenomen opleidingscapaciteit ingezet kunnen worden om een antwoord te geven op meer beleidsmatige ontwikkelingen zoals de vraag naar meer klinisch werkende

verloskundigen, de overname van verloskundige activiteiten van huisartsen door verloskundigen en de uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen. Uit de recent gehouden behoefte­raming blijkt dat de opleidingscapaciteit van verloskundigen naar beneden bijgesteld zou kunnen worden, ook wanneer er met verschillende ontwikkelingen in de zorgverlening rekening wordt gehouden (Wiegers e.a. 2005).

Vraag en aanbod huisartsen

Met betrekking tot de te verwachten vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de huisartsenzorg heeft het capaciteitsorgaan in de afgelopen jaren diverse studies uitgebracht (Capaciteitsorgaan 2003, 2004). Op basis daarvan is de opleidingscapaciteit van de huisartsenopleiding de afgelopen jaren sterk verhoogd. Het gevolg hiervan is dat het aantal huisartsen tussen 1993 en 2003 met 16% is gestegen (Kenens & Hingstman 2004a). Ondanks die vergroting van de opleidingscapaciteit wordt verwacht dat de vraag naar huisartsen in de toekomst sneller zal gaan stijgen dan het aanbod. Wanneer er geen maatregelen genomen worden is het met andere woorden niet onwaarschijnlijk dat er tekorten aan huisartsen blijven bestaan.

Vraag en aanbod paramedische beroepen

Ook bij fysiotherapeuten is de opleidingscapaciteit vrij snel gestegen. Tussen 1997 en 2003 is het aantal werkzame fysiotherapeuten met 13% toegenomen (Kenens & Hingstman 2004c). Op basis van beleidsarme ramingen bestaat er een reële kans dat er een overschot aan fysiotherapeuten in de eerste lijn zal ontstaan (Bakker e.a. 2005). Op basis van beleidsrijke ramingen zullen de vraag naar en het aanbod van fysiotherapeuten wat meer met elkaar in evenwicht zijn (Vugts e.a. 2004).

De meest recente behoefte­raming voor ergotherapeuten dateert uit 1999. Uit de berekeningen van toen bleek dat de vraag naar ergotherapeuten in elk scenario lager lag dan het beschikbare aanbod indien de opleidingscapaciteit van 1998 gehandhaafd zou blijven (van der Velden & Hingstman 1999).

In de afgelopen 10 jaar is het aantal werkzame oefentherapeuten met bijna 25% gestegen (Kenens & Hingstman 2005b,c). Rekening houdend met demografische en epidemiologische ontwikkelingen in de zorgvraag zijn er voor wat betreft oefentherapeuten op korte termijn vooralsnog geen grote capaciteitsproblemen te verwachten. Op langere termijn (2020) dreigt er wellicht een overschot, aangezien het aanbod wat sneller groeit dan de vraag (Bakker e.a. 2005). Dat fysiotherapie en oefentherapie maar beperkt in het nieuwe basispakket van de zorgverzekering zitten zal wellicht betekenen dat de zorgvraag af zal nemen. Daar staat tegenover dat fysiotherapie en oefentherapie direct toegankelijk worden. Dit zou mogelijk bij kunnen dragen aan een toenemende zorgvraag (Bakker e.a. 2005).

Vraag en aanbod gynaecologen

Uit de arbeidsmarktmonitor voor gynaecologen blijkt dat de huidige opleidingscapaciteit bovenaan de bandbreedte van het berekende benodigde aantal gynaecologen zit. Dit betekent dat er op dit moment geen sprake van een grote onvervulde zorgvraag naar gynaecologen lijkt te zijn (van der Velden e.a. 2004). Gegevens over wachtlijsten

en wachttijden laten zien dat er geen groot structureel tekort is. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met het feit dat gezien de aard van een deel van de zorg die door gynaecologen wordt verleend, een tekort aan gynaecologen eerder zal leiden tot een grotere werkdruk onder gynaecologen dan tot lange wachtlijsten (van der Velden e.a. 2004).

6.3 *Praktijkorganisatie*

Praktijkomvang

Tussen 1994 en 2004 is het aantal solowerkende verloskundigen afgenomen van 24% tot 9% (Hingstman & Harmsen 1994a; Kenens & Hingstman 2004b). De trend dat verloskundigen steeds minder solo werken terwijl het aantal verloskundigen dat in een groepspraktijk werkt toeneemt staat niet op zichzelf. Ook in andere beroepsgroepen zoals bij huisartsen en fysiotherapeuten neemt het aantal solistisch werkende beroeps-beoefenaren af en het aantal werkzaam in groepspraktijken toe. Zo is het aantal solowerkende huisartsen tussen 1993 en 2004 bijvoorbeeld gedaald van 52% naar 37%. Werkte in 1993 nog 17% van de zelfstandig werkzame huisartsen in een groepspraktijk, elf jaar later was dat percentage toegenomen tot 30,5% (Hingstman & Harmsen 1994b; Kenens & Hingstman 2004a). Het aantal extramuraal werkende fysiotherapeuten dat alleen een praktijk runt is tussen 1993 en 2003 teruggelopen van 41 naar 36 procent (Hingstman & Harmsen 1994c; Kenens & Hingstman 2004c). De wens van veel zorgverleners om minder uren in de week te gaan werken zal zeker invloed hebben op de praktijkomvang. Parttimers geven er namelijk de voorkeur aan om in 'grootschalige samenwerkingsverbanden' te werken (Bakker e.a. 2005).

Verhouding cliëntgebonden- niet-clientgebonden werkzaamheden

De hoeveelheid tijd die zorgverleners kwijt zijn aan niet-clientgebonden werkzaamheden is vaak één van de factoren die een rol spelen bij het bepalen van de kwaliteit van zorg. Het streven is het aandeel niet-clientgebonden werkzaamheden in de totale werktijd van zorgverleners tot een minimum terug te dringen. Ontwikkelingen die hiertoe bijdragen zijn bijvoorbeeld het efficiënter werken vanwege verbeterde samenwerking met andere hulpverleners en het herschikken van niet-clientgebonden taken van verloskundigen naar andere beroepen zoals de praktijkassistente, de administrateur of de praktijkmanager. Ook de regionale ondersteuningsstructuren kunnen een deel van de niet-clientgebonden taken van hulpverleners overnemen. Verzekeraars nemen in de eerstelijnszorg veel initiatieven om de zorg beter en doelmatiger te organiseren. Zo heeft een verzekeraar bijvoorbeeld een facilitair bedrijf opgericht om huisartsen en tandartsen niet-clientgebonden taken uit handen te nemen (Ministerie van VWS 2003b).

Uit berekeningen blijkt dat verloskundigen op dit moment 72 procent van hun tijd besteden aan cliëntgebonden werkzaamheden en 28 procent aan niet-clientgebonden werkzaamheden (Wiegers & Janssen 2005). Voor huisartsen geldt dat het percentage van de werktijd dat werd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten tussen 1987 en

2001 gelijk bleef, in beide jaren 30 procent (van den Berg e.a. 2003).

Uit cijfers onder fysiotherapeuten blijkt dat zij in 2003 gemiddeld 11% van hun tijd aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden besteden. Voor vrijgevestigde vrouwelijke fysiotherapeuten ligt dit percentage iets hoger, namelijk op 14 procent (Kenens & Hingstman 2004c). Bij oefentherapeuten is dit percentage redelijk vergelijkbaar met dat van de fysiotherapeuten (Kenens & Hingstman 2005b,c).

In een NIVEL onderzoek uit 2003 onder gynaecologen wordt er voor pas kort werkzame gynaecologen in algemene ziekenhuizen van uitgegaan dat zij ongeveer 18% van hun werktijd aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden besteden (van der Velden e.a. 2004). Twee jaar eerder zijn alle gynaecologen ondervraagd en toen bleek het percentage niet cliëntgebonden taken 20% te zijn (van der Velden e.a. 2001b). Dit verschil zou verklaard kunnen worden doordat gynaecologen die al wat langer werkzaam zijn vaker niet-cliëntgebonden taken uitvoeren dan gynaecologen die pas kort werken.

Overigens is enige relativering over de verdeling cliëntgebonden – niet-cliëntgebonden werkzaamheden wel op zijn plaats. Het meten van het aandeel niet-cliëntgebonden werk in het totaal van de werkzaamheden is sterk afhankelijk van de vooraf overeengekomen definitie die daarvoor gehanteerd wordt en van de gedetailleerdheid waarmee geregistreerd of gerapporteerd wordt. Bij een aantal werkzaamheden is het heel duidelijk of het cliëntgebonden of niet-cliëntgebonden werkzaamheden betreft: zo zijn het houden van een spreekuur, het afleggen huisbezoeken en cliëntenbesprekingen voorbeelden van cliëntgebonden taken. Onder niet-cliëntgebonden werkzaamheden kan het bijhouden van de praktijkadministratie worden verstaan. Voor andere werkzaamheden is het onderscheid niet altijd duidelijk of worden de twee verschillende soorten werkzaamheden gecombineerd: in hoeverre is bijvoorbeeld praktijkoverleg waarin zowel organisatorische zaken als cliëntendossiers doorgesproken worden cliëntgebonden?

Taakherschikking en taakdelegatie

In de gezondheidszorg werken verschillende beroepsgroepen. Hoe zij taken onderling hebben verdeeld, is te verklaren vanuit ontwikkelingen die in het verleden hebben plaatsgevonden. De verdeling van taken is echter een dynamisch proces. In de praktijk vinden voortdurend verschuivingen van taken plaats. Instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars zoeken naar manieren om bijvoorbeeld de wachtlijst te verkorten of de zorg beter te organiseren door (delen van) taken te verschuiven van de ene naar de andere beroepsgroep. Aanpassingen in het takenpakket van beroepsbeoefenaren lijken daaraan een bijdrage te kunnen leveren. Deze verschuiving van taken kan grofweg op twee manieren plaatsvinden, middels taakherschikking of middels taakdelegatie.

Taakherschikking wordt door de raad voor de volksgezondheid en zorg gedefinieerd als ‘het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen’ (RVZ 2002). Taken worden met andere woorden niet anders over verschillende functies verdeeld, maar over verschillende beroepen of beroepsgroepen. Het verschil tussen taakherschikking en taakdelegatie zit in de overdracht van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Bij taakherschikking gaat naast het uitvoeren van de taak ook de bevoegd-

heid en de verantwoordelijkheid over naar de andere beroepsgroep. Bij taakdelegatie werkt de andere beroepsbeoefenaar onder de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar die de taak eerder uitvoerde. De laatstgenoemde beroepsbeoefenaar blijft daarmee eindverantwoordelijk.

Verschillende partijen zien taakherschikking tussen beroepen als een instrument waarmee capaciteitstekorten bij een of meer beroepen opgelost kunnen worden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg formuleert het als volgt: “Taakherschikking biedt mogelijkheden voor een betere organisatie van de zorg, een optimale bedrijfsvoering, meer kwaliteit van zorg, een adequatere aanwending van de beschikbare capaciteit en meer carrièreperspectieven voor mensen in de zorg” (RVZ 2002).

De overheid ziet taakherschikking als ‘een maatregel die snel en efficiënt een bijdrage kan leveren aan de oplossing van de personeelsproblemen in de zorg’ (Ross van Dorp 2003). Andere voordelen van taakherschikking zijn: het verbeteren van de kwaliteit van zorg, de toegenomen cliënttevredenheid en het doelmatiger ingezet worden van beschikbare middelen (Ross van Dorp 2003).

De meeste voorbeelden van taakherschikking zijn te vinden in de eerste lijn en in de ziekenhuizen. Een voorbeeld van taakherschikking, dat op dit moment veel in de belangstelling staat, is de komst van de nurse practitioner. Een nurse practitioner is een verpleegkundige die met aanvullende scholing en met een grote mate van zelfstandigheid taken overneemt van huisartsen en medisch specialisten.

