

NIV 84

R 7308

VERTROUWELIJK

CONCEPT

PROJECT

'EXPERIMENT VERLOSKUNDIGE SAMENWERKINGSVERBANDEN'

HET ONDERZOEKSGEDEELTE

W.J. Meijer
10 februari 1993

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030 - 31 99 46.

De voorliggende notitie bevat een voorstel voor de nadere invulling van het door het Ministerie van WVC geaccordeerde projectvoorstel van juni 1991 en betreft het door het NIVEL uit te voeren onderzoeksgedeelte van het project. Het is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met het CBO, met name met D.J.B. Vermeij, arts en Mw. Drs. M.L. de Boer.

INHOUDSOPGAVE

	INLEIDING	1
	SAMENVATTING	2
1.	DOEL VAN HET ONDERZOEK	4
2.	PROBLEEMSTELLING	5
3.	OPERATIONALISERING	6
3.1.	Het referentiekader	6
3.2.	Verloskundige samenwerkingsverbanden	8
3.3.	Verloskundige samenwerking	8
3.4.	Conditie voor verloskundige samenwerking	13
3.5.	Het tot stand brengen van verloskundige samenwerking, c.q. samenwerkingsverbanden	15
3.6.	Het proces van de risicoselectie	15
3.7.	De procesevaluatie van de invloed van verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg	17
3.8.	De uitkomst van de risicoselectie	18
3.9.	De effectevaluatie van de invloed van verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verleende zorg	19
3.10.	De generaliseerbaarheid van de conclusies betreffende de verloskundige samenwerkingsverbanden	20
4.	VRAAGSTELLING	22
5.	ONDERZOEKSOPZET	24
6.	ANALYSE EN RAPPORTAGE	25
6.1.	Analyse en rapportage op het gebied van vraag 1 ('hoe kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht')	25
6.1.1.	Procesevaluatie	25
6.1.2.	Effectevaluatie	25
6.2.	Analyse en rapportage op het gebied van vraag 2 ('welke invloed heeft bevordering van de verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg')	26
6.2.1.	Procesevaluatie	26
6.2.2.	Effectevaluatie	27
6.3.	Overall-analyse: effectevaluatie	27
6.4.	Analyse en rapportage op het gebied van vraag 3 (de wijze van honorering als conditie voor verloskundige samenwerking)	28
6.5.	Analyse en rapportage op het gebied van vraag 4 (de generaliseerbaarheid van de conclusies)	28
7.	UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	29
8.	FASERING	30

BIJLAGEN

- Bijlage 1 De opdracht voor het project
- Bijlage 2 De voorgeschiedenis van het project
- Bijlage 3 Definities van de begrippen betreffende 'samenwerking'
- Bijlage 4 Schematisch overzicht van wensen en realisering ten aanzien van registratie in de verloskundige zorg
- Bijlage 5 De items uit de LVR1, respectievelijk de LVR2 in het onderzoek naar indicatiestelling
- Bijlage 6 De items uit de LVR1, respectievelijk de LVR2, ingedeeld naar de mate waarin zij 'gevoelig' zijn voor invulgedrag

INLEIDING

Per 1 oktober 1990 is het project 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' van start gegaan. Het project wordt gefinancierd door het Ministerie van WVC en wordt uitgevoerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

De Staatssecretaris van WVC heeft het doel van het project omschreven als 'enerzijds inzicht te krijgen hoe verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand gebracht kunnen worden en anderzijds te onderzoeken in hoeverre verloskundige samenwerking invloed heeft op de kwaliteit van de verloskundige zorg' (bijlage 1).

Om dit doel te realiseren is besloten om op experimentele basis maximaal tien samenwerkingsverbanden te ondersteunen. Deze ondersteuning bestaat onder andere uit het dekken van de noodzakelijke administratieve en organisatorische ondersteuning van het samenwerkingsverband. Daarbij is gesteld dat de te stimuleren samenwerkingsverbanden uitdrukkelijk gezien moeten worden als experimenten die geëvalueerd moeten worden.

Voor de uitvoering van het project is een samenwerking opgezet tussen het CBO en het NIVEL. Het CBO is verantwoordelijk voor de programma-ontwikkeling en de interventie, terwijl het NIVEL de proces- en effectevaluatie uitvoert.

SAMENVATTING

Het gebruiksdoel van het project is gelegen in onderbouwing van landelijk beleid; dit beleid is gericht op versterking van de eerstelijns verloskundige zorg en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen (paragraaf 1).

In paragraaf 2 wordt de probleemstelling van het project aangegeven. In de projectopdracht staat:

'Het gevoerde beleid ter bevordering van afstemming op landelijk niveau van de zorg tussen de betrokken beroepsgroepen (de verloskundige indicatielijst) heeft niet het beoogde resultaat gehad. Ik acht het dan ook gewenst dat wordt onderzocht of en zo ja hoe via bevordering van samenwerking op lokaal niveau de gewenste afstemming en gepast gebruik kan worden bereikt, en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name wat betreft het aspect van indicatiestelling.'

Het referentiekader van het project wordt geëxpliciteerd in paragraaf 3.1. In een schematische weergave worden het onderzoeksgebied en de samenhang tussen de elementen hierin aangegeven. De eerste vraag van het onderzoek is hoe verloskundige samenwerking kan worden bevorderd. Deze vraag wordt beantwoord middels de evaluatie van de CBO-interventie; deze evaluatie betreft het proces (beïnvloeding van de condities voor verloskundige samenwerking) en het beoogde effect van deze interventie (verbetering van verloskundige samenwerking). De tweede onderzoeksvraag is welke invloed zo'n verbetering van samenwerking heeft op de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name wat betreft het aspect risicoselectie. Het onderzoek naar deze vraag betreft het effect van verbeterde samenwerking (de uitkomst van de risicoselectie) en het proces dat hierbij een rol speelt (de beïnvloeding van het proces van de risicoselectie).

De definitie van een 'verloskundig samenwerkingsverband' in dit onderzoek wordt ontleend aan het rapport-Sikkel (paragraaf 3.2).

Voor de operationalisering van het begrip 'verloskundige samenwerking' wordt onderscheid gemaakt naar de intensiteit van het interdisciplinaire zorginhoudelijk overleg (paragraaf 3.3). Bij het hoogste intensiteitsniveau is sprake van een continue en systematische, cyclische kwaliteitsverbetering; dit houdt per definitie in dat een kwaliteitssysteem is gerealiseerd.

De condities voor verloskundige samenwerking worden in paragraaf 3.4 besproken. Deze condities hebben betrekking op diverse conditiegroepen met name op het vlak van organisatie, hulpmiddelen (waaronder financiering/honorering en informatievoorziening), betrokkenen (deskundigheid, attitude) en het relationeel-emotionele vlak. Voor het bereiken van een hoger intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking gelden in de praktijk zwaardere condities.

In paragraaf 3.5 wordt de CBO-interventie globaal beschreven. Deze is gericht op het bereiken van een zo hoog mogelijk intensiteitsniveau van interdisciplinaire verloskundige samenwerking via het beïnvloeden van de condities voor verloskundige samenwerking. Hierbij is bijzondere aandacht voor aspecten van risicoselectie, c.q. indicatiestelling.

In paragrafen 3.6 t/m 3.10 wordt het begrip 'kwaliteit van de verloskundige zorg' geoperationaliseerd. In dit project wordt 'kwaliteit van de verloskundige zorg', gezien de projectopdracht, voornamelijk opgevat als de kwaliteit van de risicoselectie (indicatiestelling). Het uitgangspunt hierbij is dat in principe bevallingen plaatsvinden in de eerste lijn tenzij er indicaties zijn voor tweedelijnszorg. De hiervoor benodigde risicoselectie vindt plaats in zowel de eerste als de tweede lijn. In het onderzoek wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van beschikbare gegevens, met name uit de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR). Geconcludeerd wordt dat voor dit project uit de LVR1 ('LVR 1e lijn') naar verwachting tot op zekere hoogte bruikbare informatie is te verkrijgen over de risicoselectie in de eerste lijn door verloskundigen (huisartsen vallen hierbuiten). Daarentegen kunnen naar verwachting uit de LVR2 ('LVR 2e lijn') niet voldoende gegevens worden verkregen over de risicoselectie in de

tweede lijn. Nagegaan zal dan ook worden in hoeverre het mogelijk is de benodigde gegevens langs andere weg te verkrijgen.

In paragrafen 3.6 en 3.7 wordt ingegaan op de invloed van verloskundige samenwerking op het proces van de indicatiestelling. Relevante aspecten van dit proces van indicatiestelling zijn het feitelijk verloskundig handelen en de beleving van de cliëntgebonden samenwerking door de zorgverleners.

Het effect van verloskundige samenwerking in de zin van verbeterde uitkomst van de risicoslectie wordt besproken in paragrafen 3.8 en 3.9.

De onderzoeksvragen (paragraaf 4) betreffen de CBO-interventie, met name het bevorderen van verloskundige samenwerking (vraag 1) en de invloed hiervan op de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name indicatiestelling (vraag 2). De wijze van honorering als conditie voor verloskundige samenwerking is onderwerp van vraag 3. Tenslotte wordt de vraag gesteld naar de generaliseerbaarheid van de conclusies uit dit onderzoek (vraag 4).

Het onderzoek vindt plaats binnen de 10 geselecteerde VSV's (vragen 1 en 2) en daarbuiten (vragen 3 en 4) (paragraaf 5).

De analyse en rapportage (paragraaf 6) volgen de systematiek die is beschreven met het referentiekader voor het onderzoek (paragraaf 3.1) en de vraagstelling (paragraaf 4).

De uitvoering en fasering van het onderzoek staan beschreven in paragrafen 7 en 8.

1. DOEL VAN HET ONDERZOEK

Het doel van het onderzoek is de opdrachtgever, het Ministerie van WVC, informatie te verschaffen die relevant is voor het landelijke voorwaardenscheppende beleid ten aanzien van verloskundige samenwerking in het algemeen en verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) in het bijzonder (zie bijlagen 1 en 2). Het onderzoek is dan ook gericht op het verschaffen van informatie die inzicht geeft in mogelijke aanknopingspunten voor landelijk voorwaardenscheppend beleid ten aanzien van verloskundige samenwerking, respectievelijk VSV's. Hierbij zijn de twee hoofdvragen voor het onderzoeksgedeelte van het project, conform de formulering van de staatssecretaris (zie bijlage 1):

- hoe kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) tot stand worden gebracht, en
- in hoeverre heeft verloskundige samenwerking invloed op de kwaliteit van de verloskundige zorg.

Het is de bedoeling dat de onderzoeksresultaten inzicht verschaffen in de mate waarin verloskundige samenwerking meerwaarde heeft in de zin van een verbeterde kwaliteit van de verloskundige zorg, en met name een betere werking van het selectiesysteem. Tevens wordt informatie verkregen over de aard van de huidige feitelijke samenwerking in de verloskundige zorgverlening in Nederland. Bovendien wordt inzicht verkregen in de condities en indirecte factoren die van invloed zijn op de verloskundige samenwerking.

Deze informatie is relevant in het beleidskader, zoals dat is geformuleerd in de opdracht van het project (bijlage 1);

'Uitgangspunt voor het project is het Regeringsstandpunt Verloskunde van 13 juli 1989 op het eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde.

Het beleid zoals daarin uiteengezet is gericht op het handhaven en zo mogelijk verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg, op verschuiving van klinische en poliklinische bevallingen naar thuisbevallingen en op de verschuiving van het aandeel van de verloskundige zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Om dit te bereiken wordt onder meer het experiment uitgevoerd waarin moet worden onderzocht, of geïnstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden aan deze doelstellingen kunnen bijdragen.

Een en ander is in lijn met de uitgangspunten voor de organisatie van de verloskundige zorg uit het Advies inzake de verloskunde in de toekomstige zorgverzekering van de Werkgroep Verloskunde van de Ziekenfondsraad, waaraan de relevante beroepsgroepen hebben deelgenomen.

Het experiment dient dus als middel om te komen tot een verloskundige organisatie, waarbinnen de juiste zorg op het juiste moment door de juiste hulpverlener wordt geboden met behoud van de kwaliteit van de zorg door toepassing van goede selectie. Het begrip kwaliteit moet hierbij breed worden opgevat in de geest van het kwaliteitsbeleid zoals neergelegd in de nota Kwaliteit van Zorg. Het gaat dus om het bereiken van zorg die is afgestemd op de reële behoeften van de cliënt, inhoudelijk van goed niveau is, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

Het ontwikkelen en daadwerkelijk hanteren van kwaliteitssystemen is daartoe van cruciaal belang.'