Een ander voorbeeld van de huidige taakherschikking is de werkverdeling in de zogenoemde huisartsenposten. Huisartsen hebben de bereikbaarheid in avond- en nachtdiensten georganiseerd in deze posten om de werkdruk te verminderen. Een doktersassistente beoordeeld hierbij voor de patiënten van alle aangesloten huisartsen de eerste klachten en de urgentie. Op deze manier is de acute zorg ook buiten kantooruren gegarandeerd en neemt de doktersassistente een deel van de taken van de huisartsen over (RVZ 2002). Ook in de mondzorg (taken van tandarts naar mondhygiëniste) en oogzorg (taken van oogarts naar optometrist) is taakherschikking een bekend fenomeen (RVZ 2002).

In de verloskundige zorgverlening is men ook druk bezig met het herschikken en delegeren van taken. Voorbeelden van verschoven of te verschuiven taken van en naar verloskundigen zoals ze in de behoefte- en behoefteteraming van verloskundigen zijn beschreven (Wiegers e.a. 2005) zijn:

- Het verschuiven van taken op het gebied van anticonceptiezorg van huisartsen naar verloskundigen
- Het binnen verloskundige praktijken meer over laten aan praktijkassistenten en/of praktijkmanagers
- Het overdragen van taken van gynaecologen naar klinisch werkende verloskundigen of physician assistants
- Het vaker laten plaatsvinden van de prenatale screening in de eerstelijns

Volgens de KNOV is taakherschikking naar verloskundigen een goede ontwikkeling aangezien dat kan leiden tot:

- Betere kwaliteit van de zorg voor cliënten waarbij uitgegaan wordt van een integraal zorgaanbod voor verloskundigen

- Grotere doelmatigheid van zorg. Met de juiste zorg op de juiste plaats worden overbehandeling en onderbehandeling in de verloskunde voorkomen
- Een loopbaanperspectief voor verloskundigen (Waelput & van der Hoff 2005). Aangezien het proces van taakherschikking en taakdelegatie binnen de verloskundige keten nog volop in ontwikkeling is, is het op dit moment nog lastig aan te geven hoe een en ander in de toekomst vorm zal gaan krijgen. De KNOV heeft aangegeven de komende tijd de discussie over taakherschikking binnen de verloskunde aan te gaan (Waelput & van der Hoff 2005).

De komst van nieuwe technologische mogelijkheden zal de mogelijkheden voor taakherschikking en taakdelegatie in de toekomst zeker vergroten (RVZ 2002). Voor verloskundigen kan hierbij gedacht worden aan technologieën die het mogelijk maken hoog risico zwangeren zo lang mogelijk thuis te laten blijven.

6.4 *Samenhang in de zorg en samenwerking*

Een sterke eerstelijns gezondheidszorg is belangrijk om de gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Om dit ook in de toekomst te kunnen blijven doen zullen huisartsen, verpleegkundigen, verloskundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk en RIAGG's veel beter met elkaar moeten gaan samenwerken (Ministerie van VWS 2003b). Op landelijk niveau spannen partijen zich in verbetering van samenwerking te stimuleren en belemmeringen tot samenwerking weg te halen, zodat regionale partijen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen om tot betere samenwerking te komen. Het is al een tijdje overheidsbeleid dat de toekomstige eerstelijnszorg moet worden ingericht rond de (lokale) zorgbehoefte van de patiënt (Ministerie van VWS 2003a). Dit wordt ondersteund door de afspraken die in de intentieverklaring versterking eerstelijns zorg zijn gemaakt door de volgende organisaties: AVVV, KNGF, KNMP, KNOV, LVE, LVG, LVT, MO-groep, NPCF, VvOCM, ZN en VWS (Ministerie van VWS 2004b). Sinds 1 januari 2005 is de 'module voor regionale ondersteuning' van toepassing (de Wildt 2005). Zorgverzekeraars mogen volgens deze module op basis van eigen inzicht tijdelijke contracten opstellen met eerstelijns disciplines. Verspreid over het hele land zijn hierdoor organisaties ter ondersteuning van de eerste lijn ontstaan die in eerste instantie gericht zijn op huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten en in mindere mate oefentherapeuten (Caesar / Mensendieck) en logopedisten. De redenen hiervoor zijn 'het beperkte budget, de inkoopspecificaties van de zorgverzekeraar, het reduceren van de monodisciplinaire structuur van de huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten (die al gewend waren aan ondersteuning) en het overzichtelijk willen houden van een startende organisatie' (de Wildt 2005). De komst van de Regionale Ondersteuningsstructuren waarin verschillende disciplines vertegenwoordigd zijn zullen, na een moeizame start naar verwachting zeker bijdragen aan een goede samenwerking tussen deze beroepsbeoefenaren (Ministerie van VWS 2003a). Zeker wanneer het gaat om samenwerking tussen verschillende beroepsbeoefenaren is het belangrijk dat gegevens van patiënten altijd en overal beschikbaar komen voor daartoe geautoriseerde hulpverleners. Het landelijk elektronisch patiëntendossier

(EPD) moet een belangrijke rol gaan spelen in de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners, het efficiënter maken van werkprocessen en het verlenen van zorg op afstand. Op dit moment wordt gewerkt aan een basisstructuur voor het veilig en betrouwbaar uitwisselen van gegevens. Ook wordt het steeds eenvoudiger voor beroepsbeoefenaren om gegevens via ICT uit te wisselen (Ministerie van VWS 2004a; 2005). Voor verloskundigen zal hierdoor de samenwerking met bijvoorbeeld verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen in de toekomst efficiënter kunnen verlopen. Vanuit het oogpunt van de bescherming van persoonsgegevens zitten er op dit moment echter nog heel wat haken en ogen aan het EPD. Zo bestaat de angst dat elektronische dossiers gemakkelijk te kraken zijn en in te zien voor onbevoegden. Daarnaast is het nog niet altijd en overal mogelijk voor patiënten om een bepaalde persoon of een bepaalde beroepsgroep uit te sluiten van zijn of haar dossier (NICTIZ 2005).

6.5 *Arbeidstevredenheid en werkdruk*

Een tekort aan bepaalde beroepsbeoefenaren hangt samen met een hoge werkdruk in die beroepsgroep. Oplossingen om de werkdruk binnen een beroepsgroep te verminderen kunnen zijn: het vergroten van de opleidingscapaciteit, het verminderen van de uitstroom uit het beroep, het afremmen van de zorgvraag (door bijvoorbeeld het vragen van een eigen bijdrage), het verschuiven van taken naar andere beroepsgroepen, de inzet van ICT en het efficiënter organiseren van de zorg zodat met de bestaande capaciteit meer patiënten geholpen kunnen worden.

Binnen de verloskunde zijn in de afgelopen jaren een aantal van die maatregelen zichtbaar doorgevoerd. Zo is er een toename van taakverdeling binnen praktijken waar te nemen, zijn verloskundige praktijken sterk geautomatiseerd, is de opleidingscapaciteit vergroot en blijkt er een lichte toename van praktijken met een praktijkassistente te zijn (Wiegers & Janssen 2005). Daarnaast is in 2002 de Master of Science Verloskunde van start gegaan, een tweejarige parttime opleiding die verloskundigen een academische vorming biedt. In 2005 zijn een éénjarige opleiding Klinisch Verloskundige en een tweejarige masteropleiding Klinisch Verloskundige van start gegaan en in 2006 volgt een derde opleiding Klinisch Verloskundige, elk met onder andere als doel verloskundigen een carrièreperspectief te bieden.

Uit onderzoek onder fysiotherapeuten blijkt dat een deel van de fysiotherapeuten de werkdruk te hoog vindt, de loopbaanontwikkeling te slecht en de beloning niet adequaat (Hermans 2002). Net als bij verloskundigen zijn voor fysiotherapeuten de nieuwe masteropleidingen en de verbreding van het beroepenveld een mogelijkheid om beroepsbeoefenaren langer bij het beroepsveld betrokken te houden.

Ook binnen de tandartspraktijken wordt een hoge werkdruk geconstateerd, doordat er sprake is van een tekort aan tandartsen. Oplossingsrichtingen die door tandartsen plaatsvinden zijn onder andere het aanhouden van een langere wachttijd voor patiënten en het sluiten van de praktijk voor nieuwe patiënten (van Dam & Bruers 2002). Vanwege de aard van de zorgvraag zijn deze manieren van met werkdruk omgaan voor verloskundigen niet van toepassing.

Een beroepsgroep die, ondanks een toename van de opleidingscapaciteit, nog steeds met een grote werkdruk te maken heeft is de beroepsgroep van huisartsen. Huisartsen hebben het drukker gekregen. Patiënten hebben vaker contact met de huisarts en het aantal patiënten per FTE is toegenomen. Terwijl het aantal patiënten per FTE toenam zijn huisartsen minder uren in de week gaan werken, waardoor zij meer medische klachten in minder tijd verwerken. Binnen de verdeling naar soorten contacten heeft een verschuiving plaatsgevonden naar meer telefonische contacten en minder huisvisites (van den Berg e.a. 2003). Binnen de huisartsenpraktijk heeft taakdelegatie naar assistenten bijgedragen aan een efficiëntere praktijkvoering. Taakdelegatie naar praktijkondersteuners heeft geleid tot kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken. Het blijkt dat checkups voor deze groep patiënten beter plaatsvinden en dat zij beter worden geïnformeerd (Lamkadden e.a. 2004). Ook blijken praktijkondersteuners voor verlichting van de werklust van huisartsen te zorgen (Lamkadden e.a. 2004; Bakker e.a. 2005). Vanwege de beperkte omvang van hun werkzaamheden is deze bijdrage aan het verminderen van de werklust van huisartsen op dit moment echter nog niet substantieel. Wanneer de huisarts nog meer taken aan de praktijkondersteuner overlaat zal dat een positief effect hebben op de werkdruk van huisartsen (Lamkadden e.a. 2004). Tot slot is door de versterking van de eerstelijns GGZ de werkdruk onder huisartsen minder geworden (Bakker e.a. 2005). Uit onderzoek onder huisartsen blijkt dat assistentenkenmerken en percentage assistenten, praktijkgrootte en al dan niet zelfstandig (solo) werkzaam zijn maar een relatief klein gedeelte van het verschil in werkbelasting en werkdruk verklaarden (van den Hombergh e.a. 1997). Factoren die volgens de onderzoekers vermoedelijk een grotere bijdrage zullen leveren zijn het omgaan met het terugvragen van cliënten voor controle, werkstijl, beroepsopvatting en persoonlijkheidsfactoren. Ook verschillen tussen praktijken zoals praktijkcultuur, taakopvatting en teamgeest, verklaren waarschijnlijk een groter deel van de verschillen in ervaren werkdruk (van den Hombergh 1997). De mate waarin huisartsen, maar ook andere hulpverleners in de gezondheidszorg hun eigen functioneren structuur weten te geven speelt ook een belangrijke rol bij het wel of niet ervaren van een hoge werkdruk (van den Hombergh 1997).

Een andere thema dat met name voor werkende vrouwen een belangrijke factor is, is het combineren van werk en privé. In het onderzoek monitor verloskundige zorgverlening is hier ook naar gevraagd. Net als bij veel andere werkende vrouwen blijkt met name bij verloskundigen met een gezin het combineren van werk en zorgtaken een probleem te zijn.

Uit de emancipatiemonitor komt naar voren dat de relatie tussen de arbeidsdeelname van vrouwen en het zorgaandeel van mannen niet erg sterk is. Factoren die belangrijker zijn in de beslissing van vrouwen wel of niet aan het arbeidsproces deel te nemen zijn de organisatie van betaalde arbeid, financiële aspecten (zoals inkomensverlies door minder werken) en de mogelijkheden voor vrouwen werktijden af te stemmen op de zorgtaken thuis (Portegijs e.a. 2004). Met name de afstemming van de werktijden op de zorgtaken thuis is voor verloskundigen soms lastig te realiseren. Een grotere bijdrage van de zorgtaken van de partners kan een mogelijke oplossing zijn. De mogelijkheden om vanuit de overheid te sturen in deze taakverdeling in de privé-sfeer is echter beperkt (Portegijs e.a. 2004).

6.6 *Oordeel van patiënten*

Al geruime tijd vormt het stimuleren en aanspreken van aanbieders van zorg op het vraaggericht maken van hun aanbod een herkenbare lijn in het overheidsbeleid. De laatste jaren is dit beleid er ook op gericht de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en de keuzevrijheid van zorggebruikers te vergroten (Ministerie van VWS 2001). Zo wil de overheid met onder andere de komst van het nieuwe zorgstelsel stimuleren dat burgers en patiënten die dat kunnen zelf keuzes maken en meer eigen verantwoordelijkheid gaan dragen (Smit & Friele 2005). Bij de keuze voor een zorgaanbieder moeten zorggebruikers inzicht hebben in service, bereikbaarheid en bejegening, wachttijden, prijs en zo mogelijk ook de kwaliteit van de geboden zorg en tevredenheid van zorggebruikers over de ontvangen zorg (Ministerie van VWS 2004a). Een strategie van de overheid dit laatste te bewerkstelligen en om daarnaast de positie van de patiënt te versterken is ze de mogelijkheid te bieden hun wensen en ongenoegens over de zorg kenbaar te maken.

De laatste jaren is er dan ook sprake van een flinke toename van het onderzoek naar wat patiënten belangrijk vinden en hoe zij de zorg ervaren. In een recent verschenen onderzoek zijn deze onderzoeken opgespoord en is er een overzicht gemaakt van al deze studies (Smit & Friele 2005). Het onderzoek is gebaseerd op 27 vanaf 1995 uitgevoerde Nederlandse studies onder in totaal 66.000 patiënten, waaronder verschillende groepen chronisch zieken. In al die studies is aan patiënten gevraagd wat hun ervaringen zijn met de gezondheidszorg in het algemeen, wat zij belangrijke aspecten van de zorg vinden en wat daarmee hun ervaringen zijn. Ongeacht de aandoening van cliënten blijken zij de volgende verbeterpunten aan te geven:

- Eén op de drie patiënten vindt dat het na verwijzing door de huisarts te lang (langer dan 14 dagen) duurt voor ze bij een medisch specialist terecht kunnen.
- Een kwart van de mensen die na ontslag uit het ziekenhuis thuiszorg nodig hadden, zegt dat er op dat moment geen thuiszorg voor ze beschikbaar was.
- Een kwart van de chronisch zieken die verschillende medicijnen gebruiken, zegt dat hun arts niet met ze heeft gepraat over de vraag hoe je die verschillende medicijnen moet combineren.
- Ruim de helft van de chronisch zieken zegt dat hun huisarts of hun medisch specialist nooit met ze heeft gesproken over de vraag wat zij moeten doen in geval van nood.

Andere belangrijke verbeterpunten zijn:

- Meer privacy in de huisartspraktijk, zodat bijvoorbeeld de mensen in de wachtkamer niet kunnen verstaan wat de assistente met een patiënt bespreekt.
- Betere rolstoeltoegankelijkheid van de huisartspraktijk.
- De mogelijkheid voor chronisch zieken om een andere medisch specialist te kiezen wanneer het niet 'klikt'. Dit is volgens patiënten vaak niet mogelijk.
- Betere telefonische bereikbaarheid van medisch specialisten.
- Invloed op het aantal uren thuiszorg. Een kwart van de mensen die thuiszorg krijgen weet niet hoe ze het aantal uren zorg dat ze krijgen (tijdelijk) kunnen laten aanpassen aan hun behoefte.

- Meer informatie voor patiënten in het ziekenhuis over de behandeling die ze krijgen, de mogelijke risico's daarvan en de eventuele alternatieven.

Wanneer in een aantal onderzoeken onder patiënten van huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten (Brouwer e.a. 2002), thuiszorg (van der Veer e.a. 2003), kraamzorg (Herschderfer e.a. 2002) en de eerste lijn in zijn totaliteit (van Linschoten e.a. 2004) aan mensen gevraagd wordt wat zij belangrijk vinden aan eerstelijns zorg dan blijken zij de volgende aspecten van belang te vinden:

- Het hebben van een keuzemogelijkheid (van hulpverleners en bij behandelingen).
- Toegankelijkheid
- Informatie (bijvoorbeeld over eigen gezondheid en over de aangeboden zorg)
- Gezamenlijk patiëntendossier zodat niet steeds hetzelfde verhaal aan verschillende hulpverleners verteld hoeft te worden
- Het hebben van een aanspreekpunt

Ook voor de verloskundige beroepsgroep is de stem van de cliënt een belangrijk item. Zo is een van punten die uit het platform modernisering verloskunde naar voren is gekomen dat bij het moderniseren van de verloskundige zorgverlening de zwangere centraal moet komen te staan. Dit betekent dat de verleende zorg gericht moet zijn op de optimale begeleiding van de gezonde zwangere en de zwangere met risicofactoren, een optimale uitkomst van de zwangerschap met een goede beleving daarvan, gevolgd door een goede follow-up van de kinderperiode (Nijhuis 2005).

Tijdens de vierde meting van de monitor verloskundige zorgverlening is aan cliënten van verloskundigen gevraagd welke aspecten zij goed vonden aan de zorg die ze van hun verloskundige gekregen hadden en welke aspecten zij voor verbetering vatbaar vonden (Wiegers & Janssen 2005). Ook hieruit kwamen thema's als het onprettig vinden om door meerdere verloskundigen te worden begeleid, telefonische bereikbaarheid en goede informatievoorziening en uitleg bij wat de behandeling inhoud aan de orde. De verloskundige cliënten blijken dus voor een groot deel tegen dezelfde soort problematiek aan te lopen als andere cliëntengroepen.

6.7 *Overige ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening*

De daling van aantal kinderen dat jaarlijks geboren wordt is een eerste in het oog springende factor die van invloed is geweest op de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Werden er in 2000 nog meer dan 207.000 kinderen geboren, in 2004 was dat teruggelopen tot 195.000 en het CBS verwacht in de komende jaren een verdere daling, tot minder dan 180.000 per jaar.

Het opheffen van het primaat in 2001 heeft de mogelijkheden vergroot voor samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen, met name in de gebieden waar de tekorten erg groot waren (van Veen 2001). Deze samenwerking, zoals bijvoorbeeld in de kop van Noord-Holland, waar huisartsen de prenatale zorg en de kraamvisites deden en verloskundigen de bevallingen, heeft bijgedragen tot het in stand houden van de eerstelijns verloskunde daar.

De toegenomen technologische mogelijkheden, bijvoorbeeld op het gebied van echo-

scopie en prenatale screening, hebben ook hun invloed op de beroepsuitoefening van verloskundigen. Sinds de jaren 70 wordt prenatale screening op Downsyndroom en andere chromosomale afwijkingen, in de vorm van vruchtwaterpunctie of vlokcentest, aangeboden aan zwangeren van 38 jaar (sinds 1985: 36 jaar) en ouder. In 2001 bracht de gezondheidsraad een eerste advies uit over een non-invasieve screeningsmethode (de zogenaamde tripel-test), waarmee naast een verhoogde kans op chromosomale afwijkingen ook een verhoogde kans op neuralebuisdefecten kan worden opgespoord. Deze screening zou aangeboden moeten worden aan alle zwangeren (Gezondheidsraad 2001). Pas twee-en-een-half jaar later, in november 2003, kwam de overheid met een kabinetsstandpunt betreffende prenatale screening (Brief staatssecretaris VWS 2003) waarin het voorstel van de Gezondheidsraad werd afgewezen en de leeftijds-grens van 36 jaar voor het aanbieden van prenatale screening werd gehandhaafd. In april 2004 kwam de Gezondheidsraad met een nieuw advies met betrekking tot prenatale screening, waarin 'De commissie adviseert screening op downsyndroom en neuralebuisdefecten voor alle zwangere vrouwen mogelijk te maken, met de combinatietest (1:175) respectievelijk tweede-trimester-echoscopie.' (Gezondheidsraad 2004). De reactie van de staatssecretaris daarop is dat zij het kabinetsstandpunt van november 2003 handhaaft, maar daar een recht op informatie voor alle zwangeren aan toevoegt (Brief staatssecretaris VWS 2004). Dit betekent een taakuitbreiding voor verloskundige zorgverleners en met name voor verloskundigen, omdat immers 80% tot 85% van alle zwangeren aan het begin van de zwangerschap, wanneer de informatie over screeningsmogelijkheden gegeven moet worden, bij een verloskundige onder controle zijn. Een volgende stap is dan om de screening zelf ook in de eerste lijn aan te bieden. De KNOV is daar een groot voorstander van, waarbij voldoende deskundigheid en praktijkoverstijgende samenwerking van groot belang zijn. De discussie hierover is in een stroomversnelling geraakt door de publicatie van de PERISTAT-cijfers, in december 2003, waarin werd aangetoond dat de daling van de perinatale sterfte in Nederland achterbleef bij die in andere Europese landen (Buitendijk e.a. 2003). Een van de veronderstellingen daarbij was dat de beperkte mate waarin in Nederland prenatale screening op aangeboren afwijkingen plaatsvindt van invloed is op de plaats op de ranglijst (van der Leeuw-Harmsen e.a. 2005, Buitendijk & Nijhuis 2004). In de brief van de minister van VWS, waarin aangekondigd wordt dat een tweede-trimester-echo per 1-1-2006 deel gaat uitmaken van het basispakket van de nieuwe zorgverzekering (Brief minister VWS 2005) wordt dan ook verwezen naar het PERISTAT-onderzoek. Het is nu aan de beroepsgroep om er zorg voor te dragen dat er voldoende gecertificeerde echoscopisten in de eerste lijn zijn om de zorg ook te kunnen bieden. Ook dit houdt dus een verdere taakuitbreiding in, al zal dat niet voor iedere individuele verloskundige het geval zijn. Gedacht wordt aan het opzetten van regionale centra voor prenatale screening, waar samenwerkende praktijken hun cliënten naar kunnen verwijzen.

Ook op een ander terrein denkt de beroepsgroep na over mogelijke taakuitbreiding van de eerstelijns verloskundigen, en wel op het gebied van reproductieve zorg. Nu al wordt vaak, bij de afsluiting van de zorg na bevalling en kraambed, aandacht besteed aan preconceptie en anticonceptie, met het doel vrouwen bewust te maken van hun

keuzemogelijkheden en beperkingen bij een mogelijk volgende zwangerschap, maar er gaan stemmen op om het hele traject vanaf de eerste tot aan de laatste menstruatie te rekenen tot het professionele terrein van de verloskundige. In augustus 2005 is de KNOV gekomen met een formeel standpunt Preconceptiezorg (de Jonge 2005). De argumentatie daarachter is dat sommige leefstijladviezen, onderzoeken, aanpassingen van medicatie en behandelingen het beste al vóór de conceptie gegeven of doorgevoerd kunnen worden en dat de verloskundige daarvoor de meest aangewezen zorgverlener is voor vrouwen zonder vooraf bekend verhoogd risico, omdat het goed aansluit bij de onderwerpen die bij de prenatale intake aan de orde komen. De verloskundige (of huisarts) vervult dan, evenals bij de perinatale zorg, een poortwachtersfunctie naar de (duurdere) tweedelijns zorg.

Het aantal verloskundigen dat in de tweede lijn werkzaam is, is altijd relatief klein geweest in vergelijking met het totaal aantal verloskundigen. Tussen 1993 en 2001 schommelde het aandeel van de klinisch werkenden rond de 15%, maar na 2001 nam dat toe van 16,9% in 2002 naar 19,6% in 2004. Al in 2000 werd door de Stuurgroep Modernisering Verloskunde de aanbeveling gedaan om te komen tot een 'continue aanwezigheid op de verloskamers van een tweedelijns verloskundige, die daartoe aanvullend is opgeleid' (Stuurgroep Modernisering Verloskunde 2000). Deze aanbeveling had zowel een inhoudelijke als een praktische achtergrond. De praktische was dat, ten gevolge van te verwachten veranderingen in de medisch-specialistische opleidingen, er in de toekomst minder AGNIO's (assistent-geneeskundigen-niet-in-opleiding) zijn die op de verloskamers kunnen werken en dat die plaatsen het beste door verloskundigen kunnen worden ingenomen. De inhoudelijke achtergrond was dat de aanwezigheid van verloskundigen naar verwachting zal bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de begeleiding van patiënten op de verloskamers, met name waar het de fysiologische aspecten van de partus betreft (zie ook de Nota inzake Organisatie klinische verloskundige zorg: de 2e lijns verloskundige, NVOG, 2000). In de 'onderbouwing van een specialisatie tweedelijns verloskundige' (2002) schrijft de KNOV: 'Het belangrijkste kenmerk van de tweedelijns verloskundige is dat zij als specialist op het gebied van de fysiologische verloskunde binnen de klinische setting de fysiologische benadering van een patiënt met een medische indicatie bewaakt'. In de beide behoeften voor verloskundigen die tot nu toe gemaakt zijn (2001-2020 en 2004-2015) is wel rekening gehouden met deze geplande toename van het aantal klinisch werkende verloskundigen, maar nog niet met mogelijke beroepsinhoudelijke veranderingen die dat binnen de tweede lijn en tussen de eerste en tweede lijn tot gevolg kan en zal hebben.