2. PROBLEEMSTELLING

In de opdracht voor het project (bijlage 1) staat:

'Het gevoerde beleid ter bevordering van afstemming op landelijk niveau van de zorg tussen de betrokken beroepsgroepen (de verloskundige indicatielijst) heeft niet het beoogde resultaat gehad. Ik acht het dan ook gewenst dat wordt onderzocht of en zo ja hoe via bevordering van samenwerking op lokaal niveau de gewenste afstemming en gepast gebruik kan worden bereikt, en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name wat betreft het aspect van indicatiestelling.'

Deze vraag moet worden gezien tegen de achtergrond van de voorgeschiedenis van het project (bijlage 2).

In het landelijke beleid op het gebied van de verloskundige zorg staat het begrip 'risicoselectie' (c.q. indicatiestelling) centraal. Een goede risicoselectie is immers essentieel voor een goed functioneren van het Nederlands verloskundig stelsel, zodat 'normale' zwangerschappen en bevallingen zoveel mogelijk in de eerste lijn worden begeleid terwijl bij verhoogd risico, indien daarvan indicatie bestaat, de zorg wordt verleend door de tweede lijn (Dees, 1989). Er bestaan echter twijfels over de kwaliteit van de risicoselectie in het Nederlandse verloskundige stelsel. Ten eerste is er discussie over de vraag in hoeverre de (in vergelijking met het buitenland) minder sterke daling van de perinatale mortaliteit in Nederland samenhangt met de unieke kenmerken van het Nederlandse verloskundige bestel, dat wil zeggen het grote aandeel van de eerste lijn, en met name de thuisbevallingen. Ten tweede zijn er regionale verschillen ~~zijn~~ in de frequentie van medische indicaties, die wellicht niet geheel zijn te verklaren door verschillen in de populatie. Dit roept de vraag op hoe de indicatiestelling geschiedt in de eerste lijn in de tweedelijns verloskundige zorg.

Gezien de verondersteld goede resultaten van verloskundige samenwerkingsverbanden wordt gehoopt dat door bevordering van verloskundige samenwerking op lokaal niveau de kwaliteit van de zorg (met name risicoselectie) verbetert en bovendien deze kwaliteit kan worden aangetoond (Adviescommissie Verloskunde, 1987).

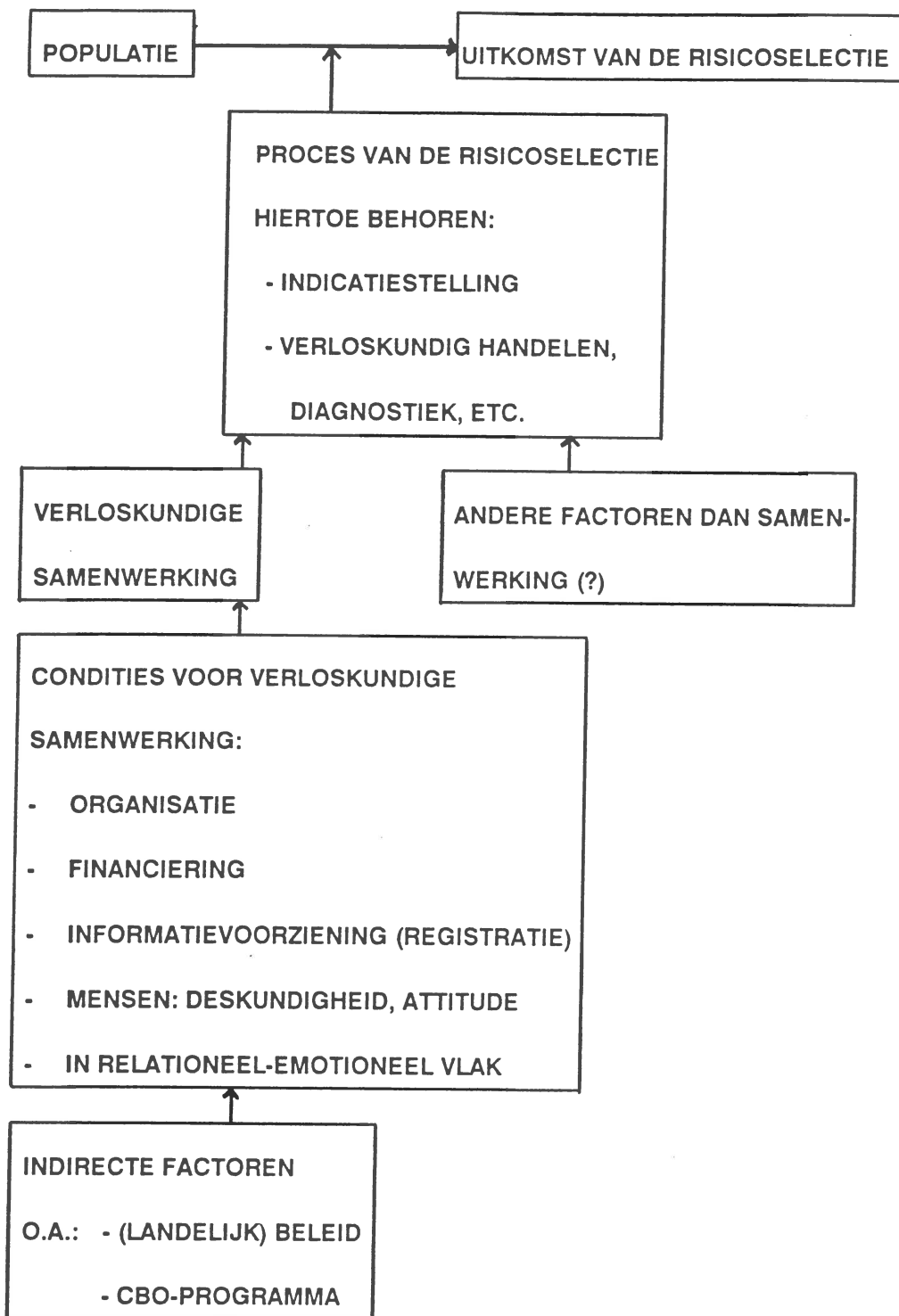
3. OPERATIONALISERING

3.1. Het referentiekader

De uitgangspunten bij de operationalisering zijn als volgt.

1. Volgens de opdracht van het project (bijlage 1) wordt onderzoek gedaan naar de relatie tussen verloskundige samenwerking en de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name wat betreft het aspect van indicatiestelling. Onder de kwaliteit van de verloskundige zorg wordt dan ook in dit project hoofdzakelijk verstaan de kwaliteit van de risicoselectie. Risicoselectie is een proces van verloskundig handelen (o.a. diagnostiek, indicatiestelling) dat betrekking heeft op een populatie. In dit project bestaat deze populatie steeds uit de groep van alle vrouwen vanaf de inschrijving bij één van de bij het VSV betrokken zorgverleners (verloskundige, huisarts, gynaecoloog).
2. Onder 'verloskundige samenwerking' wordt in dit project interdisciplinaire verloskundige samenwerking verstaan.
3. Voor verloskundige samenwerking is het noodzakelijk dat condities zijn gerealiseerd op verschillende gebieden, met name op het vlak van organisatie, financiering, informatievoorziening, zorgverleners (deskundigheid, attitude) en in het relationeel-emotionele vlak. Naarmate een hoger intensiteitsniveau van samenwerking wordt nagestreefd, gelden er zwaardere condities voor het realiseren van deze samenwerking.
4. Landelijk beleid ten aanzien van verloskundige samenwerking, c.q. samenwerkingsverbanden heeft als einddoel een betere kwaliteit van de verloskundige zorg, c.q. risicoselectie. De aanknopingspunten voor dit beleid zijn de hierboven genoemde condities voor verloskundige samenwerking.
5. De interventie van het CBO heeft tot doel om te komen tot een zo hoog mogelijk intensiteitsniveau van de samenwerking binnen de tien geselecteerde VSV's. Het proces van deze interventie bestaat uit het beïnvloeden van de bovengenoemde condities voor verloskundige samenwerking.
6. Het gehele onderzoeksgebied wordt weergegeven in schema 1. Dit schema, dat is ontwikkeld in nauw overleg met D.J.B. Vermeij, arts (CBO), is het referentiekader voor het onderzoek.
7. In schema 1 wordt de eerste hoofdvraag ('hoe kunnen VSV's tot stand worden gebracht?') weergegeven door het onderste gedeelte: indirecte factoren zoals het (landelijke) beleid en het CBO-programma beogen om verloskundige samenwerking te bevorderen (effect) via het beïnvloeden van de condities voor samenwerking (proces). Dit is de basis voor de effect- en procesevaluatie op het gebied van de eerste hoofdvraag.
8. Tevens wordt in schema 1 de tweede hoofdvraag ('welke invloed heeft verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg?') weergegeven: verloskundige samenwerking beoogt een betere uitkomst van de risicoselectie (effect) via verbetering van het proces van de risicoselectie (proces). Dit is de basis voor de effect- en procesevaluatie op het gebied van de tweede hoofdvraag.

Schema 1.



3.2. Verloskundige samenwerkingsverbanden

Uitgegaan wordt van de volgende omschrijving voor een verloskundig samenwerkingsverband (destijds genoemd 'verloskundig centrum') (Sikkel, 1979):

'Verloskundig centrum

Onder een verloskundig centrum wordt een organisatie verstaan, waar perinatale zorg wordt bedreven in een gereguleerd samenwerkingsverband van vroedvrouwen, huisartsen, vrouwenartsen en kinderartsen. Deze zorg kan zowel intra- als extramuraal worden gegeven. Het samenwerkingsverband is gebaseerd op de gedachte dat er een vloeiende overgang bestaat tussen 'verloskunde met een laag risico' en 'verloskunde met een hoog risico'.

De organisatie beschikt over een verloskundige afdeling in een ziekenhuis die ruimtelijk zodanig is aangepast, dat bovengenoemd samenwerkingsverband met inachtneming van de belangen en wensen van zwangeren, barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen, zo goed mogelijk functioneert. De samenwerking tussen de intra- en extramuraal zorg is dusdanig geregeld, dat de vrouw deze als continue zorg ervaart.'

Deze definitie beschrijft een bestaande situatie, zij heeft geen normstellend karakter (Sikkel, 1979). Deze definitie is aangenomen door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

Het verloskundig samenwerkingsverband wordt gevormd door (Sikkel, 1979):

- de huisarts;
- de verloskundige;
- de obstetricus;
- de kinderarts;
- de leidster-docente in het kraamcentrum;
- de hoofdverpleegkundige van de verloskundige afdeling.

3.3. Verloskundige samenwerking

In het voorliggende onderzoeksvoorstel wordt onder verloskundige samenwerking verstaan: interdisciplinaire samenwerking, dat wil zeggen samenwerking tussen bij de verloskundige zorg betrokken zorgverleners van verschillende disciplines (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, kinderartsen, kraamafdeling, kraamzorg). Monodisciplinaire samenwerking zoals bijvoorbeeld in kringen van verloskundigen valt hierbuiten.

Bij verloskundige samenwerking dient gedacht te worden aan samenwerking rond een concrete casus, waardoor de zwangere in kwestie de hulpverlening krijgt die het meest is aangepast aan haar behoeften terwijl er tevens een geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen de verschillende hulpverleners tot stand wordt gebracht (Dees, 1989). Verloskundige samenwerking heeft dus betrekking op activiteiten die plaatsvinden in twee verschillende soorten situaties. Ten eerste wordt in de cliëntgebonden activiteiten samengewerkt als onlosmakelijk onderdeel van het verloskundig handelen, bijvoorbeeld bij consultatie en verwijzing; Ten tweede wordt samengewerkt in niet-clientgebonden situaties.

Bij de operationalisering van het begrip 'verloskundige (interdisciplinaire) samenwerking' wordt dan ook in aanmerking genomen dat de verloskundige beroepsuitoefening bestaat uit twee componenten:

- cliënt/patiëntgebonden activiteiten (het primaire proces van de zorgverlening);

- niet-cliënt/patiëntgebonden activiteiten (bijvoorbeeld het organiseren van de praktijkvoering, na- en bijscholing).