Uit het onderzoek ‘Monitor van de Verloskundige Zorgverlening’ kunnen verschillende conclusies getrokken worden. Voorop staat dat de maatregelen van de overheid om de werkdruk van verloskundigen te verminderen en de thuisbevalling te behouden het gewenste effect hebben gehad, al heeft de daling van het geboortecijfer daar ook een rol in gespeeld. Daarbij moet vermeld worden dat, ook al waren de steekproeven voldoende representatief wat betreft soort praktijk en de mate van verstedelijking, er geen garantie is dat ook de probleempraktijken voldoende vertegenwoordigd waren in dit onderzoek. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de resultaten uit de eerste jaren van de monitor een gunstiger beeld hebben gegeven van de tijdbesteding en de ervaren werkdruk dan feitelijk het geval is geweest. Dat toch gevonden is dat de maatregelen het gewenste effect hebben gehad betekent dat de veranderingen breed zijn opgetreden.

De belangrijkste conclusies van het onderzoek zijn hieronder opgesomd.

Conclusies met betrekking tot het aanbod aan verloskundige zorgverleners:

- Het aantal werkzame verloskundigen is toegenomen met 28% van 1.627 in 2001 tot 2.080 in 2005.
- Het aantal praktijken in het onderzoek met een of meer vacatures is teruggelopen van bijna de helft (41%) in 2001 naar 10% in 2004.
- Het aantal verloskundig actieve huisartsen is afgenomen, van naar schatting 870 in 2000 tot tussen de 400 en 500 in 2002 en zal volgens eigen verwachting verder dalen.

Samenvattend: De afname van het aantal praktijken met vacatures, samen met de toename van het aantal werkzame verloskundigen, laat zien dat de tekorten, waar in 2000 sprake van was, zijn opgeheven.

Conclusies met betrekking tot de organisatie van de verloskundige zorgverlening:

- De omvang van verloskundige praktijken in het onderzoek, wat betreft het aantal werkzame verloskundigen, is tussen 2001 en 2004 toegenomen van gemiddeld 3,14 verloskundigen per praktijk naar gemiddeld 3,46 verloskundigen per praktijk. Deze vergroting van de praktijkomvang is ook zichtbaar in de cijfers uit de registratie van verloskundigen (NIVEL) met gemiddeld 3,02 verloskundigen per praktijk in 2001 en 3,48 verloskundigen per praktijk in 2004.
- De automatisering in verloskundige praktijken is tussen 2001 en 2004 sterk toegenomen, met name de geautomatiseerde verwerking van de LVR en de declaraties.

- De ontwikkelingen op het gebied van regionale ondersteuning hebben op de niet-cliëntgebonden werkzaamheden geen zichtbaar effect gehad. In 2002, toen de regiokantoren van start gingen, was wel een daling in het aandeel niet-cliëntgebonden werkzaamheden te zien, maar in het jaar daarop was dat aandeel weer gestegen. Gemiddeld wordt door een verloskundige ruim een kwart van de gewerkte tijd besteed aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden.
- De concentratie van verloskundige en kindergeneeskundige afdelingen van ziekenhuizen heeft geen meetbare invloed gehad op de zorg in verloskundige praktijken. De gemiddelde aanrijtijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is voor de deelnemende praktijken tussen 2002 en 2004 niet veranderd.

Samenvattend: Schaalvergroting in de verloskundige zorgverlening en regionale ondersteuning hebben wat betreft de organisatie van de verloskundige zorgverlening niet geleid tot een verandering in de verhouding tussen cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden werkzaamheden.

Conclusies met betrekking tot de tijdbesteding en werkdruk in verloskundige praktijken:

- De gemiddelde tijd die verloskundigen per week bij hun werk betrokken zijn, dat wil zeggen de gemiddelde tijd die ze per week besteden aan feitelijke werkzaamheden en aan bereikbaarheidsdienst, is tussen 2001 en 2004 gedaald van ruim 68 uur per week naar bijna 64 uur per week. Dit is met name het gevolg van de toename van de praktijkomvang, waardoor de bereikbaarheidsdienst over meer mensen verdeeld kan worden en de individuele verloskundige minder uren dienst heeft.
- De gemiddelde tijd die verloskundigen per week werkzaam zijn is niet veranderd en is ongeveer 29 uur. De spreiding is echter groot. De gemiddelde werktijd blijkt niet (rechtstreeks) samen te hangen met de mate van verstedelijking, maar wel met de omvang van de praktijk: hoe meer verloskundigen, hoe lager de gemiddelde werktijd per verloskundige.
- In 2004 is de tijd die besteed wordt aan directe cliëntenzorg op alle onderdelen toegenomen ten opzichte van 2001. Vooral de tijd besteed aan een bevalling is met 45% toegenomen van iets meer dan 3 uur in 2001 naar ruim 4,5 uur in 2004.
- De werkvoltoening van verloskundigen is onveranderd hoog en de ervaren werkdruk is tussen 2001 en 2004 afgenomen. In de meer verstedelijkte gebieden is de ervaren werkdruk hoger en de werkvoltoening lager dan in de minder verstedelijkte gebieden.

Samenvattend: De werkdruk van de verloskundigen is afgenomen maar de gemiddelde werktijd is niet gedaald. In plaats daarvan zijn de verloskundigen meer tijd gaan besteden aan directe cliëntenzorg. Voor het behoud van de thuisbevalling en het voorkomen van onnodige interventies is het van groot belang dat verloskundigen voldoende tijd nemen om de barendende vrouw bij te staan. Uit het cliëntenonderzoek blijkt ook dat goede, persoonlijke begeleiding tijdens de baring en de tijd nemen voor de cliënt in de top vijf staan van aspecten van de verloskundige zorg die door de cliënten het meest gewaardeerd worden.

Conclusies met betrekking tot de zorgverlening:

- Tussen 2000 en 2003 is het verschil tussen het aantal inschrijvingen en het aantal bevallingen in verloskundige praktijken toegenomen, wat kan wijzen op een toenemend aantal verwijzingen tijdens de zwangerschap. Dit wordt bevestigd door cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland over de zorg in verloskundige praktijken in Nederland.
- Het percentage verwijzingen tijdens de bevalling is licht toegenomen, wat bevestigd wordt door het TNO-onderzoek 'De thuisbevalling in Nederland'.
- De toegenomen mogelijkheden voor en vragen over prenatale screening leiden tot een verandering in het takenpakket van verloskundigen. Ook preconceptionele zorg kan, gezien de discussie daarover, mogelijk aan de taken van de verloskundige worden toegevoegd.
- Zwangeren komen gemiddeld elf keer voor controle bij de verloskundige, ook als ze daarnaast nog een of meerdere keren bij de gynaecoloog of huisarts geweest zijn.
- Tussen 2001 en 2004 is het gemiddeld aantal echo's dat de zwangeren in dit onderzoek hebben ondergaan toegenomen van 2,0 naar 2,6.
- Ongeveer een op de zes zwangeren bezoekt een groepsvoorlichting. Dit komt vaker voor in de grote steden dan in de minder verstedelijkte gebieden.
- Bij vrouwen die op eigen verzoek, dus zonder medische indicatie, in het ziekenhuis bevallen worden vaker ingrepen verricht dan bij vrouwen die thuis bevallen.
- Tussen 2001 en 2004 is het gemiddeld aantal kraambezoeken van verloskundigen aan vrouwen die thuis of poliklinisch zijn bevallen gedaald van 4,5 naar 4,1.
- De kraamvrouwen in het onderzoek zijn onveranderd positief over de zorg die zij ontvangen hebben tijdens de zwangerschap, tijdens de bevalling en tijdens de kraamperiode.

Samenvattend: De veranderingen in de zorgverlening betreffen enerzijds een toename van het aantal inschrijvingen, dus meer vrouwen in zorg tijdens de zwangerschap, maar ook meer verwijzingen naar de tweede lijn en anderzijds een toename van het aantal echo's tijdens de zwangerschap en een afname van het aantal kraambezoeken. De taakuitbreiding op het gebied van voorlichting over en uitvoering van prenatale screening, en mogelijk ook preconceptionele zorg, zal leiden tot een toename van de tijdsbesteding per zwangere.

De afsluitende conclusie uit deze Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening is dat de ervaren werkdruk is afgenomen en het tekort aan verloskundigen is opgeheven, deels ten gevolge van de maatregelen van de overheid uit 2000 en daarna en deels ten gevolge van autonome ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening. De verloskundigen besteden in 2004 gemiddeld meer tijd aan directe cliëntenzorg dan het geval was in 2001, maar het aandeel niet-cliëntgebonden werkzaamheden is nog steeds relatief hoog.

Door de nieuwe taken die op de verloskundige beroepsgroep afkomen, zoals het

geven van voorlichting over prenatale screening, het uitvoeren van prenatale screening en het ontwikkelen van een aanbod voor preconceptiezorg, is het taakuitbreidingsscenario uit de behoefteraming 2004-2015 op dit moment de meest realistische schatting van de toekomstige behoefte aan verloskundigen. De vele ontwikkelingen binnen de verloskundige zorgverlening maken het wenselijk om over enkele jaren opnieuw een behoefteraming uit te voeren.

LITERATUUR

Achterberg PW. (2005) Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. Bilthoven, RIVM

Anthony S., Amelink-Verburg MP., Jacobusse GW., Pal-de Bruin KM. van der (2005) De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002. Bilthoven/Leiden, Stichting Perinatale Registratie Nederland, TNO Kwaliteit van Leven

AVVV, KNGF, KNMP, KNOV, LVE, LVG, LVT, MO-groep, NPCF, VvOCM, ZN en VWS (2004) Intentieverklaring versterking eerstelijns gezondheidszorg

Bakker DH. de, Polder JJ., Sluijs EM., Treurniet HF., Hoeymans N., Hingstman L., Poos MJJC., Gijsen R., Griffioen DJ., Velden LFJ. van der (2005) Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven, RIVM/NIVEL

Berg M. van den, Bakker DH. de, Kolthof ED., Cardol M., Brink-Muinen A. (2003) De werkdruk van de huisarts: zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en in 2001. Medisch Contact 58(26/27): 1054-1056

Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000) aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 28 maart 2000: Verloskunde (CSZ/EZ-2058556)

Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003a) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 31 maart 2003: "Zorg in de buurt" / Versterking huisartsenzorg (CZ/EZ-2354435)

Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003b) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 21 november 2003: De toekomstbestendige eerstelijnszorg (CZ/EZ-2431353)

Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004a) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 8 juni 2004: Beleidsbrief nota Met zorg kiezen (Z/TPC/EPC-U-2462483)

Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004b) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 26 november 2004: Stand van zaken eerstelijnszorg (CZ/EZ-2538193)

Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 24 oktober 2005: RIVM rapport perinatale sterfte (PG/OGZ-2621258)

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 21 november 2003: Kabinetsstandpunt prenatale screening (IBE/E-2433083)

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer de Staten-Generaal d.d. 7 juni 2004: Standpunt prenatale screening (2) (IBE/E-2488853)

Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 15 september 2005: Organisatie prenatale screening (CZ/IZ-2612095)

Brouwer W., Leemrijse C., Sixma HJ., Friele RD. (2002) Klantenwensen in de zorg. Wat wensen klanten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken? Utrecht, NIVEL

Buitendijk SE., Nijhuis JG., (2004) Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. Ned Tijdschr Geneesk 148(38):1855-1860

Buitendijk S., Zeitlin J., Cuttini M., Langhoff-Roos J., Bottu J. (2003) Indicators of fetal and infant health outcomes. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 111:S66-S77

Boumans NPG, Landeweer JA, Houtem JHM. (1989) Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen: Factor- en betrouwbaarheidsanalyse van een meetinstrument. Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 67: 199-203

Capaciteitsorgaan (2003) Capaciteitsplan 2003 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde: een tussenbalans. Utrecht, Capaciteitsorgaan

Capaciteitsorgaan (2004) Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000 – 2004 – 2012: een tussenrapportage met beleidsscenario's. Utrecht, Capaciteitsorgaan

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2001) Uitvoeringstoets inzake tweedelijns verloskunde, Utrecht, CBZ

Crébas A. (1999) Het tekort aan verloskundigen: een chronisch en structureel probleem (I) Tijdschrift voor Verloskundigen (24): 659-664

Dam B. van, Bruers J. (2002) Ervaren werkdruk in de tandartspraktijk. Nederlands Tandartsenblad 57(14/15): 564-565

Gezondheidsraad (2001) Prenatale screening: Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. Den Haag, Gezondheidsraad 2001; publicatienummer 2001/11

Gezondheidsraad (2004). Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/06.