Gradaties van cliëntgebonden samenwerking

Door Visser worden vier niveaus van interdisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners onderscheiden; deze niveaus worden gedefinieerd door het resultaat van deze samenwerking (Visser, 1980). Aangezien in het artikel van Visser de gebruikte begrippen betrekking hebben op klinische zorg, zijn in het voorliggende onderzoeksvoorstel deze begrippen enigszins aangepast zodat zij beter aansluiten op de praktijk van de (deels niet-klinische, deels klinische) verloskundige zorg. Ingedeeld volgens een toenemende mate van samenwerking zijn deze niveaus als volgt gekarakteriseerd:

1. 'informatie achteraf'

De zorgverleners informeren elkaar achteraf over de zorg die door hen is verleend bij een cliënt (of patiënt), zonder verder overleg.

2. 'informatie vooraf'

De zorgverleners delen elkaar hun voornemens mee ten aanzien van de te verlenen zorg aan een cliënt/patiënt, al dan niet gepaard gaand met verder overleg.

3. 'overleg over zorginhoudelijke, niet-cliëntgebonden zaken'

De zorgverleners uit de verschillende disciplines hebben overleg over bepaalde inhoudelijke aspecten van de zorg, hetgeen niet direct gebonden is aan een cliënt/patiënt. Dit overleg kan bijvoorbeeld bestaan uit een bespreking van gegevens uit de literatuur en een gedachtenwisseling over het beleid dat de zorgverleners voeren. Bij dit niveau van samenwerking worden weliswaar bepaalde aspecten van de zorg gezamenlijk besproken maar ieder voor zich bepaalt het beleid bij zijn, of haar cliënten/patiënten. Er worden dus geen gemeenschappelijke zorginhoudelijke uitgangspunten (zoals protocollen) vastgesteld.

4. 'gemeenschappelijke zorginhoudelijke uitgangspunten'

In gezamenlijk overleg tussen de betrokken zorgverleners van de verschillende disciplines worden gemeenschappelijke uitgangspunten vastgesteld over inhoudelijke aspecten van de zorg (bijvoorbeeld een protocol voor een bepaalde groep van cliënten/patiënten).

In het volgende schema (gemodificeerd naar Visser), worden de kenmerken van de vier niveaus van samenwerking weergegeven:

Schema 4. De kenmerken van de vier niveaus van samenwerking.

Aard van de	Niveau	Resultaat	Overleg	Uitgangspunten
Primair	1	Informatie achteraf	geen	individueel
Primair	2	Informatie vooraf	geen	individueel
Verdiept	3	Overleg over zorginhoudelijke onderwerpen	wel	individueel
Verdiept	4	Gemeenschappelijke uitgangspunten	wel	gemeenschappelijk

In de eerste twee gevallen blijft de samenwerking tussen de zorgverleners beperkt tot deze communicatie die nu eenmaal nodig is wanneer beiden betrokken zijn bij de zorg voor een bepaald cliënt of patiënt. In dat geval benoemen wij deze samenwerking als **primaire samenwerking**.

Wanneer er sprake is van een apart overleg, dan spreken we van **verdiepte samenwerking**. Verdiepte samenwerking bestaat dus uit twee deelprocessen: niet-cliëntgebonden samenwerking (bijvoorbeeld de bespreking van een zorginhoudelijk onderwerp) en cliëntgebonden samenwerking (bijvoorbeeld de communicatie bij een verwijzing van een cliënte met gebroken vliezen zonder weëenactiviteit).

In dit project wordt het hoogste niveau van interdisciplinaire samenwerking (niveau 4) onderscheiden in twee subniveaus:

- niveau 4A: gemeenschappelijke zorginhoudelijke uitgangspunten zonder cyclische kwaliteitsverbetering;
- niveau 4B: gemeenschappelijke zorginhoudelijke uitgangspunten, gepaard gaande met cyclische kwaliteitsverbetering.

Gezien de grote betekenis die in het landelijke beleid wordt toegekend aan het ontwikkelen van kwaliteitssystemen (bijlage 1), wordt hier nader ingegaan op de relatie tussen een verloskundig kwaliteitssysteem en verloskundige samenwerking.

Onder een 'kwaliteitssysteem' wordt verstaan: 'de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg' (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990). Aan deze omschrijving voegen Sluijs et al. toe dat er sprake is van een kwaliteitssysteem als al deze activiteiten met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -verbetering onderling op elkaar zijn afgestemd (Sluijs et al., 1991b).

Een belangrijk kenmerk van een kwaliteitssysteem is de kwaliteitskringloop. De kwaliteitskringloop is als volgt beschreven (Sluijs et al., 1991b):

'De kerngedachte van de kwaliteitskringloop is dat doorlopend wordt getracht verbeteringen aan te brengen als het produkt niet aan de gestelde eisen voldoet. Men moet dus weten wat de eisen zijn en waar tekortkomingen optreden. De kwaliteitskringloop bestaat dan ook uit een aantal fasen die op een logische manier tot kwaliteitsverbetering leiden, namelijk:

1. het formuleren van criteria of richtlijnen: welke eisen worden gesteld?
2. het plannen van concrete activiteiten om aan deze eisen te voldoen
3. het implementeren van de geplande activiteiten
4. evalueren: beoordelen of de activiteiten tot het gewenste doel leiden
5. verbeteren: gesignaleerde tekorten opheffen of activiteiten bijstellen.

Als men alle fasen van deze kwaliteitskringloop doorloopt, leidt dit tot een systematische verbetering van de kwaliteit. Dit betekent dat het ontwikkelen van criteria of van richtlijnen zoals bijvoorbeeld protocollen of standaarden in feite een eerste fase in de kringloop zijn. Protocollen en standaarden leiden namelijk niet automatisch tot kwaliteitsverbetering, omdat het bestaan ervan nog niet betekent dat ze ook worden nageleefd. Als dergelijke richtlijnen echter gebruikt worden voor beoordeling, bewaking of verbetering van de kwaliteit dan is er sprake van een kwaliteitskringloop. Het principe van de kwaliteitskringloop biedt hiermee een kader voor systematische kwaliteitsverbetering.

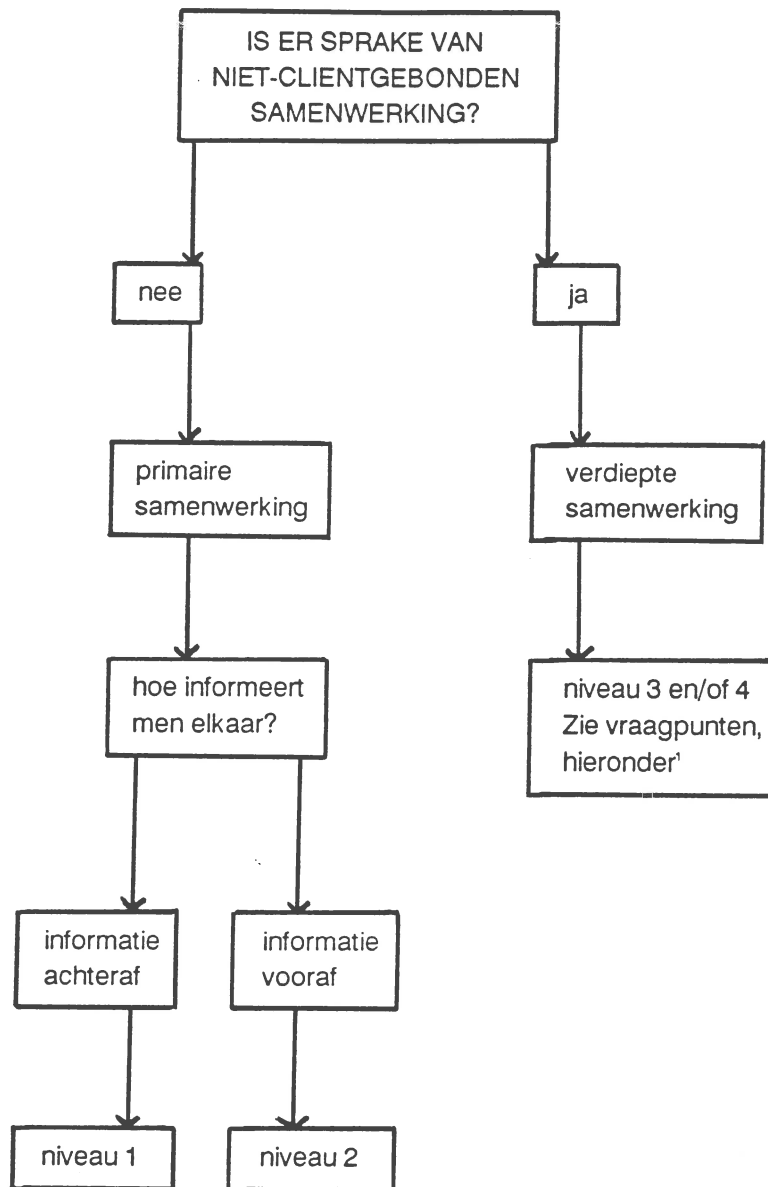
De kwaliteitskringloop is zowel van toepassing op het kwaliteitssysteem in totaal als op de diverse onderdelen waaruit het is opgebouwd. Bijvoorbeeld, het verbeteren van de structuur van de organisatie of het verbeteren van de onderlinge afstemming van zorgonderdelen kan gebeuren aan de hand van de fasen van de kwaliteitskringloop. In feite kan het principe van de kwaliteitskringloop op elke kwaliteitsbevorderende activiteit worden toegepast.'

Dit betekent dat verloskundige samenwerking van het hoogste intensiteitsniveau (niveau 4B) is op te vatten als een verloskundig kwaliteitssysteem.

In het onderzoek zal dan ook speciaal aandacht worden gegeven aan de vraag in hoeverre samenwerking van dit intensiteitsniveau is bereikt, en wat hiervoor de condities zijn.

Om vast te stellen op welk(e) niveau(s) de samenwerking tussen verloskundige zorgverleners van verschillende disciplines zich bevindt, zal gebruik worden gemaakt van een meetinstrument dat gebaseerd is op het volgende schema.

Schema 7. Het vaststellen van het niveau van verloskundige samenwerking



¹ Vraagpunten bij verdiepte samenwerking.

1. Ten aanzien van de niet-cliëntgebonden werkzaamheden:

- waarop heeft het doel van de verdiepte samenwerking betrekking?
- is er een plan voor het bereiken van dit doel?
- zijn er criteria geformuleerd voor het bereiken van het doel?
- hoe staat het met het uitvoeren van dit plan?
- welke gegevens worden verzameld en bewerkt ten behoeve van evaluatie?
- in hoeverre vindt evaluatie plaats?
- in hoeverre is er een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering?

2. Ten aanzien van de cliëntgebonden werkzaamheden:

- hoe geschiedt de informering over een cliënt/patiënt: achteraf of vooraf?
- indien vooraf, worden dan de voornemens ter discussie gesteld?

Bij de toepassing van dit meetinstrument zal rekening worden gehouden met het feit dat de vier niveaus van interdisciplinaire samenwerking een beschrijving zijn van standaardtypen, stereotypen. In de praktijk van de beroepsuitoefening zal de situatie genuanceerd zijn. De in de praktijk voorkomende werkzaamheden zullen veelal niet allemaal tot hetzelfde intensiteitsniveau kunnen worden gerekend. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer binnen een verloskundig samenwerkingsverband voor enkele categorieën van cliënten/patiënten protocollen zijn afgesproken (samenwerkingsniveau 4), terwijl over bepaalde categorieën cliënten/patiënten wel zorginhoudelijk besprekingen zijn gevoerd maar zonder een protocol af te spreken (niveau 3); tevens is over veel categorieën cliënten/patiënten geen zorginhoudelijk overleg gevoerd (samenwerkingsniveau 1 of 2).

Thans worden in de mondelinge interviews gegevens verzameld over de frequentie en de inhoud van het overleg binnen de tien geselecteerde VSV's. Deze gegevens zijn relevant voor het onderzoek naar het intensiteitsniveau van de samenwerking binnen deze VSV's.

3.4. Conditie voor verloskundige samenwerking

Voor het realiseren van verloskundige interdisciplinaire samenwerking gelden bepaalde condities (Visser, 1980). Deze condities worden onderscheiden in verschillende conditiegroepen: organisatorische condities, hulpmiddelen (waaronder financiering en informatievoorziening) en tenslotte condities op het relationeel-emotionele vlak (Visser, 1980). Deze condities worden in dit project aangevuld met condities ten aanzien van betrokkenen (deskundigheid, attitude).