Hermans J. (2002) Onderzoek wijst uit: loopbaanontwikkeling en hoge werkdruk heikele punten bij werkbeleving. Fysiopraxis 11(7): 14-15

Herschderfer KC., Sneeuw KCA., Buitendijk SE. (2002) Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid

Hingstman L., Harmsen J. (1994a) Registratie van verloskundigen. Peiling 1994. Utrecht, NIVEL

Hingstman L., Harmsen J. (1994b) Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1994. Utrecht, NIVEL

Hingstman L., Harmsen J. (1994c) Cijfers over fysiotherapeuten in de eerste lijn 1993: samenvatting. Utrecht, NIVEL

Hombergh P. van den, Grol R., Hoogen HJM. van den, Bosch WJHM. (1997) Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 40(8): 376-381

Hulst LAM., Teijlingen ER van, Bonsel GJ., Eskes M., Bleker O. (2004) De impact van een keuze. Tijdschrift voor Verloskundigen 29(9): 19-25

Jabaaïj L., Winckers M., Hingstman L., Meijer W. (1994) De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk. Utrecht, NIVEL

Jong J. de, Heiligers P., Hingstman L. (2005) Tabellenboek: integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase I: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken. Utrecht, NIVEL

Jonge A. de (2005) KNOV-standpunt Preconceptiezorg. Bilthoven, KNOV

Lamkaddem M., Bakker D. de., Nijland A., Haan J. de. (2004) De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht, NIVEL

Kenens RJ., Hingstman L. (2004a) Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2004. Utrecht, NIVEL

Kenens RJ., Hingstman L. (2004b) Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2004. Utrecht, NIVEL

Kenens RJ., Hingstman L. (2004c) Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten. Peiling 2003. Utrecht, NIVEL

Kenens RJ., Hingstman L. (2005a) Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten. Peiling 2004. Utrecht, NIVEL

Kenens RJ., Hingstman L. (2005b) Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Mensendieck. Peiling 2004. Utrecht, NIVEL

Kenens RJ., Hingstman L. (2005c) Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Cesar. Peiling 2004. Utrecht, NIVEL

KNOV (2000) Resultaten uit het overleg met de minister. KNOV-bulletin april 2000

KNOV (2000) Vervolg op 30 maart: wat is toegezegd & hoe wordt het uitgewerkt? KNOV-bulletin juni 2000

KNOV (2000) Nieuwe termen binnen het DVP traject. KNOV-bulletin december 2000

KNOV (2001) Ondersteuningsstructuur voor verloskundigen. Naar vijf Districtskantoren voor verloskundigen en een integraal perspectief verloskunde. Bilthoven, KNOV

KNOV (2002) Automatisering van de praktijken. KNOV-bulletin juni 2002

KNOV (2002) Onderbouwing van een specialisatie tweedelijns verloskundige. Bilthoven, KNOV

KNOV (2003) Invoering geautomatiseerd declareren. KNOV-bulletin april 2003

KNOV (2004) Eenvoudige en veilige communicatie met zorgverzekeraars via VECOZO. KNOV-bulletin april 2004

KNOV (2004) Communicatie over regionale ondersteuning per 1 juli 2004. KNOV-bulletin juli 2004

KNOV/STBN (2005) Tussenrapportage Landelijke Werkgroep Prenatale Screening. Bilthoven, aangepaste versie: oktober 2005

Leeuw-Harmsen L. van der, Witte FSC., Linden PJQ. van der (2005) Perinatale sterfte: was het minder geweest door een routine tweede-trimester echoscopie? Ned Tijdschr voor Obstetrie & Gynaecologie; 118:100-104

Linschoten CP. van, Moorer P., Voorrips R. (2004) Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg. Groningen, Argo.

Ministerie van VWS (2001) Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. Nota d.d. 12 juni 2001. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ministerie van VWS (2005) Beleidsagenda 2006. Gezonde toekomst. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nationaal ICT instituut in de zorg (2005) Meest gestelde vragen en antwoorden over het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) voor patiënten. www.nictiz.nl

Nijhuis J. (2005) Presentatie tijdens het Nationaal Symposium Monitor Verloskundige Zorgverlening d.d. 13 oktober 2005

NPCF (1996) Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (2e druk, 2000)

NVOG (2000) Nota Normpraktijk Gynaecologie 2000. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

NVOG (2000) Nota inzake Organisatie klinische verloskundige zorg: de 2e lijns verloskundige. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Portegijs W, Boelens M. Olsthoorn L. (2004) Emancipatiemonitor 2004. Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau

Ruijters RFM, Stevens FJC. (1992) Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeids-satisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. Verpleegkunde 2: 106-114

RVZ (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Smit M., Friele R. (2005) De agenda van de patiënt. Utrecht, NIVEL

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003) Toespraak ter gelegenheid van het in ontvangst nemen van het RVZ-advies 'Taakherschikking in de Gezondheidszorg' gehouden op 14 januari 2003 in Den Haag, www.minvws.nl

Stuurgroep Modernisering Verloskunde (2000) Eindrapport: Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21e eeuw.

Tweede Kamer der Staten-Generaal, vragen en antwoorden 473 (dec. 1999) Vragen van het lid Arib (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over een tekort aan verloskundigen. Collage

Vange N. van der, Vriend M., Slootman KCP., Heiligers P. (2003) Flexibel werken: medisch specialisten willen geen fulltime baan. Medisch Contact 58(15): 601-604

Veen A. van (2001) Het einde van het primaat. Tijdschrift voor Verloskundigen 26(10): 804-806

Veer G. van der, Sixma HJ., Kerkstra A. (2003) Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntenperspectief. Meetinstrumentontwikkeling. Utrecht, NIVEL

Velden LFJ. van der, Hingstman L. (1999) Behoefteraming ergotherapeuten 1998-2010. Utrecht, NIVEL

Velden LFJ. van der, Hingstman L., Nienoord-Buré CD., Berg MM van den. (2001a) Vraag en aanbod artsen: raming 2000-2010. Utrecht, NIVEL/Prismant

Velden LFJ. van der, Bennema-Broos M., Hingstman L. (2001b) Monitor arbeidsmarkt obstetrici/gynaecologen: behoefteraming 2001-2015. Utrecht, NIVEL

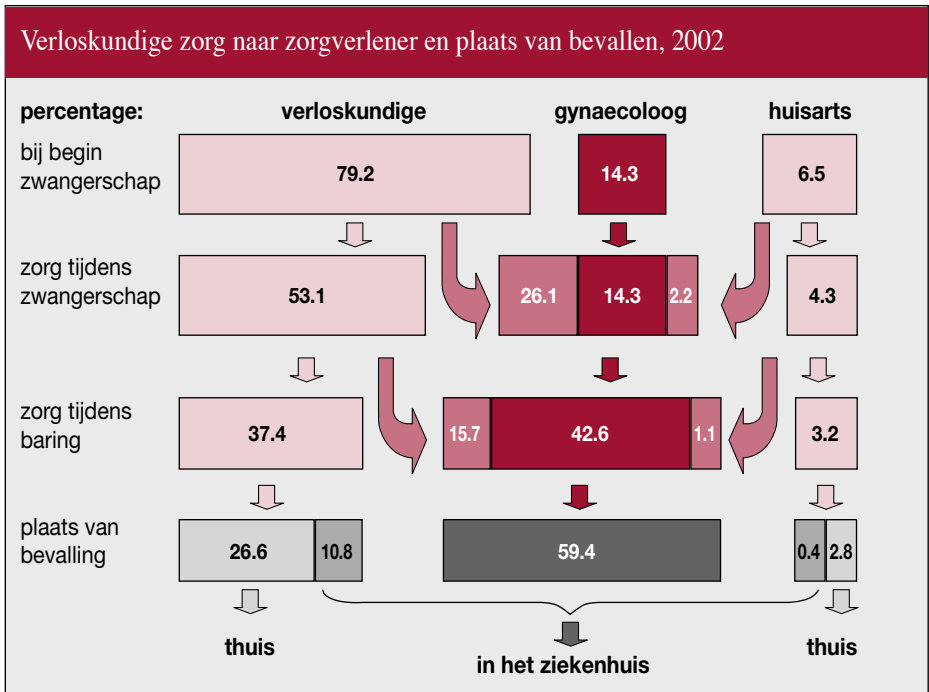
Velden LFJ. van der, Muyskens J., Hingstman L. (2003) Monitor arbeidsmarkt kinderartsen: behoefteraming 2001-2015. Utrecht, NIVEL

Velden LFJ van der, Vugts CJ, Hingstman L. (2004) Monitor arbeidsmarkt gynaecologen: behoefteraming 2001-2015: tussenbalans 2003. Utrecht, NIVEL

Volkskrant (2005) Verloskundige gaat prenataal onderzoek doen. Volkskrant 10-11-2005

Vugts CJ., Velden LFJ. van der, Velde F. van der, Hingstman L. (2004) Behoefteraming fysiotherapeuten 2002-2015. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 114(1): 9-13

- Waelput A., Hoff I. van der (2005) Taakherschikking in de verloskunde. Tijdschrift voor Verloskundigen 30(5): 25-28
- Wiegens TA. (1997) Home or hospital birth. A prospective study of midwifery care in the Netherlands. Utrecht, NIVEL (proefschrift)
- Wiegens T, Calsbeek H, Hingstman L. (1999) Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerste lijn. Utrecht, NIVEL
- Wiegens T, Hingstman L. (1999) Inventarisatie 'Verloskundig actieve huisartsen'. Utrecht, NIVEL
- Wiegens TA, Velden LFJ van der, Hingstman L. (2002) Behoefteraming verloskundigen 2001 - 2010. Utrecht, NIVEL
- Wiegens TA, Coffie D. (2002) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage eerste meting, najaar 2001. Utrecht, NIVEL
- Wiegens TA, Coffie D. (2003) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage tweede meting, najaar 2002. Utrecht, NIVEL
- Wiegens TA, Janssen BM. (2004) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage derde meting, najaar 2003. Utrecht, NIVEL
- Wiegens TA, Janssen BM. (2005) Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage vierde meting, najaar 2004. Utrecht, NIVEL
- Wiegens TA, Velden LFJ van der, Hingstman L. (2005) Behoefteraming verloskundigen 2004 - 2015. Utrecht, NIVEL
- Wildt JE. de (2005) Een stevig fundament. Regionale ondersteuning voorwaarde voor versterking eerste lijn. Medisch Contact 60(39): 1544-1546



Symposium Monitor Verloskundige Zorgverlening

Op 13 oktober 2005 werd in Arnhem het symposium ‘Monitor Verloskundige Zorgverlening’ gehouden, onder auspiciën van KNOV en NIVEL, als publieke afsluiting van het vijfjarig onderzoeksproject.

Tijdens dit symposium gaf dhr. Klop, destijds voorzitter van de Stuurgroep en later van het Platform Modernisering Verloskunde, een terugblik op de achtergrond en aanleiding voor dit onderzoek door. De onderzoeker, mw. Wiegers presenteerde in vogelvlucht de resultaten van het onderzoeksproject ‘Monitor Verloskundige Zorgverlening’ en dhr. Nijhuis, gynaecoloog in Maastricht, presenteerde de visie van het Platform Modernisering Verloskunde op de toekomstige organisatie van de verloskundige zorg in Nederland. Dagvoorzitter van het symposium was dhr. J. Toet, voorzitter van de KNOV.

Na het plenaire gedeelte werd discussie gevoerd met en tussen de aanwezigen in vier parallelsessies, over de volgende vier onderwerpen:

1. Organisatie van de eerstelijns verloskunde
2. De (post)natale zorg
3. Taakherschikking in de verloskundige zorgketen
4. Voorlichting door verloskundigen

De dag werd afgesloten met opnieuw een plenaire bijeenkomst waar drie verloskundigen, uit drie heel verschillende praktijken, die aan alle vier de metingen van het onderzoek hadden meegewerkt, iets vertelden over de veranderingen in hun praktijk sinds 2000, hun ervaringen met het onderzoek en de invloed die dat, eventueel, gehad heeft op hun praktijkvoering. Hoewel hun omstandigheden zeer verschillend zijn - één heeft al jaren een solopraktijk en voelt zich daar nog steeds het prettigst bij, één heeft nu een praktijk met twee collega's maar heeft in de afgelopen vier jaar veel veranderingen meegemaakt in de praktijksamenstelling, één werkt in een praktijk die in 2000, onder moeilijke omstandigheden, is opgezet en nu bestaat uit acht verloskundigen - hebben ze alle drie, door hun deelname aan het onderzoek, meer inzicht gekregen in de tijdbesteding in hun praktijk. Bijvoorbeeld, een van de verloskundigen realiseerde zich eigenlijk pas door het tijdschrijven hoeveel van haar tijd ze besteedt aan het rijden van kraamvisites en heeft vervolgens geconcludeerd dat ze dat een goede zaak vindt, omdat het zeer door haar kraamvrouwen gewaardeerd wordt. Een andere verloskundige werd zich door het tijdschrijven pas bewust dat ze in de praktijk heel inefficiënt omging met bepaalde taken en heeft daar vervolgens ook verandering in aangebracht. De derde verloskundige ontdekte, omdat ze het elke dag moesten invul-

len, dat ze een dag niet snel ‘druk’ noemde zolang ze maar ’s nachts geslapen had, ook al was ze overdag misschien wel 12 of 13 uur bezig geweest.

Het symposium werd bezocht door 187 personen, inclusief de sprekers, sessiebegeleiders en organisatoren. Iedereen ontving bij binnenkomst een tas met daarin onder andere een beknopte syllabus van het symposium, een dagprogramma en een evaluatieformulier. Bij inlevering van het evaluatieformulier, aan het eind van de middag, ontving men een certificaat als bewijs van deelname. Ook waren hand-outs verkrijgbaar van de plenaire voordrachten.

De voordrachten

Dhr. Wouter Klop blikte in zijn voordracht terug op de situatie in de jaren negentig, voorafgaand aan de instelling van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde in november 1999. Er was in die tijd sprake van een aanzienlijk aantal ernstige, met elkaar samenhangende problemen in de verloskunde, waardoor zelfs het voortbestaan van de thuisbevalling werd bedreigd. Er waren problemen op het terrein van de normpraktijk voor verloskundigen, de opleidingscapaciteit, de praktijkvoering, enzovoort. De Stuurgroep, ingesteld door de minister van VWS, moest binnen enkele maanden met een rapport komen, waarin de problemen werden geïnventariseerd en structurele oplossingen werden voorgesteld en waarbij consensus was bereikt met alle betrokkenen en instemming was verkregen van de overheid over een meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21^{ste} eeuw. De Stuurgroep kwam in maart 2000 met een tussenrapportage en in september 2000 met een eindrapportage. Veel van de aanbevelingen werden al direct na het uitbrengen van de tussenrapportage door de minister overgenomen, zoals het verlagen van de normpraktijk voor verloskundigen, het vergroten van de opleidingscapaciteit, het ondersteunen van het opzetten van een netwerk van DVPs, het ondersteunen van automatisering in verloskundige praktijken en het verbeteren van de verloskundige registraties. Doel van het beleid van de minister was het overeind houden van de eerstelijns verloskunde en het behoud van de thuisbevalling. Om dit beleid te ondersteunen en omdat problemen in de beroepsgroep van verloskundigen niet los gezien kunnen worden van de zorgverlening door verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kinderartsen en kraamzorg, werd de Stuurgroep omgezet in het Platform Modernisering Verloskundige Zorg, een permanent overlegorgaan dat vier tot zes maal per jaar plenair bijeenkomt en zonodig in subgroepen specifieke onderwerpen bespreekt. Deelnemers aan het Platform MVZ zijn: KNOV, NVOG, LHV/VVAH, ZN, LVT (nu Z-org), BTN, CTG, VWS en NVZ. Het Platform MVZ heeft een uitgebreide agenda en heeft zich in de loop der jaren beziggehouden met: vermindering van de werkdruk, aanpassing van de normpraktijk, praktijkondersteuning, automatisering, DVP-ontwikkeling, afstemming met de tweede lijn, acute hulp, concentratie van obstetrie/neonatologie, basiskwaliteitseisen kraamzorg, ontwikkeling 2e lijns verloskunde, samenhang en verbetering van de verloskundige registraties, vergroting van de opleidingscapaciteit en de mogelijkheden van zij-instroom, academisering van de verloskunde, samenwerking met verloskun-

dig actieve huisartsen, modulaire opleiding voor verloskundig actieve huisartsen. De ervaringen van het Platform MVZ zijn dat knelpunten nooit op zichzelf staan, dat in de keten ontwikkelingen in de ene beroepsgroep invloed hebben op die in de andere beroepsgroepen en dat communicatie van groot belang is. De conclusie van dhr. Klop is dat in de verloskunde het poldermodel blijft bevalen.

Mw. Trees Wieggers gaf in haar voordracht een overzicht van de resultaten van het onderzoek 'Monitor van de Verloskundige Zorgverlening', een onderzoek naar aanbod, organisatie en doelmatigheid van de eerstelijns verloskundige zorg. In dit onderzoek is gekeken naar drie niveaus in de verloskundige zorg: het niveau van de beroepsgroepen (het aanbod), het niveau van de praktijken (de organisatie) en het niveau van de zorgverlening zelf (de doelmatigheid). Naast vraagstellingen over de ontwikkelingen in de verloskundige zorg op de genoemde drie niveaus was ook de vraag naar de toekomstige behoefte aan verloskundigen een essentieel onderdeel van dit onderzoek.

Het onderzoek is in 2001 van start gegaan en jaarlijks hebben ongeveer 70 eerstelijns verloskundige praktijken aan het onderzoek meegewerkt, door drie weken lang al hun werkzaamheden te registreren en daarnaast nog eens vragenlijsten in te vullen over hun niet-frequente werkzaamheden in het voorgaande half jaar, over hun wensen ten aanzien van hun werk en over de organisatie van de praktijk. In totaal hebben 115 praktijken meegewerkt aan de tijdregistratie, waarvan 36 praktijken alle vier de jaren, 16 praktijken drie keer, 32 praktijken twee keer en 31 praktijken één keer. Gemiddeld vulden jaarlijks 240 verloskundigen de tijdregistratieformulieren in. Daarnaast zijn over de vier jaar samen 1.870 ingevulde vragenlijsten van kraamvrouwen ontvangen. Naast herhaald onderzoek (monitoring) in verloskundige praktijken, zijn in het kader van dit onderzoek ook gegevens verzameld bij verloskundig actieve huisartsen (2002), bij klinisch werkende verloskundigen (2003) en bij laatstejaars studenten verloskunde (2004).

Aan de hand van cijfers uit het onderzoek werd getoond hoe het aanbod aan verloskundige zorgverleners in de afgelopen jaren is veranderd, zowel van verloskundigen als van verloskundig actieve huisartsen, welke veranderingen in de organisatie van de eerstelijns verloskundige zorg is opgetreden, bijvoorbeeld op het gebied van praktijkgrootte, automatisering en assistentie, en wat de invloed van alle veranderingen samen geweest is op de zorgverlening zelf. Gebleken is bijvoorbeeld dat verloskundigen gemiddeld in 2004 bijna twee uur per cliënt méér besteden aan directe cliëntenzorg dan in 2001. De gemiddelde werktijd van verloskundigen is in de vier onderzoeksjaren niet sterk veranderd, maar de tijd die een verloskundige gemiddeld per week kwijt is aan bereikbaarheidsdienst is wel met bijna vijf uur verminderd van ruim 39 naar minder dan 34 uur per week. Uit het cliëntenonderzoek kwam onder andere naar voren dat cliënten vooral de prettige, persoonlijke benadering van verloskundigen waarderen, evenals het feit dat ze altijd bereikbaar zijn voor vragen, de tijd voor ze nemen en kundig en professioneel zijn. Daar staat tegenover dat cliënten het minder prettig vinden als ze door meerdere verloskundigen begeleid worden en als ze lang moeten wachten voor een controle. Ook zouden ze graag vaker een echo en meer controles in het begin van de zwangerschap willen hebben.

Tot slot is kort ingegaan op de behoeftebeoordeling verloskundigen 2004-2015, waarin twee scenario's zijn doorgerekend voor de benodigde opleidingscapaciteit in de komende zes jaar, om in 2015 aan de vraag naar verloskundigen te kunnen voldoen.

Dhr. Jan Nijhuis ging in zijn voordracht in op de voorstellen die ontwikkeld zijn in een van de subgroepen van het Platform Modernisering Verloskundige Zorg, het zogenaamde 'voeten op tafel overleg'. Aanleiding daarvoor was de constatering dat de verloskundige zorg gekenmerkt wordt door relatief sterke domeinvorming, die een risico vormt voor de kwaliteit. Daardoor staat de zwangere niet meer centraal en heeft elk overdrachtsmoment het risico in zich van het (ten dele) verloren gaan van informatie. Daarnaast vragen nieuwe ontwikkelingen, zoals het toenemend gebruik van epidurale analgesie en het steeds stijgende sectio-percentage, om herbezinning van de organisatie van de zorg. Aan het overleg nemen vertegenwoordigers deel van LHV, NHG, KNOV, NVK, Z-org, ZN en NVOG.

Zeker 85% van de zwangeren begint de zorg in de 1e lijn, maar ongeveer 60% van de bevallingen vindt plaats in de 2^e of 3^e lijn. Het percentage thuisbevallingen in Nederland is nog steeds hoog, ongeveer 30%, maar de 'verplaatsingskans' voor primi's is meer dan 50% en voor multi's 20%. Er zijn dus bijna altijd meerdere zorgverleners betrokken bij een zwangere, maar de logistiek sluit daar onvoldoende op aan, door onvoldoende samenwerking en afstemming, waardoor het gevaar bestaat dat de zwangere en het kind tussen wal en schip terecht komen. Om deze logistiek en daarmee de samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners te verbeteren, heeft de werkgroep een aantal uitgangspunten geformuleerd die overigens nog nadere uitwerking behoeven. Centraal daarin staat in ieder geval dat de zorg gericht is op optimale begeleiding van de gezonde zwangere en de zwangere met risicofactoren, een optimale uitkomst van de zwangerschap met een goede beleving daarvan, gevolgd door goede follow-up van de kinderperiode.