Wat deze condities inhouden, hangt af van het nagestreefde intensiteitsniveau van de verloskundige samenwerking (Visser, 1980).

Ten eerste zijn er condities op het gebied van de *organisatie* van de verloskundige zorgverlening (vaststellen van verantwoordelijkheden, taakverdeling).

Relevante variabelen zijn onder andere:

- wie nemen deel aan het VSV;
- de omvang van het VSV (aantal inschrijvingen bij de betrokken zorgverleners per jaar);
- de mate van organisatie (vorm en frequentie van de besprekingen);
- het vrij gevestigd of in dienstverband zijn van de zorgverleners (gynaecologen, verloskundigen) (Riteco en Hingstman, 1991);
- de regeling van de toelating van de eerstelijns zorgverleners tot het ziekenhuis om aldaar verloskundige zorg te verlenen.

De informatie over deze variabelen wordt verkregen uit de mondelinge interviews en de schriftelijke enquête.

Ten tweede, wat de *financiering* betreft, zijn in het rapport-Sikkel (1979) elementen in de financieringsstructuur vermeld die verloskundige samenwerking belemmeren en in dit rapport zijn dienaangaande aanbevelingen gedaan; deze aanbevelingen zijn volgens het rapport van de Adviescommissie Verloskunde (1987) niet uitgevoerd. Door de Adviescommissie Verloskunde wordt dan ook gesuggereerd om in een samenwerkingsverband de inkomsten van het team te verdelen volgens een vaste sleutel over de verloskundige zorgverleners (verloskundige, huisarts en gynaecoloog) onafhankelijk van het feit of er al dan niet een beroep is gedaan op de daadwerkelijke hulp van de betrokkene. Langs die weg zou de honorering, als bron van onderlinge rivaliteit en wantrouwen,

uitgeschakeld kunnen worden. In het Regeringsstandpunt Verloskunde (1989) wordt deze gedachtegang onderschreven, waarbij wordt opgemerkt dat dit honoreringssysteem op macro-niveau wel budgettair neutraal dient te zijn; echter, volgens de Staatssecretaris zal het bereiken van een verloskundige systeem dat geheel gebaseerd is op dergelijke samenwerkingsverbanden nog geruime tijd vergen.

In het onderzoek zal de betekenis van financiering, c.q. honorering als conditie niet kunnen worden nagegaan in de tien geselecteerde VSV'S omdat deze dezelfde financierings-/honoreringsstructuur hebben; wel zal worden nagegaan in hoeverre deze factor een rol speelt buiten deze VSV's, voor zover er in (een) regio('s) experimenten plaatsvinden met een financieringsstructuur zoals is aanbevolen door de Adviescommissie Verloskunde.

Ten derde is het belangrijk voor het tot stand komen en in stand blijven van een VSV, dat er wordt voldaan aan de conditie van adequate *informatievoorziening*, waarbij registratie een belangrijke rol kan spelen.

Deze registratie kan in principe plaatsvinden nadat de zorg verleend is zoals het geval is met jaarverslagen en de LVR. Ten aanzien van jaarverslagen van VSV's wordt in het rapport van de Adviescommissie Verloskunde gesteld dat periodiek, tenminste éénmaal per jaar, schriftelijk verslag moet worden gedaan op basis van een gestandaardiseerd formulier van alle, door het samenwerkingsverband begeleide zwangerschappen, uiteraard met waarborg voor de anonimiteit, waarbij speciale aandacht moet worden gegeven aan de mogelijke vermijdbaarheid van daarbij aan het licht gekomen pathologie.

In principe kan de registratie ook plaatsvinden tijdens de zorgverlening; op deze laatste gedachte (concurrente registratie) is het registratiefeedback systeem gebaseerd, dat thans door het CBO wordt ontwikkeld in het kader van dit project. De opzet van dit registratiefeedbacksysteem is tevens dat gegevens kunnen worden verzameld die specifiek geënt zijn op de lokale behoefte, ten behoeve van de evaluatie van het eigen handelen. Als een voordeel van een concurrente registratie wordt tijds-efficiëntie genoemd aangezien gegevens niet achteraf hoeven te worden ingevoerd in de computer.

In de VSV's te Zaandam en Deventer zijn registratieprogramma's ontwikkeld en in gebruik, die eveneens tot doel hebben om feedback te verkrijgen over de verleende zorg. Door de betreffende zorgverleners wordt de LVR hiervoor niet als optimaal beschouwd.

In het onderzoek naar registratie als conditie voor samenwerking is het cruciaal dat het beoogde gebruik als uitgangspunt wordt genomen. Een overzicht van de wensen t.a.v. registratie en de mogelijkheden voor realisering hiervan staat in het schema in bijlage 4, dat is ontwikkeld in samenwerking met D.J.B. Vermeij, arts, CBO. Dit schema beschrijft dat er op verschillende niveaus (macroniveau: landelijk, mesoniveau: tussenniveau, microniveau: de cliëntgebonden activiteiten) 'actoren' werkzaam zijn, die wensen hebben en activiteiten uitvoeren teneinde deze wensen te realiseren. Hierbij is informatie nodig en voor deze informatiebehoefte is een registratie geëigend die de grenzen van de afzonderlijke niveaus (micro-, meso- en macroniveau) overschrijdt.

Het schema in bijlage 4 is de basis voor verdere operationalisering van informatievoorziening als conditie voor verloskundige samenwerking.

Ten vierde zijn er condities ten aanzien van de *betrokkenen* (d.w.z. zorgverleners) met name op het gebied van deskundigheid en attitude. Gegevens over de attitude worden verkregen uit de mondelinge interviews en de schriftelijke vragenlijst.

Ten vijfde zijn de processen op het *relationeel-emotionele vlak* belangrijk voor het tot stand komen en in stand blijven van samenwerking. Bij het onderzoek naar deze relationeel-emotionele aspecten zal rekening worden gehouden met het aspect van 'klimaatcondities' (waarvoor reeds een vragenlijst bestaat).

3.5. Het tot stand brengen van verloskundige samenwerking, c.q. VSV's

Het programma van het CBO is gericht op het bereiken van samenwerking met een hoog intensiteitsniveau, zo mogelijk niveau 4B (hetgeen overeenkomt met een functionerend kwaliteitssysteem). Hierbij wordt uitgegaan van het door een VSV zelf vastgesteld verbeterdoel, en planmatig gewerkt (zie de stukken van het CBO voor de begeleidingscommissie). Het werk met de VSV's is gericht op het beïnvloeden van de condities voor samenwerking. Hierbij wordt in eerste gewerkt in (een) werkgroep(en) die door het VSV is (zijn) samengesteld. De communicatie met de achterban (het VSV) wordt verzorgd door deze werkgroep waarbij het CBO al dan niet (afhankelijk van de wens van het VSV) wordt betrokken.

3.6. Het proces van de risicoselectie

Bij de operationalisering van 'risicoselectie' is het uitgangspunt dat enerzijds 'laag risico' bevallingen thuishoren in de eerste lijn en bevallingen met 'verhoogd risico' op indicatie in de tweede lijn. Het gaat dus om het zo veel mogelijk verwijderen van 'verhoogd risico' uit de eerste lijn en het zo veel mogelijk verwijderen van 'laag risico' uit de tweede lijn. Deze risicoselectie geschiedt door middel van indicatiestelling; hiervoor zijn thans op landelijk niveau twee indicatielijsten beschikbaar en in gebruik: de WBK-lijst en de Kloostermanlijst. Over deze indicatielijsten bestaat geen eenstemmigheid. Hiernaast zijn en worden op lokaal niveau, onder andere in VSV's, afspraken gemaakt over indicatiestelling waarbij varianten op de WBK-lijst en Kloostermanlijst worden gebruikt. Aangezien het doel van dit onderzoek niet is gelegen in het vaststellen van de meest wenselijke indicatielijst, wordt hier geconstateerd dat er meerdere opvattingen en indicatielijsten bestaan met als conclusie dat deze lijsten zonder voorkeur in de analyse van de gegevens zullen worden gehanteerd als alternatieve uitgangspunten.

In de operationalisering van het begrip 'proces van de risicoselectie' worden hier twee aspecten onderscheiden: 1) het feitelijk verloskundig handelen op het gebied van de indicatiestelling en 2) de beleving van de cliëntgebonden samenwerking door de verloskundige zorgverleners.

1. Het feitelijke verloskundig handelen op het gebied van indicatiestelling

Het gaat hierbij om de vraag welke indicaties in de praktijk worden gesteld, welke werkwijze daarbij wordt gevolgd (consult, verwijzing) en in hoeverre dit geschiedt conform de WBK-lijst, de Kloostermanlijst of de lokaal geldende indicatielijst.

Ten eerste is nagegaan of met behulp van de LVR1 de vraag kan worden beantwoord in hoeverre binnen de eerste lijn de indicatiestelling goed verloopt, d.w.z. dat van het totaal aantal ingeschreven zwangeren degenen met laag risico in de eerste lijn blijven en degenen met 'verhoogd risico' (beoordeeld volgens de respectievelijke, alternatieve indicatielijsten) in de tweede lijn terecht komen. Het is bekend dat niet alle indicaties systematisch worden gevraagd op de LVR1-formulieren¹.

¹ Ter onderbouwing van het onderzoek is nagegaan in hoeverre het mogelijk is om uit de LVR1 en LVR2 gegevens te verkrijgen over het verloskundig handelen op het gebied van de indicatiestelling. Op basis hiervan is een overzicht gemaakt van die items uit de LVR1 en de LVR2 die informatie bevatten over de aanwezigheid van een medische indicatie volgens deze lijsten (bijlage 5). Tevens is aangegeven in hoeverre de items uit de LVR1 en LVR2 naar verwachting 'gevoelig' zijn voor verschillen in invulgedrag van de zorgverleners (bijlage 6).

Bovendien zouden, ook bij volledige invulling, de niet-herkende medische indicaties toch niet worden geregistreerd. Daarom wordt ervoor gekozen om in eerste instantie te beperken tot die items die minder gevoelig zijn voor invulgedrag en waarvan de vaststelling nauwelijks afhankelijk is van diagnostiek.

In de LVR1 zijn dit de volgende items:

- meerlingzwangerschap
- combinatie van leeftijd en pariteit
- zwangerschapsduur
- geboortegewicht naar zwangerschapsduur
- aantal uren tussen breken vliezen en geboorte kind
- duur actief meepersen
- ligging
- aspect vruchtwater bij baring
- perineum na de baring
- bloedverlies post partum.

Van deze items zal worden nagegaan hoe vaak de hiermee corresponderende medische indicaties voorkomen in absolute aantallen. Tevens zal van deze items worden nagegaan in hoeverre zij vóórkomen in de tweede lijn (m.b.v. de LVR2), behalve het item 'aspect vruchtwater bij baring' dat niet voorkomt in de LVR2. Daarmee zal het percentage van de gevallen met één, of meer, van deze items worden berekend ten opzichte van het totale aantal van zulke gevallen in het VSV/de regio.

Daarnaast kan met behulp van de gegevens uit de LVR1 over de reden(en) van consult of overdracht worden nagegaan in hoeverre deze indicatiestelling is geschied conform de respectievelijke indicatielijsten (in bijlage 5 is aangegeven welke items uit de LVR1 corresponderen met een medische indicatie).

Ten tweede is nagegaan in hoeverre met behulp van de LVR2 de vraag kan worden beantwoord in hoeverre binnen de tweede lijn de indicatiestelling goed verloopt, d.w.z. dat van het totaal aantal ingeschreven zwangeren degenen met 'verhoogd risico' (volgens de respectievelijke indicatielijsten) in de tweede lijn blijven en degenen met laag risico in de eerste lijn. De conclusie uit deze exercitie (zie bijlagen 5 en 6) is dat dit slechts in zeer beperkte mate mogelijk zal zijn, om de volgende redenen. In de registratie wordt niet vastgelegd dat een zwangere wordt overgedragen aan een eerstelijnszorgverlener. Aangezien ook in de LVR1 dit gegeven ontbreekt, biedt de LVR geen informatie over overdracht van de tweede naar de eerste lijn (het omgekeerde wordt wel geregistreerd).

Bovendien wordt in de LVR2 niet vastgelegd of er bij de betreffende zwangere vrouw sprake is van een medische indicatie -uberhaupt. Weliswaar worden er veel gegevens geregistreerd die betrekking hebben op medische indicaties (zie bijlage 6), maar deze dekken niet het gehele scala van de medische indicaties. Dus zelfs indien alle items volledig zouden worden ingevuld (hetgeen met name voor item 34 twijfelachtig is), dan nog zou dit niet alle mogelijke medische indicaties dekken.

Een aanwijzing voor het meer, of minder voorkomen van 'low risk' bevallingen in de vergelijking van VSV's en/of regio's is de frequentie van het totale aantal bevallingen in de eerste lijn ten opzichte van het totale aantal bevallingen in het VSV/de regio. Hierop zal worden teruggekomen in hoofdstuk 5 (onderzoeksopzet).

In principe kan ook worden nagegaan in welke mate de uit de LVR2 vast te stellen indicaties zijn in te delen in groepen naar de mate van 'dwingend-zijn' van de indicatie; misschien kunnen VSV's (en/of regio's) op dit punt worden vergeleken.

Tenslotte zal moeten worden nagegaan in hoeverre het mogelijk is om de indicatiestelling te onderzoeken onafhankelijk van de LVR2. Teneinde gegevens onafhankelijk van de LVR2 te verkrijgen, kan worden gedacht aan een survey bij de cliënten die in zorg zijn bij de betreffende gynaecologen in een VSV/regio, gebruik makend van de gegevens uit de medische dossiers (zoals in het onderzoek van M. Eskes gebruik is gemaakt van de gegevens van de verloskundige). Het is immers voor een adequate en 'eerlijke' evaluatie van de risicoselectie onontbeerlijk dat niet alleen de risicoselectie in de eerste lijn wordt onderzocht, zoals ook reeds in eerdere onderzoeken is geschied (Smit, 1981; Berghs en Spanjaards, 1988; Eskes, 1989; Springer, 1991). Het is van even groot belang dat de risicoselectie binnen de tweede lijn wordt onderzocht; voor zover bekend, zijn op dit gebied nauwelijks resultaten van onderzoek beschikbaar. Het is in dit verband een gelukkige omstandigheid dat de NVOG in principe positief staat tegenover onderzoek op dit gebied (NVOG, 1987).

2) De beleving van de cliëntgebonden samenwerking door de verloskundige zorgverleners

Het gaat hier om de vraag hoe de zorgverleners zelf interdisciplinaire cliëntgebonden samenwerking en communicatie betreffende de indicatiestelling ervaren. De mogelijkheid zal worden onderzocht om hierover gegevens te verkrijgen door middel van een apart (bij de LVR-formulieren toegevoegd) formulier. Op dit formulier wordt door de betrokken zorgverleners (onafhankelijk van elkaar) per casus vastgelegd hoe de interdisciplinaire samenwerking en communicatie zijn verlopen, hoe dit is ervaren en met name ook in hoeverre de andere zorgverlener(s) van de andere discipline heeft (hebben) gehandeld conform de eigen verwachting of maatstaven.

3.7. De procesevaluatie van de invloed van verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg

In de procesevaluatie van de invloed van verloskundige samenwerking zal worden nagegaan in hoeverre en hoe een hoger intensiteitsniveau van interdisciplinaire verloskundige samenwerking (zie paragraaf 3.3) leidt tot veranderingen in het proces van de risicoselectie. Zoals is aangegeven in de vorige paragraaf, zijn voor het proces van de risicoselectie twee aspecten van belang:

- het feitelijk verloskundig handelen op het gebied van indicatiestelling
- de beleving van de cliëntgebonden samenwerking door de verloskundige zorgverleners.

Het effect van het intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking op het proces van de risicoselectie kan niet los worden gezien van andere factoren die ook van invloed kunnen zijn op het proces van de risicoselectie. Bijvoorbeeld, het is voorstelbaar dat bij gunstige condities in het financiële vlak (bijvoorbeeld de financiële belemmeringen bij verwijzing en consultatie worden opgeheven), ook bij een lager intensiteitsniveau van samenwerking, het proces van indicatiestelling beter loopt en dat met name gemakkelijker afspraken over indicatiestelling worden gemaakt, deze in de praktijk beter worden gevolgd en de cliëntgebonden samenwerking als positiever wordt beleefd. In de vraagstelling zal dan ook worden opgenomen dat andere factoren, zoals de condities voor verloskundige samenwerking, een rol kunnen spelen in de invloed van het intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking op het proces van de risicoselectie.

3.8. De uitkomst van de risicoselectie

De uitkomst van de risicoselectie heeft in dit onderzoek betrekking op de populatie die bestaat uit alle vrouwen vanaf de inschrijving bij een zorgverlener (verloskundige, huisarts, gynaecoloog) uit een VSV, dan wel een andere functionele eenheid (b.v. een regio).

De gegevens betreffende de uitkomst van de risicoselectie zullen worden verkregen uit de LVR. Het is thans nog niet mogelijk om gekoppelde gegevens (dezelfde cliënt uit de LVR1 en LVR2) te verkrijgen; misschien zal deze mogelijkheid in de loop van 1993 worden gerealiseerd. In dit voorstel wordt uitgegaan van deze twee gescheiden gegevensbestanden (de LVR1 en de LVR2). Wanneer blijkt dat koppeling tussen deze bestanden mogelijk is, zal zondig de onderzoeksopzet op dit punt nader worden ingevuld.

Bij de keuze van items uit de LVR is beperkt tot items die (vrijwel) volledig worden ingevuld teneinde vertekening door verschillend invul-gedrag te voorkomen (zie bijlage 6).

De uitkomst van de risicoselectie zal worden uitgedrukt in de volgende grootheden:

- het percentage van die bevallingen die bij het begin van de baring onder zorg zijn in de eerste lijn, respectievelijk in de tweede lijn (thuis of poliklinisch) ten opzichte van het totale aantal bevallingen in het VSV (of de regio);
- het vóórkomen van medische indicaties in de eerste lijn (totale aantallen en relatief ten opzichte van het totale aantal gevallen met deze indicatie in het VSV/de regio);
- de mate waarin bij consult en/of overdracht de respectievelijke indicatielijsten worden gevolgd;
- vermijdbare perinatale, resp. maternale sterfte waarbij de vermijdbaarheid te maken heeft met risicoselectie; de cases worden verkregen door het verzamelen van nadere gegevens bij kinderen, resp. moeders die zijn overleden tijdens, of na zorg door een eerstelijns verloskundige zorgverlener; de gegevens over deze mortaliteit worden verkregen uit de LVR1 en LVR2 en, bij niet-deelname aan de LVR van het VSV of rechtstreeks van de zorgverlener; de mate van vermijdbaarheid en een eventueel verband met risicoselectie worden vastgesteld door een panel van deskundigen. Bij het ontwikkelen van een onderzoeksmethodiek zal onder andere worden gebruik gemaakt van de ervaringen met onderzoek naar vermijdbare sterfte in de eerste lijn in een ander NIVEL-project ('Bevallen onder leiding van een verloskundige; thuis of poliklinisch?') (Chatab en Berghs, 1990);
- morbiditeit van het kind waarbij het de vraag is in hoeverre deze als vermijdbaar kan worden beschouwd en in hoeverre deze vermijdbaarheid te maken heeft met de risicoselectie; de casus worden verkregen door het verzamelen van nadere gegevens bij kinderen met een (zeer) lage Apgar-score bij 5 minuten (de gegevens over de Apgar-score worden verkregen uit de LVR1 en LVR2 en, bij niet-deelname aan de LVR, van het VSV of rechtstreeks van de zorgverlener); de mate van vermijdbaarheid en een eventueel verband met risicoselectie worden vastgesteld door een panel van deskundigen.

(Opmerking: onderzoek naar vermijdbare pathologie of sterfte in de tweede lijn, los van risicoselectie, valt buiten de vraagstelling van dit onderzoek.)

Een indicator van doelmatigheid is een relatief hoger percentage eerstelijnsbevallingen. Indicatoren voor indicatiestelling zijn een relatief hoog percentage van:

- medische indicaties in de eerste lijn
- consult-/verwijsbeleid dat afwijkt van de indicatielijsten
- vermijdbare pathologie, die te maken heeft met de risicoselectie
- vermijdbare mortaliteit die te maken heeft met de risicoselectie.

Deze indicatoren zullen in onderlinge samenhang worden gebruikt. Indien zij bij een vergelijking in dezelfde richting wijzen, dan zijn zij te interpreteren als een maatstaf voor de uitkomst van de

risicoselectie, vooropgesteld dat er geen vertekening optreedt door verschillen in de populatie. Indien echter bij een vergelijking de verschillende indicatoren voor de uitkomst van de risicoselectie niet in dezelfde richting wijzen, dan zal de betekenis daarvan per geval moeten worden onderzocht. Daarbij zal ook rekening worden gehouden met eventuele verschillen in de betreffende populaties en in het proces van de risicoselectie (zie volgende paragraaf). Het gaat hier om de afweging tussen de voordelen van een minder strenge selectie (meer bevallingen in de eerste lijn) en de mogelijke nadelen hiervan (meer pathologie in de eerste lijn).

Zoals is gesteld in paragraaf 3.6, onder punt 3, zal worden nagegaan in hoeverre uit de LVR2 voldoende informatie is te verkrijgen over het vóórkomen van 'low risk' gevallen in de tweede lijn; aangezien dit cruciaal is voor het onderzoek zal zo nodig de mogelijkheid worden nagegaan om gegevens te verkrijgen over de indicatie bij vrouwen in de tweede lijn, onafhankelijk van de LVR2.

3.9. De effectevaluatie van de invloed van verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg

In de effectevaluatie van de invloed van verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg zal worden nagegaan in hoeverre en hoe een hoger intensiteitsniveau van interdisciplinaire verloskundige samenwerking (zie paragraaf 3.3) leidt tot een betere uitkomst van de risicoselecties. Zoals is aangegeven in de vorige paragraaf, wordt de uitkomst van de risicoselectie uitgedrukt in meerdere indicatoren die betrekking hebben op het vóórkomen van gevallen met 'laag', resp. 'verhoogd' risico in de eerste, resp. tweede lijn. Daarbij is het zeer de vraag in hoeverre uit de LVR2 voldoende informatie is te verkrijgen over het vóórkomen van gevallen met laag risico in de tweede lijn, en zonodig zal aanvullend onderzoek hiernaar plaatsvinden.

Bij de operationalisering van de vraag wat het effect is van het intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg gelden de volgende uitgangspunten:

- er is door de opdrachtgever niet aangegeven dat de beantwoording van deze vraag moet worden beperkt tot de tien geselecteerde VSV's; het beleidskader en gebruiksdoel van het project (onder andere verschuiving van tweede naar eerste lijns verloskundige zorg) (zie bijlage 1) hebben een landelijk perspectief dat ruimer is dan alleen deze VSV's ;
- voor landelijk beleid zijn binnen dit beleidskader het vóórkomen en de mogelijke vermijdbaarheid van medische indicaties cruciale elementen in de uitkomst van de verloskundige zorg (Ziekenfondsraad, 1987; Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst, 1987, Dees, 1989).
- door de NVOG wordt de wenselijkheid van onderzoek naar verschillen in het vóórkomen van medische indicaties en een eventueel verkeerd gebruik van de Kloostermanlijst door gynaecologen onderschreven en medewerking aan een dergelijk onderzoek toegezegd (NVOG, 1987).

Gezien de grote betekenis van de verschillen in frequentie van medische indicaties wordt de onderzoeksvraag op het gebied van de effectevaluatie uitgesplitst in deelvragen:

- Wat is in de tien geselecteerde VSV's de invloed van verandering in intensiteitsniveau van de verloskundige samenwerking op de uitkomst van de risicoselectie, uitgedrukt in de indicatoren volgens paragraaf 3.8?
- In hoeverre komen er in Nederland in de tweedelijns verloskundige zorg 'laag risico' gevallen voor die in aanmerking komen voor eerstelijns verloskundige zorg? Met name:
In hoeverre zijn er in Nederland geografische verschillen in de frequentie van medische indicaties en zijn deze verschillen terug te voeren op verschillen in het proces van de indicatiestelling?
- In hoeverre speelt verloskundige samenwerking een bevorderende rol bij de risicoselectie in de tweede lijn zodat 'laag risico' gevallen in de eerste lijn komen?