De zes uitgangspunten zijn als volgt:

- De zwangere centraal
- Voorlichting over zwangerschap en bevalling wordt multidisciplinair ingevuld. Mogelijk is "modulaire" voorlichting beter, opdat de zwangere de informatie beter getemporeerd krijgt.
- Het transport van tweede naar derde lijn moet opnieuw beoordeeld worden in het licht van veranderende opvattingen over "levensvatbaarheid".
- Kindoverdracht 1^e, 2^e en 3^e lijn: gelijkkluidende afspraken, goede afgrenzing van de verantwoordelijkheid.
- Invoering van screening conform het conceptplan dat door de betrokken beroeps-groepen gemaakt is en zoals e.e.a. nu ook politiek gesteund wordt.
- Overdracht en registratie is van groot belang. Dit is ook van belang voor kinderen jeugdzorg. Daartoe is een uniek burgerservicenummer van belang. Hierbij is een goede perinatale registratie cruciaal. Perinatale morbiditeit en mortaliteit zijn daarbij parameters, maar ook langdurige follow-up in het kader van jeugdzorg en de aandacht voor de ontwikkeling van ziekten op basis van vroege stoornissen ("fetal origins of adult disease").

De toekomst van de Nederlandse verloskundige zorgverlening is afhankelijk van een aantal actoren/spelers in het veld: de feitelijke zorgverleners moeten toewerken naar echte samenwerking en ontschotting, onder andere via het Platform Modernisering Verloskunde en via (regionaal) verloskundig beraad; er moet meer aandacht zijn voor de kwaliteit in de vorm van een uniform dossier en een gezamenlijke follow-up, een uniek registratienummer (SPRN), de beschikbaarheid van epidurale analgesie, het houden van perinatal audit, enz.. enz...; er moet follow-up zijn tot aan de adolescentie, bijvoorbeeld door middel van een elektronisch kind dossier; de kosten van dit alles moeten in kaart gebracht worden, nu zijn die feitelijk onbekend; tot slot: de politiek zou aandacht moeten hebben voor de totale verloskundige zorg. Pas als iedereen met elkaar samenwerkt en genoemde zaken goed geregeld zijn, heeft de Nederlandse verloskundige zorgverlening een toekomst.

De parallelsessies

Elk onderwerp was voorbereid en werd gepresenteerd door twee begeleiders. In de symposiumbrochure was een globale beschrijving van de vier thema's gegeven, vervolgens hebben de sessiebegeleiders de sessies elk op hun eigen manier ingevuld. Hieronder volgt van elke sessie een korte beschrijving. Eerst wordt het onderwerp beschreven, daarna volgt een korte samenvatting van het verloop van de discussie in de betreffende sessie.

1. *Organisatie van de eerstelijns verloskunde*

Het lijkt waarschijnlijk dat er in de toekomst grotere organisatorische samenwerkingsverbanden zullen ontstaan. Verloskundige praktijken worden steeds groter en ook binnen de eerste lijn bundelen zorgaanbieders steeds vaker hun krachten. Op deze manier wordt tegemoet gekomen aan de behoefte van een deel van de verloskundigen om parttime te werken, worden mogelijkheden voor specialisatie en differentiatie gecreëerd en kan ondersteunend personeel gezamenlijk worden aangesteld.

Maar hebben zwangere vrouwen bij deze steeds groter wordende samenwerkingsverbanden nog wel keuzevrijheid? Raakt de verloskundige zorg niet te veel versnipperd? Tot op welke hoogte zijn verloskundigen bereid een deel van hun zelfstandigheid en autonomie op te geven om deze schaalvergroting mogelijk te maken?

Sessieverloop:

In de visie van de sessiebegeleiders zijn de motieven en argumenten om samen te werken: de toegenomen nadruk op ketenzorg, de wensen op het gebied van taakverdeling en specialisatie, de te verwachten efficiëntie en de aanwezigheid van een draagvlak voor verdere samenwerking.

Samenwerking en taakuitbreiding gaan volgens de aanwezigen hand in hand, omdat een aantal (nieuwe) zorgtaken, zoals prenatale screening en preconceptiezorg, het best praktijkoverstijgend gerealiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld in een regionaal

verloskundig centrum, vanwege de kwaliteit (op peil houden van de bekwaamheid), de betaalbaarheid (investeringen), de continuïteit en de arbeidsomstandigheden. Uitgangspunt daarbij is, ook in Den Haag, dat ‘wat kan in de 1^e lijn, ook moet in de 1^e lijn’ omdat prenatale screening zoveel mogelijk moet aansluiten bij de normale zwangerschapsbegeleiding.

Voor de beroepsgroep biedt dit kansen: om prenatale screening aan alle zwangeren in de eerste lijn aan te bieden zou in theorie 160 FTE verloskundigen extra nodig zijn. Het probleem bij het realiseren van nieuwe taken en functies is vooral nog het ontbreken van tarieven. Dit geeft de eerste lijn een slechte concurrentiepositie ten opzichte van de tweede lijn. Daarom streeft de overheid naar een eerstelijns tarief voor prenatale screening per 1 januari 2006. Ook de KNOV heeft een belangrijke taak bij de tariefontwikkeling voor taakuitbreidingen.

Uit de discussie komt naar voren dat samenwerking vaak bemoeilijkt wordt door angst: angst voor versnippering, angst voor verlies van keuzevrijheid voor de cliënt, angst voor verlies van zelfstandigheid van de verloskundige. Toch is dit vaak koudwatervrees. Samenwerking kan ook gezien worden als een verrijking van de kleinschaligheid, de keuzevrijheid van de cliënt wordt niet aangetast als er meerdere regionale centra zijn om uit te kiezen en verloskundigen zijn best bereid (een deel van) hun zelfstandigheid op te geven, mits zij hun autonomie behouden ten aanzien van hun eigen taken.

De vraag die daarop volgt is: hoe verhoudt samenwerking zich tot concurrentie? Het gevaar bestaat dat we de markt afsluiten voor nieuwe jonge collega's, die we een poos geleden nog zo graag wilden! Als een verloskundige zich ongevraagd, ‘wild’, ergens vestigt, lokt dat concurrentie en defensief gedrag uit. Wanneer er een goede samenwerking tussen buurpraktijken bestaat, is dat echter niet nodig. Belangrijk is om contact te leggen, niet defensief te reageren, maar samen te kijken hoe de plaatselijke capaciteit vergroot kan worden. Ook de zorgverzekeraar kan daarin gezien worden als partner. Die kijkt immers naar de kwaliteit van zorg en zit (ook) niet te wachten op problemen.

2. *De (post)natale zorg*

Het unieke Nederlandse systeem van verloskunde maakt het mogelijk dat vrouwen thuis bevallen of snel na een bevalling in het ziekenhuis weer naar huis kunnen. Een goede samenwerking tussen verloskundigen, kraamzorg en JGZ, met het doel om de samenhang in de zorg te vergroten, is daarbij van groot belang. Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan partusassistentie, maar ook aan vroegsignalering, de hiepriek en de gehoorscreening. Hoe zal die samenwerking er in de toekomst uit gaan zien? En wat is daarbij de invloed van recente ontwikkelingen zoals het indicatieprotocol voor de kraamzorg en de kraamzorgveiling via internet?

Sessieverloop:

Aan het begin van de sessie wordt een casus gepresenteerd, om duidelijk te maken dat er grote verschillen bestaan tussen de zorgverzekeraars in het aantal uren kraam-

zorg dat vergoed wordt en om aan te geven in hoeverre het landelijk indicatieprotocol tot meer eenduidigheid kan leiden. De casus betreft een vrouw van 25 jaar, die haar tweede kind verwacht. Mevrouw is van plan om borstvoeding te gaan geven en ze ontvangt geen mantelzorg. De vraag aan de zaal is: hoeveel uur kraamzorg krijgt zij vergoed?

De schatting van de zaal is: tussen de 60 en 64 uur. De realiteit is echter dat er grote verschillen zijn tussen zorgverzekeraars. Om enkele uitersten te noemen: Agis zou in dit geval 32 uur indiceren, Achmea 40-45 uur, de Friesland 64 uur. Landelijk ligt de indicatiestelling voor een vergelijkbare zwangere op 44 uur.

De mevrouw uit de casus krijgt 44 uur kraamzorg vergoed. Zij is duidelijk in verwarring want bij haar eerste kind kreeg ze nog 64 uur kraamzorg. De volgende vraag aan de zaal is: hoe is dit aan haar uit te leggen? De conclusie is dat dit erg moeilijk is, zolang er geen heldere richtlijnen zijn voor het stellen van de indicatie. Het landelijk indicatieprotocol wil er toe bijdragen dat de indicatiestelling voor kraamzorg inzichtelijker wordt, sneller kan verlopen, en dat de verschillen tussen verzekeraars kleiner worden. Dan is aan de cliënt beter uit te leggen waarom ze een bepaald aantal uren kraamzorg krijgt. Dat roept bij de aanwezigen vervolgens wel de vraag op of cliënten dan niet hun gedrag gaan veranderen om meer uren kraamzorg te krijgen.

Het tweede aandachtspunt in deze sessie is de kraamzorgveiling. Op de internetsite www.zorgveiling.nl kunnen kraamzorgaanbieders een bod uitbrengen op een aantal specifieke zorgvragen. Op de site staan enkele summere gegevens. Wat de zorgvraag betreft: de betreffende zorgverzekeraar, de plaats waar de zorg geleverd moet worden (meestal dus de woonplaats van de zwangere) de week waarin waarschijnlijk met de zorg gestart moet worden (= de week waarin de zwangere uitgerekend is) en het aantal uren kraamzorg dat voor deze vrouw geïndiceerd is. Wat het bod betreft: het tijdstip tot wanneer een bod uitgebracht kan worden, het aantal zorgaanbieders dat al een bod heeft uitgebracht en het beste bod tot dan toe.

Deze gang van zaken roept een aantal reacties op. Het is ten eerste onduidelijk wat een redelijk bod is voor bepaalde zorgvragen. Het is ook onduidelijk wie de zorgvraag uiteindelijk toebedeeld krijgt, de hoogste bieder of de voorkeur van de cliënt. Daarnaast is niet duidelijk of de cliënt uiteindelijk ook het aantal uren kraamzorg krijgen dat op de kraamzorgveiling geïndiceerd was. Wanneer na de bevalling blijkt dat er meer uren kraamzorg nodig is dan gaat er een hele administratieve procedure in werking waarin de verloskundige alles moet verantwoorden.

Het is voor de aanwezigen bovendien onduidelijk wie, middels het 5-sterrensysteem, de kwaliteit van de kraamzorginstanties bepaalt. Dit kunnen niet alleen de cliënten zijn, aangezien zij niet per definitie voor de inhoudelijk beste kraamzorginstantie kiezen. Ook verloskundigen zouden in dit systeem mee moeten oordelen over deze organisaties.

Door de kraamzorgveiling komen verloskundigen met kraamzorgorganisaties in aanraking die veel verder uit hun werkgebied liggen. Kunnen kraamzorgorganisaties in dat geval nog wel garanderen dat ze op tijd bij de bevalling aanwezig kunnen zijn? Wat betekent dit voor de kwaliteit van verloskundige zorg? De thuisbevalling staat of valt met de beschikbaarheid van kraamzorg. Tot slot rijst de vraag waarom de kraam-

zorgveiling niet geboycot wordt door consequent allemaal hetzelfde bod te doen. Het derde thema van de sessie betreft samenwerking. De vraag daarbij is hoe het geregeld kan worden dat alle disciplines in de verloskundige keten van elkaars doen en laten op de hoogte zijn. Reacties uit de zaal zijn divers. Volgens sommige aanwezigen zou de ROS moeten inventariseren wat we van elkaar willen weten, en welke informatie we aan elkaar geven. Er moet nauwer contact ontstaan. Vaak zijn er al centra waarin in ieder geval jeugdgezondheidszorg en kraamzorg vertegenwoordigd zijn. De vraag is vervolgens of afstemming landelijk of regionaal geregeld moet worden. Vaak liggen er al regionale initiatieven en werkt iedereen vanuit zijn eigen inzicht. Hoe dit zich zal gaan ontwikkelen in een meer concurrerende markt is nog onduidelijk.