Bij het beantwoorden van deze vragen moet tevens de vraag worden gesteld in hoeverre andere factoren, zoals de condities voor verloskundige samenwerking, hierbij een belemmerende of bevorderende rol spelen. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 6.2.2.

De onderzoeksopzet op het gebied van deze effectevaluatie is verder gebaseerd op de volgende methodologische overwegingen.

Een belangrijke potentiële versturende variabele is de populatie die onder zorg is. Immers, verschillen in uitkomst van de risicoselectie kunnen het gevolg zijn van verschillen in de populatie (zie ook schema 1 in paragraaf 3.1). Bij een vergelijking tussen VSV's en/of regio's in deze effectevaluatie zal dan ook uit de LVR1 en LVR2 worden nagegaan in hoeverre er verschillen tussen de populaties zijn wat betreft het vóórkomen van risicofactoren; hierbij wordt beperkt tot die factoren die naar verwachting (vrijwel) volledig zijn ingevuld zoals leeftijd van de moeder en pariteit. Verschillen tussen de populaties zijn hiermee echter niet uit te sluiten. Het is echter (gelukkig) niet te verwachten dat verschillen tussen de populaties (wat betreft het vóórkomen van risicofactoren) een belangrijke oorzaak van vertekening (confounding bias) zullen zijn. Hiervoor zijn verschillende redenen.

Ten eerste is zo'n vertekening onwaarschijnlijk wanneer een VSV, of een groep VSV's in de loop van de tijd wordt gevolgd en als het ware 'met zichzelf' wordt vergeleken voor twee verschillende meetperioden (de populatie zou in die paar jaar aanzienlijk moeten zijn veranderd en bovendien duidelijk in één richting, namelijk in de richting van meer of minder risicofactoren).

Ten tweede kan bij vergelijking tussen verschillende VSV's en/of regio's er slechts dan sprake zijn van confounding wanneer er een gemeenschappelijke achterliggende factor is die samenhangt met zowel de afhankelijke variabele (verloskundige samenwerking) als de onafhankelijke variabele (de uitkomst van de risicoselectie). Verschillen in de populatie hangen weliswaar samen met verschillen in de uitkomst van de risicoselectie maar het is onwaarschijnlijk dat verschillen in de populaties wat betreft het vóórkomen van risicofactoren systematisch samenhangen met verschillen in het intensiteitsniveau van de samenwerking.

Het is bekend dat in verschillende VSV's afspraken worden gemaakt over de indicatielijsten en de te volgen procedures die onderling verschillen. Deze diversiteit vormt mijns inziens geen belemmering voor een methodologisch correcte effectevaluatie. Zij weliswaar een potentiële bron van variabiliteit in de keten van gebeurtenissen tussen het intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking en de uitkomst van de risicoselectie. Maar deze variabiliteit is in Nederland anno 1993 een deel van de realiteit en kan (en mag) niet worden geëlimineerd in dit onderzoek. Opgemerkt zij dat de onderzoeksvraag niet is welke indicatielijst gebruikt dient te worden (dat zou een geheel andere onderzoeksopzet hebben vereist).

3.10. De generaliseerbaarheid van de conclusies betreffende de verloskundige samenwerkingsverbanden

Gezien het gebruiksdoel van het onderzoek, te weten de onderbouwing van landelijk beleid (bijlage 1) is de vraag aan de orde in hoeverre de condities uit het onderzoek in de tien geselecteerde VSV's toepasbaar zijn in de verloskundige zorg buiten deze VSV's. Vanwege de (zelf-)selectie van deze VSV's is het aannemelijk dat deze VSV's niet representatief zijn voor de verloskundige zorg in Nederland.

Het gaat hierbij om conclusies op het gebied van de eerste hoofdvraag ('hoe kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht?'), respectievelijk de tweede hoofdvraag ('in hoeverre heeft de verloskundige samenwerking invloed op de kwaliteit van de verloskundige zorg?').

Om de vraag te beantwoorden naar de toepasbaarheid van dergelijke conclusies (die pas op het eind van het project zijn te verwachten) zal onderzoek worden gedaan op landelijke schaal en in enkele regio's. Deze regio's worden verkregen uit een steekproeftrekking waarbij wordt gestratificeerd naar de frequentie van medische indicaties in de regio' de gegevens hierover worden verkregen uit de LVR. Op landelijke schaal, respectievelijk over deze afzonderlijke regio's zullen gegevens worden verzameld betreffende overeenkomsten en verschillen tussen aan de ene kant de tien VSV's bij het begin van de CBO-interventie en aan de andere kant de verloskundige zorg buiten deze VSV's; deze overeenkomsten en verschillen hebben betrekking op het intensiteitsniveau van de verloskundige samenwerking (paragraaf 3.3), de condities voor verloskundige samenwerking (paragraaf 3.4), het proces van de risicoselectie (paragraaf 3.6) en de uitkomst van de risicoselectie (paragraaf 3.8). Deze gegevens zullen minder gedetailleerd zijn dan de uit de tien VSV's verkregen gegevens. Pas tegen het eind van het onderzoek zal het duidelijk zijn welke reductie van de te verzamelen gegevens zal moeten plaatsvinden om de vraag naar de generaliseerbaarheid van de conclusies te kunnen beantwoorden. Daarom wordt het deelonderzoek naar de generaliseerbaarheid van de conclusies uitgevoerd in de laatste fasen van het onderzoek (1995, begin 1996). De voorlopige indruk is dat tenminste de volgende gegevens ook buiten de VSV's zullen worden verzameld:

- het niveau, resp. de niveaus van de intensiteit van samenwerking (zie paragraaf 3.3)
- ten aanzien van de condities voor samenwerking (zie paragraaf 3.4): de organisatie (waaronder gemaakte afspraken over indicatiestelling), de wijze van registratie, globale gegevens betreffende de attitude van betrokkenen en processen in het relationeel-emotionele vlak
- ten aanzien van het proces en de uitkomst van de risicoselectie (zie paragrafen 3.6 en 3.8): globale gegevens; de invulling hiervan is mede afhankelijk van de haalbaarheid (toegang tot de gegevens, beschikbare menskracht), en zal plaatsvinden in een volgende fase.

4. VRAAGSTELLING

1. In hoeverre, en hoe wordt door de CBO-interventie verloskundige samenwerking bevorderd?
Deze vraag valt uiteen in de volgende deelvragen.

1.1. procesevaluatie:

- a. Hoe verloopt het proces van de beïnvloeding van de samenwerking door de CBO-interventie, respectievelijk andere 'indirecte factoren'?
- b. In hoeverre treden hierbij veranderingen op in de condities voor samenwerking, te weten organisatorische condities, hulpmiddelen (waaronder informatievoorziening), condities ten aanzien van betrokkenen en condities in het relationeel-emotionele vlak ?
- c. Welke van deze veranderingen zijn cruciaal voor het bereiken van hogere intensiteitsniveaus van samenwerking?

1.2. effectevaluatie:

- a. In hoeverre leidt de CBO-interventie tot het bereiken van een hoger intensiteitsniveau van samenwerking, uitgedrukt in de gradaties van de intensiteit van samenwerking volgens paragraaf 3.3?
- b. Welke andere 'indirecte factoren' (zoals landelijk beleid) zijn eveneens van invloed op verloskundige samenwerking op lokaal niveau?

2. Uit de opdracht voor het project (bijlage 1) wordt tevens de volgende onderzoeksvraag overgenomen:

In hoeverre, en hoe leidt de bevordering van verloskundige samenwerking door de CBO-interventie tot een betere afstemming van de zorg door de betrokken beroepsgroepen en een gepast gebruik van de verloskundige indicatielijst, en welke invloed heeft dit op de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name wat betreft het aspect van indicatiestelling?

Deze vraag valt uiteen in de volgende deelvragen.

2.1. procesevaluatie:

- a. In hoeverre, en hoe hangt het proces van de risicoselectie (de feitelijke indicatiestelling en de beleving van de cliëntgebonden samenwerking door de zorgverleners) samen met het intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking?
- b. In hoeverre spelen hierbij andere factoren, zoals de condities voor verloskundige samenwerking, een bevorderende of belemmerende rol?

2.2. effectevaluatie:

- a. In hoeverre leidt in de tien geselecteerde VSV's een hoger intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking tot een betere uitkomst van de risicoselectie? In hoeverre spelen andere factoren, zoals de condities voor verloskundige samenwerking, daarbij een belemmerende of bevorderende rol?

Deze twee vragen worden uitgesplitst in de volgende deelvragen:

- b1. In hoeverre komen er in deze VSV's in de eerstelijns verloskundige zorg gevallen met 'verhoogd risico' (gedefinieerd volgens de respectievelijke indicatielijsten) voor?

- b2. In hoeverre speelt verloskundige samenwerking een bevorderende rol bij de risicoselectie in de eerste lijn zodat gevallen met 'verhoogd risico' in de tweede lijn komen? In hoeverre spelen andere factoren, zoals de condities voor verloskundige samenwerking, daarbij een belemmerende of bevorderende rol?
- c1. In hoeverre komen er in de tweede lijns verloskundige zorg 'laag risico' gevallen voor die in aanmerking zouden kunnen komen voor eerste lijns zorg? In hoeverre zijn er tussen de VSV's verschillen in de frequentie van medische indicaties en zijn deze verschillen terug te voeren op verschillen in het proces van de indicatiestelling?
- c2. In hoeverre speelt verloskundige samenwerking een bevorderende rol bij de risicoselectie in de tweede lijn zodat 'laag risico' gevallen in de eerste lijn komen? In hoeverre spelen andere factoren, zoals de condities voor verloskundige samenwerking, daarbij een belemmerende of bevorderende rol?
3. In hoeverre zijn, of worden er in Nederland ervaringen opgedaan met en honoreringsstructuur zoals is aanbevolen door de Adviescommissie Verloskunde (verdeling van de inkomsten van het team volgens een vaste sleutel, zie paragraaf 3.3)? Welke conclusies zijn te trekken uit deze ervaringen over financiering als conditie voor verloskundige samenwerking? Met name: in hoeverre leidt de invoering van zo'n honoreringsstructuur tot een vermindering van onderlinge rivaliteit en wantrouwen?
4. ten aanzien van de generaliseerbaarheid van de conclusies
- a) In hoeverre zijn er verschillen tussen de VSV's in het begin van de CBO-interventie en elders wat betreft:
- het niveau van interdisciplinaire samenwerking, uitgedrukt in de gradaties van de intensiteit van samenwerking volgens paragraaf 3.3
 - de mate waarin de condities voor verloskundige samenwerking zijn vervuld, te weten organisatorische condities, hulpmiddelen (waaronder informatievoorziening), condities ten aanzien van betrokkenen en condities in het relationeel-emotioneel vlak
 - het proces van de risicoselectie, met name wat betreft de feitelijke indicatiestelling en de beleving van de cliëntgebonden samenwerking door de zorgverleners
 - de uitkomst van de risicoselectie?
- In hoeverre zijn de conclusies betreffende de onderzoeksvragen 1 en 2 (evaluatie van de CBO-interventie) van toepassing op de verloskundige zorg buiten deze VSV's?
- b) In hoeverre zijn de conclusies betreffende onderzoeksvraag 3 (de wijze van honorering als conditie voor samenwerking) van toepassing op de verloskundige zorg buiten de desbetreffende onderzochte gebieden?

5. ONDERZOEKSOPZET

1. Onderzoek op het gebied van de onderzoeksvragen 1 en 2 (de CBO-interventie)

Het onderzoek in de 10 reeds geselecteerde VSV's zal worden voortgezet met gebruikmaking van de volgende informatiebronnen:

- interviews bij een representant van de zes verschillende groepen (verloskundige, gynaecoloog, huisarts, kinderarts, kraamafdeling, respectievelijk kraamverzorgsters);
- een schriftelijke vragenlijst bij alle zorgverleners of een steekproef (deze vragenlijst zal worden ontwikkeld in de periode april-juni 1993, op basis van de operationalisering in paragrafen 3.3. en 3.4. alsmede met gebruikmaking van de dan inmiddels verkregen resultaten van de interviews in de VSV's);
- voor zover dit haalbaar, en voor de VSV's acceptabel blijkt: een extra formulier (toegevoegd aan het LVR-formulier) teneinde meer gedetailleerde informatie te verkrijgen over de samenwerking en de communicatie tussen de zorgverleners (zie paragraaf 3,6 onder punt 2).

Deze gegevens (zullen) worden verzameld in de periode van 1992 tot eind 1993. Tevens zal in de tweede helft van 1995 opnieuw een meting plaatsvinden met dezelfde meetinstrumenten in het kader van de evaluatie van de door het CBO uitgevoerde programma van ondersteuning en begeleiding.

Daarnaast zullen van de zorgverleners uit de VSV's de gegevens uit de LVR1 en de LVR2 worden geanalyseerd, volgens de systematiek zoals is beschreven in paragrafen 3.6. en 3.8. Met name zal (zo mogelijk) worden nagegaan in hoeverre in de tweede lijn 'laag risico' gevallen voorkomen, en of verschillen in de frequentie van medische indicaties terug zijn te voeren op verschillen in de populaties, danwel in het proces van de indicatiestelling.

Bovendien zullen gegevens van morbiditeit en mortaliteit worden verzameld zoals aangegeven in paragraaf 3.8. Tenslotte zal worden nagegaan (zie paragraaf 3.6, onder punt 1) op welke wijze de benodigde informatie kan worden verkregen over het voorkomen van vrouwen met laag risico in de tweede lijn, en zo nodig informatie worden verkregen onafhankelijk van de LVR2. (zie paragraaf 3.6, onder punt 1).

2. Onderzoek op het gebied van onderzoeksvraag 3 (honorering)

Nagegaan zal worden in hoeverre in Nederland buiten de 10 geselecteerde VSV's ervaringen zijn opgedaan met een honoreringsstructuur zoals is aanbevolen door de Adviescommissie Verloskunde, dat wil zeggen met verdeling van de inkomsten van het team volgens een vaste sleutel (zie paragraaf 3.3). De wijze waarop dit gedeelte van het onderzoek wordt uitgevoerd, zal nog nader worden vastgesteld.

3. Onderzoek op het gebied van onderzoeksvraag 4 (generaliseerbaarheid)

In 1995 en de eerste helft van 1996 zal onderzoek worden gedaan buiten de bovengenoemde 10 VSV's.

Hiertoe wordt eerst een steekproef genomen uit regio's in Nederland, gestratificeerd naar het percentage van medisch indicaties. Binnen deze geselecteerde regio's zullen 'functionele eenheden' worden afgebakend, ieder bestaande uit een groep van eerste- en tweedelijnszorgverleners die in de praktijk relatief vaak samen blijken te werken. In ieder van deze functionele eenheden worden zo veel mogelijk dezelfde gegevens verzameld als in de tien geselecteerde VSV's. De wijze waarop dit gedeelte van het onderzoek wordt uitgevoerd, zal nog nader worden vastgesteld.

Tevens zal door bevraging worden nagegaan of, en in hoeverre er buiten de tien geselecteerde VSV's sprake is van een trend in de zin van een toe- of afname van de intensiteit van verloskundige samenwerking gedurende de onderzoeksperiode (1992-1995).

6. ANALYSE EN RAPPORTAGE

De systematiek in de analyse en rapportage wordt aangegeven door het referentiekader voor het onderzoek (schema 1 in paragraaf 3.1) en de vraagstelling (paragraaf 4).

6.1. Analyse en rapportage op het gebied van vraag 1 ('hoe kunnen verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand worden gebracht?')

De analyse en rapportage op het gebied van vraag 1 betreffen een procesevaluatie en een effectevaluatie.

6.1.1. Procesevaluatie

De procesevaluatie bestaat uit twee delen.

Ten eerste wordt nagegaan in hoeverre, en hoe de CBO-interventie leidt tot een verandering in de condities voor verloskundige samenwerking. De gegevens over de CBO-interventie worden verkregen uit de verslagen van het CBO (rapportages aan de begeleidingscommissie van het project) en de schriftelijke verslagen van de werkzaamheden in de afzonderlijke VSV's. De informatie over de condities voor verloskundige samenwerking betreft de onderscheiden 'conditiegroepen' (organisatie, financiering, informatievoorziening, de deskundigheid en attitude van de zorgverleners en processen in het relationeel-emotionele vlak); de informatie hieromtrent wordt verkregen uit de mondelinge interviews, de schriftelijke vragenlijst en (indien dit uitvoerbaar is gebleken) de bij de LVR toegevoegde formulieren betreffende de communicatie tussen de zorgverleners.

Ten tweede wordt nagegaan in hoeverre, en hoe de condities voor samenwerking en de eventuele veranderingen hierin van invloed zijn op het intensiteitsniveau van de samenwerking. De gegevens over het intensiteitsniveau zijn afkomstig uit de mondelinge interviews, de schriftelijke vragenlijst, het eventuele 'extra LVR-formulier' en de verslaglegging van de VSV's. Ter illustratie worden hier twee voorbeelden genoemd (Visser, 1980):

- voor het bereiken van het derde niveau van samenwerking (niet-cliënt-gebonden overleg over zorginhoudelijke aspecten) is een zekere organisatie vereist om het overleg mogelijk te maken;
- voor het bereiken van het vierde niveau van samenwerking (gemeenschappelijke zorginhoudelijke uitgangspunten) worden aan de betrokkenen hoge eisen gesteld op het relationeel-emotionele vlak; dit aspect wordt vaak verwaarloosd (Hollander, 1974).

In een meer gedetailleerde analyse zullen de tien VSV's worden ingedeeld naar de duur waarin zij de facto functioneren, dat wil zeggen wel/niet langer dan één jaar.

6.1.2. Effectevaluatie

Ten eerste zal worden nagegaan in hoeverre de CBO-interventie leidt tot het bereiken van een hoger intensiteitsniveau van samenwerking, uitgedrukt in de gradaties van de intensiteit van samenwerking volgens paragraaf 3.3. Bijzondere aandacht heeft het bereiken van niveau 4B, dat overeenkomt met een functionerend kwaliteitssysteem (zie paragraaf 3.3).

In de analyse zullen van de afzonderlijke VSV's de gegevens over het intensiteitsniveau van de samenwerking longitudinaal worden geanalyseerd in relatie met de 'input' van de CBO-interventie; deze 'input' wordt afgeleid van de schriftelijke verslagleggingen van de VSV's, resp. de werkgroepen binnen deze VSV's.

Bij de interpretatie van de resultaten uit de analyse zal rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat andere factoren dan de CBO-interventie van invloed zijn op veranderingen in de verloskundige samenwerking in de VSV's. Deze factoren zijn potentieel 'versturende' factoren in de analyse van de invloed van de CBO-interventie op de samenwerking. Tot deze factoren behoren:

- personele of organisatorische veranderingen binnen een VSV die buiten de invloedssfeer van het CBO vallen zoals een fusie van ziekenhuizen, of het vertrek van een zorgverlener uit een ziekenhuis;
- de voorgeschiedenis van het project; de Adviescommissie Verloskunde stelde voor om gedurende een periode van 5 jaar op experimentele basis een beperkt aantal samenwerkingsverbanden in administratieve zin te ondersteunen, en wel voor maximaal 10 samenwerkingsverbanden een 50% formatieplaats per samenwerkingsverband. In het project 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' is de financiële ondersteuning geringer en gekoppeld aan de programmaontwikkeling en interventie van het CBO en de evaluatie door het NIVEL. Dit heeft bij enkele beroepsuitoefenaren in de VSV's geleid tot een voor hen teleurstellende discrepantie tussen gewekte verwachtingen (financiële bijdragen) en hetgeen de VSV's krijgen aangeboden in dit project aan ondersteuning (de planmatige begeleiding van het CBO met een geringere financiële vergoeding dan verwacht);
- de eventuele aanwezigheid van een (landelijke) trend in de zin van toe- of afname van de intensiteit van verloskundige samenwerking gedurende de onderzoeksperiode (1992-1995);
- de invloed van landelijke beleidsmaatregelen; bijvoorbeeld, indien de LVR1 zou moeten worden opgeheven door gebrek aan financiële middelen dan kan dit gevolgen hebben voor de samenwerking binnen de VSV's.

Ook na uitsluiten van 'verstoring' door andere factoren blijft de vraag bestaan in hoeverre een eventueel gevonden statistisch verband tussen de CBO-interventie en het intensiteitsniveau van de verloskundige samenwerking kan worden geïnterpreteerd als een causaal verband, d.w.z. een effect van de CBO-interventie. In deze context zullen dan ook tevens de resultaten van de procesevaluatie (paragraaf 6.1.1.) worden betrokken; hieruit kan blijken in hoeverre het plausibel is dat de CBO-interventie een effect heeft gehad op de verloskundige samenwerking via een verandering van de condities voor verloskundige samenwerking.

In een meer gedetailleerde analyse zullen de tien VSV's worden ingedeeld naar de duur waarin zij de facto functioneren, dat wil zeggen wel/niet langer dan één jaar.

6.2. Analyse en rapportage op het gebied van vraag 2 ('welke invloed heeft bevordering van de verloskundige samenwerking op de kwaliteit van de verloskundige zorg?')

De analyse en rapportage op het gebied van vraag 2 betreffen een procesevaluatie en een effectevaluatie.

6.2.1. Procesevaluatie

Nagegaan zal worden in hoeverre, en hoe verloskundige samenwerking van een hoger intensiteitsniveau leidt tot, of gepaard gaat met veranderingen in het (proces van de) indicatiestelling, zoals afspraken over te gebruiken indicatielijsten en te volgen procedures. De gegevens over intensiteitsniveau van de samenwerking worden verkregen uit de mondeling interviews, de schriftelijke enquête, het eventuele 'extra LVR-formulier' en de verslagen vanuit de VSV's. De informatie over het proces van de indicatiestelling wordt verkregen uit dezelfde bronnen (dit betreft bijvoorbeeld afspraken over

indicatiestelling), alsmede uit de LVR1 en de LVR2 (de feitelijke indicatiestelling, zie ook paragraaf 3.6).

Tevens zal worden nagegaan in hoeverre andere factoren, met name de condities voor verloskundige samenwerking, daarbij een rol spelen. Immers, het is bijvoorbeeld voorstelbaar dat bij gunstiger condities in het financiële vlak een bepaald intensiteitsniveau van samenwerking sneller gepaard gaat met afspraken over indicatiestelling (bijvoorbeeld als financiële belemmeringen bij verwijzing en consultatie worden gereduceerd). In de analyse worden deze 'andere factoren' behandeld als 'effect-modificatoren' (statistische 'interactie').

In een meer gedetailleerde analyse zullen de tien VSV's worden ingedeeld naar de duur waarin zij de facto functioneren, dat wil zeggen wel/niet langer dan één jaar.

6.2.2. Effectevaluatie

In de effectevaluatie wordt ten eerste binnen de tien geselecteerde VSV's nagegaan in hoeverre een hoger intensiteitsniveau van verloskundige samenwerking (vastgesteld met een meetinstrument zoals beschreven in paragraaf 3.8.) leidt tot een betere uitkomst van de risicoselectie (zie paragraaf 3.8.). Andere factoren zoals de condities voor verloskundige samenwerking, kunnen daarbij een belemmerende of bevorderende rol spelen en worden in de analyse behandeld als 'effectmodificatoren' (statistische 'interactie').

Nagegaan zal tevens worden of de eventueel gevonden relatie tussen intensiteitsniveaus van de samenwerking en de uitkomst van de risicoselectie kan zijn veroorzaakt door andere, versturende variabelen (zie paragraaf 3.9).

Ten tweede zal, gebruikmakend van de gegevens uit de tien geselecteerde VSV's en daarbuiten, worden nagegaan in hoeverre er aanwijzingen zijn voor het vóórkomen van gevallen met 'laag risico' in de tweede lijn met de vraag of deze gevallen ook in de eerste lijn adequate zorg hadden kunnen krijgen (zie paragraaf 3.9).

In een meer gedetailleerde analyse zullen de tien VSV's worden ingedeeld naar de duur waarin zij de facto functioneren, dat wil zeggen wel/niet langer dan één jaar.