Uit veel reacties blijkt dat het belang van moeder en kind in deze discussie meer centraal moet komen te staan. De discussie moet niet gaan over wie wie in dienst neemt: verloskundigen kraamverzorgenden of kraamzorgorganisaties verloskundigen. Het gaat om samenwerking waar de zorg beter door wordt. Hiervan zijn enkele voorbeelden te geven, variërend van een werkgroep tot een gezamenlijk Ouder en Kindcentrum. Er is wel toekomst voor nieuwe samenwerkingsvormen, maar het ontbreekt aan initiatiefnemers. In de ondersteuning van initiatieven van verloskundigen kan de ROS een rol spelen. Er is geen ondersteuningsstructuur voor thuis-en kraamzorgorganisaties.

3. ***Taakherschikking in de verloskundige zorgketen***

Met de ontwikkelingen van de laatste tijd zoals een vervolgopleiding voor klinisch werkende verloskundigen en de thuismonitoring van hoog risico zwangeren vervaagt de scheidslijn tussen eerste en tweedelijns verloskunde. Deze ontwikkelingen in de verloskundige zorg moeten in samenhang gezien worden met ontwikkelingen in de andere beroepen uit de verloskundige keten. Veranderingen in de ene beroepsgroep zullen namelijk onherroepelijk gevolgen hebben voor de andere beroepen. Ook relatief nieuwe beroepen zoals de nurse practitioner en de physician assistant zullen invloed hebben op het takenpakket van verloskundigen.

Wat zijn de consequenties van deze ontwikkelingen voor de samenhang in de zorg? Zullen gynaecologen in de toekomst taken aan verloskundigen overdragen, zo ja welke en wie wordt uiteindelijk verantwoordelijk voor wat?

Sessieverloop:

In de nieuwe beschrijving van het beroepsprofiel van de verloskundige worden de volgende rollen voor de verloskundige genoemd: medisch professional, coach en begeleider, voorlichter en counselor, case-manager, innovator en praktijkmanager. Rondom deze rollen werden door de sessiebegeleiders 7 stellingen gepresenteerd, waarvan er enkele tijdens de sessie bediscussieerd werden.

Stelling: “Professionals vinden het prettig om eenvoudige procedures, die zij goed beheersen, regelmatig zelf uit te voeren. Patiënten willen graag dat ook eenvoudige handelingen door de specialist zelf worden verricht.”

Toelichting hierop door de sessiebegeleiders: de specialist is tegenwoordig vaak ‘te oud, te duur, te knap’ om eenvoudige handelingen zelf uit te voeren. Daarom is taakherschikking nodig, zodat andere hulpverleners die taken kunnen overnemen. De vraag hierbij is: wat is de positie van die andere hulpverleners, zoals physician assistants en klinisch verloskundigen? Moeten zij op grond van hun competenties een zelfstandige erkenning afdwingen, of is het beter om uit te gaan van de medewerking van de specialist. Uit de reacties blijkt dat als de specialist de andere hulpverlener bij de patiënt introduceert als competent, de patiënt daar geen probleem mee zal hebben. Maar de klinisch verloskundige heeft ook de verantwoordelijkheid om zich zelf te profileren. Uiteindelijk is samenwerking het belangrijkste omdat het toch gaat om de kwaliteit van de totale zorg.

Stelling: “In het kader van de nieuwe beroepen is de klinisch verloskundige het best te vergelijken met een physician assistant.”

De aanwezigen zijn het hier niet mee eens: een verloskundige is een medisch professional die zelfstandig medische beslissingen neemt, diagnoses stelt, beleid voert en evalueert. Een verloskundige mag bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig uitvoeren. Een physician assistant, die is opgeleid tot paramedicus of verpleegkundige en daarna een opleiding op mastersniveau heeft gevolgd, mag dat nu allemaal niet, maar in de toekomst misschien wel. Bij voldoende bekwaamheid kan een zelfstandige bevoegdheid toegekend worden. Dat vergt wel een wijziging van de wet-BIG. Een andere vraag is of het wel een goede zaak is als anderen veel taken van de gynaecoloog overnemen en de gynaecoloog er alleen nog bij roepen als ze er zelf niet uitkomen. Hoe behoudt de gynaecoloog dan zijn bekwaamheid?

Stelling: “Taakherschikking is gericht op een doelmatiger inzet van professionals en mede daardoor op een grotere toegankelijkheid van zorg, met behoud van kwaliteit. Taakherschikking is dus een middel en geen doel op zichzelf. Dat betekent dat taakherschikking een vraagstuk van samenhang is en geen vraagstuk van profilering van een beroepsgroep.”

De aanwezigen vinden dit heel eenzijdig vanuit de kosten geredeneerd, met als doel: goedkopere zorg door kortere opleidingen en dus goedkoper personeel, maar er moet volgens hen ook gekeken worden naar de kwaliteit van de geleverde zorg.

Stelling: “De taak van klinisch verloskundigen als coach en begeleider is van groter belang dan de taak als medisch professional.”

Een belangrijke taak van verloskundigen is de risicoselectie. Hiervoor is medische kennis nodig, wat maakt dat een verloskundige veel meer is dan coach en begeleider. Klinisch verloskundigen voelen zich soms juist teveel in de medische hoek gedrongen en zouden meer coach en begeleider willen zijn, maar ze zijn in toenemende mate te druk met zaken als echo’s maken en andere, voor hen vaak minder leuke, medische taken.

Stelling: “Er kleeft een inconsequentie aan het uitgangspunt van de verloskundigen dat zwangerschap en baring fysiologische gebeurtenissen zijn, als zij vervolgens voor de begeleiders van dat fysiologische proces een beroepsprofiel van de verloskundige optuigen dat van academische allure is.”

Om fysiologie te kunnen bewaken, moet je pathologie kunnen herkennen. Bewaken

van het normale houdt ook in: kunnen ingrijpen als het nodig is. Er wordt een vergelijking gemaakt met een piloot, die hoogopgeleid en duur betaald is om een vrijwel volledig geautomatiseerd proces te bewaken, maar die ook moet kunnen ingrijpen als het fout dreigt te gaan en dan een grote verantwoordelijkheid heeft. Daarnaast is er de vraag naar wetenschappelijke onderbouwing van de beroepspraktijk. Daarvoor is, naast de initiële opleiding, ook een vervolgopleiding nodig voor degenen die onderzoek willen doen op het gebied van de wetenschappelijke onderbouwing.

4. Voorlichting door verloskundigen

Zwangere vrouwen en hun partners hebben veel behoefte aan informatie. De voorlichting die zij krijgen over zwangerschap, bevalling, borstvoeding, prenatale screening en dergelijke is voor hen uitermate belangrijk. Ook vóór de zwangerschap is het verstrekken van informatie zoals preconceptie advies zinvol. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan informatie over risico's op genetische afwijkingen, maar ook over allerlei aspecten die van invloed kunnen zijn op het verloop en de uitkomst van een zwangerschap zoals leefstijl en voeding.

De vraag is echter over welke onderwerpen zeker voorlichting gegeven moet worden, in welke vorm (groepsvoorlichting, één op één, schriftelijk) en welke zorgverlener daarvoor de aangewezen persoon is. Is dat de huisarts, de geneticus, de gynaecoloog, de verloskundige, de kraamzorg, de jeugdgezondheidszorg, of misschien, in navolging van andere landen, de childbirth educators?

Sessieverloop:

Door de sessiebegeleiders werden 6 stellingen gepresenteerd, waarvan er enkele tijdens de sessie besproken zijn.

Stelling: “De verloskundige is de eerste schakel in de lange keten van preventieve zorg.”

Deze stelling kan op twee manieren geïnterpreteerd worden. Wanneer het gaat om het verlenen van feitelijke verloskundige zorg is men het met de stelling eens, maar het wordt anders wanneer het gaat om echte preventieve zorg: die begint niet bij de verloskundige, maar bijvoorbeeld al op de middelbare school. Preconceptiezorg begint al met het aanmeten van een gezonde manier van leven. De doelgroep voor preconceptie-zorg is moeilijk te bereiken, met name voor de eerste zwangerschap. Door middel van folders bij bijvoorbeeld apotheken en drogisten en door middel van reclame in tijdschriften en op billboards kan aan niet-zwangeren kenbaar gemaakt worden dat men voor vragen met betrekking tot preconceptiezorg bij de verloskundige terecht kan.

Stelling: “De verloskundige verliest haar poortwachtersfunctie als andere disciplines de regie over het preconceptie en prenatale screeningstraject van haar overnemen.”

Het is volgens de aanwezigen belangrijk dat genoemde taken uitgevoerd worden en dat dat goed gedaan wordt en verloskundigen zijn een logische beroepsgroep om deze taken op te pakken, maar zijn niet per sé degenen die de regie daarover moeten voe-

ren. In principe komt een vrouw pas bij een verloskundige als ze al zwanger is. Op het Ouder en Kind Centrum (OKC) in Amsterdam wordt tegenwoordig een kinderwensspreekuur gehouden en afgesproken is dat ook alle verloskundige praktijken in Amsterdam dat zullen gaan doen. De vraag is overigens of vrouwen met een eventuele kinderwens (of alleen vragen daaromtrent) wel bij een verloskundige in de wachtkamer gezien willen worden.

Stelling: "In een Ouder en Kind Centrum kan de verloskundige zich in haar rol als eerstelijns professional profileren."

Er is brede instemming met deze stelling, een OKC is een prima plek voor een breed zorgaanbod en een verloskundige past daar goed in, maar de zorg wordt uitgesproken dat in een OKC een verloskundige meer last heeft van de gemeentelijke bureaucratie dan erbuiten.

Stelling: "De gemeente zal steeds meer belangstelling krijgen voor de signalerende rol van de verloskundige bij risicogezinnen."

Verloskundigen komen op veel plekken en maken zich soms ook zorgen om een kleine groep probleemgevallen, maar kunnen die zorgen niet met andere zorgverleners delen als de moeder dat niet wil. Ze hebben een vertrouwensband en dienen de privacy van de vrouwen te respecteren. In het OKC is dat anders geregeld: als een verloskundige problemen signaleert, mag zij de moeder zonder haar toestemming aannemen bij een zorgcoördinator die de situatie verder kan beoordelen. Wanneer men het gevoel heeft dat het probleem oplossen zwaarder weegt dan de privacy van de vrouw, is dat een verantwoorde manier van werken gebleken. Vrouwen blijken naderhand vaak opgelucht als die stap eenmaal is gezet.

resultaten evaluatie door deelnemers

In totaal zijn er 104 ingevulde evaluatieformulieren ontvangen, dat wil zeggen dat 56% van de aanwezigen het evaluatieformulier heeft ingevuld. Enkele van de vragen en antwoorden zijn hieronder weergegeven. Zoals uit tabel I blijkt waren de deelnemers uit verschillende werkvelden afkomstig.

Functie/ Werkveld	Aantal keer genoemd	percentage
Verloskunde/ Verloskundige	33	32
Student verloskunde	32	31
Medewerker kraamzorg	14	13
Medewerker ROS, docent / opleider verloskunde, werknemer van de KNOV, overig / niet ingevuld	25	24

Zowel de organisatorische aspecten als de inhoudelijke aspecten van het symposium werden door de meeste deelnemers positief beoordeeld (tabel II). Let wel, niet alle deelnemers hebben een oordeel kunnen geven over de inhoud van de verschillende sessies, omdat elke deelnemer maar twee van de vier sessies kon bijwonen.

Wat vond u van ..	uitstekend	goed	voldoende	matig	slecht	N
.. de opzet	4,0	70,0	25,0	0,0	1,0	100
.. de inhoud	3,0	52,5	39,6	3,0	2,0	101
.. de organisatie	7,9	61,4	30,7	0,0	0,0	101
.. de tijdbewaking/ planning	10,1	57,6	26,3	6,1	0,0	99
.. de locatie	14,0	57,0	17,0	10,0	2,0	100
.. de inhoud van						
de sessie 'organisatie van de zorg'	0,0	43,8	42,2	12,5	1,6	64
de sessie 'de (post) natale zorg'	10,5	63,2	18,4	7,9	0,0	38
de sessie 'taakherschikking'	0,0	28,6	42,9	23,8	4,8	42
de sessie 'voorlichting'	1,9	18,9	41,5	26,4	11,3	53
.. de discussie tijdens de sessies	1,0	31,3	51,3	16,3	0,0	80

De sessie over de (post)natale zorg werd van alle onderdelen het meest positief beoordeeld.