6.3. Overall-analyse: effectevaluatie

In de overall-analyse zal worden nagegaan in hoeverre de CBO-interventie (via het stimuleren van verloskundige samenwerking) heeft bijgedragen aan een betere uitkomst van de risicoselectie. Hiertoe worden de gegevens over de uitkomst van de risicoselectie (uit de LVR1 en LVR2) in de VSV's uit de eerste, resp. tweede meetperiode met elkaar vergeleken volgens de in paragraaf 3.6. aangegeven procedure. Nagegaan wordt in hoeverre een eventuele trend ook landelijk aanwezig is in dezelfde periode, met behulp van gegevens uit de landelijke LVR1 en LVR2. Tevens wordt nagegaan in hoeverre het plausibel is dat een eventuele associatie tussen CBO-interventie en de uitkomst van de risicoselectie is te verklaren door een verbeterde verloskundige samenwerking.

In een meer gedetailleerde analyse zullen de tien VSV's worden ingedeeld naar de duur waarin zij de facto functioneren, dat wil zeggen wel/niet langer dan één jaar.

(Opmerking: men kan zich afvragen of deze overall-effectevaluatie nog wel nodig is, in het geval dat uit de voorgaande analyses reeds is gebleken dat inderdaad:

1. de CBO-interventie leidt tot verbeterde samenwerking en
 2. verbeterde samenwerking leidt tot een betere uitkomst van de risicoselectie.
- Uit 1. en 2. volgt niet automatisch dat de CBO-interventie leidt tot een betere uitkomst van de risicoselectie, en zeker niet als de gevonden relaties relatief zwak zijn.)

6.4. Analyse en rapportage op het gebied van vraag 3 (de wijze van honorering als conditie verloskundige samenwerking)

Nagegaan zal worden in hoeverre er aanwijzingen zijn te vinden dat onderlinge rivaliteit en wantrouwen tussen de beroepsgroepen worden verminderd door een honoreringsstructuur waarbij de inkomsten van het team worden verdeeld volgens een vaste sleutel over de verloskundige zorgverleners (verloskundige, huisarts en gynaecoloog) onafhankelijk van het feit of er al dan niet een beroep is gedaan op de daadwerkelijke hulp van de betrokkene. Dit gedeelte van het onderzoek zal in de loop van het onderzoek nader worden ingevuld.

6.5. Analyse en rapportage op het gebied van vraag 4 (de generaliseerbaarheid van de conclusies)

Nagegaan zal worden in hoeverre de tien geselecteerde VSV's verschillen qua relevante kenmerken (zie paragraaf 3.10) van de buiten deze VSV's verleende verloskundige zorg. Hierna zullen gevolgtrekkingen worden gemaakt over de generaliseerbaarheid van de conclusies uit het bij de 10 VSV's verrichte onderzoek.

7. UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek wordt uitgevoerd door het NIVEL. Met het CBO wordt op uitvoerend niveau samengewerkt in de projectgroep, die bestaat uit de projectleiders en de projectmedewerkers. De stuurgroep, bestaande uit de twee directeurs en twee projectleiders van het NIVEL en CBO, regelt de formele aspecten van de samenwerking tussen het NIVEL en het CBO en is aanspreekpunt voor de opdrachtgever. De relaties met de VSV's, met name het verzamelen van gegevens en de terugrapportage naar de VSV's, zijn geregeld in een raamovereenkomst tussen NIVEL, CBO en VSV.

Ten aanzien van het onderzoeksgedeelte van het project heeft de begeleidingscommissie als taken voortgangsbewaking, toezien op de kwaliteit van het onderzoek, is een overlegplatform voor de onderzoekers, faciliteert de uitvoering van het onderzoek in het veld, becommentarieert concept-rapportages en kan gevraagd en ongevraagd adviezen uitbrengen aan de opdrachtgever.

8. FASERING

1. Eerste onderzoeksfase in de tien geselecteerde VSV's (1992, 1994), onder andere:
 - afronden interviews en verwerking hiervan: tot medio juni 1993;
 - ontwerpen en uitproberen vragenlijst op gebied van de ervaring van de samenwerking: april-juni 1993;
 - implementatie van deze vragenlijst, analyse en rapportage: juli-december 1993;
 - eerste analyses in de LVR1 en LVR2, met rapportage aan de begeleidingscommissie: april-juni 1993.
(P.M. de vervolganalyses zijn daarna in te plannen);
 - ontwikkelen en uitproberen van een meetinstrument voor 'laag risico' gevallen in de tweede lijn: maart-september 1993.
(P.M. het eventuele onderzoek op dit gebied is daarna in te plannen);
2. Tweede meetperiode in de tien geselecteerde VSV's (1995).
3. Onderzoek buiten de tien geselecteerde VSV's (1995 en eerste helft 1996).
4. Eindanalyse en rapportage (januari-oktober 1996).

Aangezien het onderzoek niet in de beginfase geheel kan worden vastgelegd, zal nadere invulling van het onderzoek stapsgewijs plaatsvinden. Daarbij zal het onderzoek dat plaatsvindt een volgende fase, nader worden ingevuld op het eind van de daaraan voorafgaande fase.

LITERATUUR

- ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE (1987). Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Eindrapport. Centrale Directie Voorlichting, Documentatie en Bibliotheek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Volksgezondheidsreeks (VR) VR 87/4. Rijswijk.
- BERGHS G., SPANJAARDS E. De normale zwangerschap: bevalling en beleid. Proefschrift. Dijkhuizen van Zanten. Groningen, 1988.
- BOER DE M.L., VERMEIJ D.J.B. Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Het beleidsdeel van het CBO. Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing. Utrecht, oktober 1992.
- CHATAB J., BERGHS GAH. Bevallen onder leiding van een verloskundige: thuis of poliklinisch? Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, 1990.
- CRÉBAS, A. (1990). Beroepsomschrijving Verloskundigen met als bijlage: Basistakenpakket van de verloskundige. Bilthoven, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- CRÉBAS, A. (1992a). Beroepskrachtenvoorziening I. Nota, opgesteld in opdracht van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Bilthoven, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- CRÉBAS, A. (1992b). Beroepskrachtenvoorziening II. Nota, opgesteld in opdracht van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Bilthoven, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- DEES, P.M. (1989). Regeringsstandpunt adviescommissie Kloosterman (verloskunde): brief van de Staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur. Gedr. St. Tweede Kamer 1988-1989, 208000 hfdst. xvi, nr. 163
- ESKES M., Het Wormermeer onderzoek. Proefschrift. Heynis en Schipper, Zaandijk, 1989
- HARTELOH P.P.M. Kwaliteit van zorg. Concepten en methoden. Een literatuuronderzoek in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Erasmus Universiteit. Rotterdam
- HOLLANDER, H. Samenwerken in groepsverband. In: Gezondheid en gezondheidscentra, Amsterdam, 1974.
- HOOGENDOORN D. Indrukwekkend en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1986; 130: 1436-40.

- KAMPFRAATH A.A., MARCELIS W.J. Besturen en organiseren. Bestuurlijke opgaven als instrument voor organisatie-analyse. Kluwer. Deventer, 1981.
- KEIRSE M.J.N.C. Kwaliteitscontrole in de verloskunde. In: Proceedings van het congres verloskunde in de niet-univeritaire praktijk; preventie morbiditeit en mortaliteit anno 1992. Veenman Drukkers. Wageningen, 1992.
- LIESHOUT VAN P. Kwaliteit van zorg in de thuiszorg. Congres Toekomstscenario's thuiszorg, oktober 1992.
- MACINTYRE, S., PORTER M. Prospects and problems in promoting effective care at the local level. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (Eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, Oxford, 1989.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening. Zoetermeer, 1986.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen. Zoetermeer, 1990.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Eerste rapportage voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, 1992.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE. Commentaar op het eindrapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst van een commissie ter advisering van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Utrecht, 1987.
- RENGELINK-VAN DER LEE, J.H. (1988). Het meten van de kwaliteit van verloskundige zorg. Literatuuroverzicht meetmethoden van kwaliteit van verloskundige zorg, toepasbaar in de eerste lijn. NIVEL, Utrecht.
- RITECO, J.A., L. HINGSTMAN (1991). Evaluatie invoering 'Verloskundige indicatielijst'. NIVEL, Utrecht.
- SLUIJS, E., BAKKER D. DE, BERING R. Kwaliteitssystemen. In: Kwaliteit Beeld, bijlage van het maandblad Voorraad. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1991a, p.16-17.
- SLUIJS, E., BAKKER D. DE, BERING R. Kwaliteitssystemen: uitgangspunten en begrippen. In: Kwaliteit Beeld, bijlage van het maandblad Voorraad. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1991b; p.18-19.
- SLUIJS, E.M., BAKKER D.H. DE. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, 1992.

SMITS F., De doeltreffendheid van het selectiesysteem binnen de verloskundige zorg. Proefschrift. Drukkerij en uitgeverij Leiten - Nypels. Maastricht, 1981.

SPRINGER M.P., Kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen. Proefschrift. Elinkwijk. Utrecht, 1991.

VISSER G.R. Interdisciplinaire samenwerking en organisatie. Medisch Contact 1980; 468-72

ZIEKENFONDSRAAD. Circulaire 87/87 d.d. 22 mei 1987 met als onderwerp het eindrapport van de WBK: 'De Verloskundige Indicatielijst'. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.

WERKGROEP BIJSTELLING KLOOSTERMANLIJST. De Verloskundige Indicatielijst. Eindrapport van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987

W
E L
Z I J N
V O L K S
G E Z O N D
H E I D E N
C U L T U U R

BIJLAGE 1

De heer C.P. Schouwstra
Dijkmeent 77
1357 ED ALMERE

Ons kenmerk
DGVGZ/AGB/MPVV/93450

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer
070-3407182

Rijswijk
15 januari 1993

Onderwerp
experiment verloskundige
samenwerkingsverbanden

Bijlage(n)

Uw brief

d.d. 13-1-1993

In antwoord op uw brief van 13 januari 1993, waarin u mij heeft verzocht om mijn opvattingen rond de doelstelling van het project "Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden" en de taken, plaats en rol van de begeleidingscommissie in het bijzonder, bericht ik u als volgt.

Beleidskader.

Uitgangspunt voor het project is het Regeringsstandpunt Verloskunde van 13 juli 1989 op het Eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde.

Het beleid zoals daarin uiteengezet is gericht op het handhaven en zo mogelijk verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg, op verschuiving van klinische en poliklinische bevallingen naar thuisbevallingen en op de verschuiving van het aandeel van de verloskundige zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Om dit te bereiken wordt onder meer het experiment uitgevoerd waarin moet worden onderzocht, of geïstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden aan deze doelstellingen kunnen bijdragen.

Een en ander is in lijn met de uitgangspunten voor de organisatie van de verloskundige zorg uit het Advies inzake de verloskunde in de toekomstige zorgverzekering van de Werkgroep Verloskunde van de Ziekenfondsraad, waaraan de relevante beroepsgroepen hebben deelgenomen.

Het experiment dient dus als middel om te komen tot een verloskundige organisatie, waarbinnen de juiste zorg op het juiste moment door de juiste hulpverlener wordt geboden met behoud van de kwaliteit van de zorg door toepassing van goede selectie. Het begrip kwaliteit moet hierbij breed worden opgevat in de geest van het kwaliteitsbeleid zoals neergelegd in de nota Kwaliteit van Zorg. Het gaat dus om het bereiken

van zorg die is afgestemd op de reële behoeften van de cliënt, inhoudelijk van goed niveau is, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

Het ontwikkelen en daadwerkelijk hanteren van kwaliteitssystemen is daartoe van cruciaal belang.

Doel- en vraagstelling.

Het NIVEL heeft mij een projectvoorstel voorgelegd bij brief van 3 oktober 1991, dat ik bij brief d.d. 2 december 1991, heb goedgekeurd.

In mijn eerdere brieven waarin ik organisaties en personen heb uitgenodigd deel te nemen aan de begeleidingscommissie voor het project, is de doelstelling van het project conform het projectvoorstel aangegeven alsook de taakomschrijving voor de begeleidingscommissie.

Volledigheidshalve herhaal ik hier de doelstelling:

"Het doel van dit project is enerzijds inzicht te krijgen hoe verloskundige samenwerkingsverbanden tot stand gebracht kunnen worden en anderzijds te onderzoeken in hoeverre verloskundige samenwerking invloed heeft op de kwaliteit van de verloskundige zorg.

Om bovengenoemde doelen te kunnen onderzoeken wil de overheid op experimentele basis maximaal tien samenwerkingsverbanden ondersteunen.

Deze ondersteuning zal onder andere bestaan uit het dekken van de noodzakelijke administratieve en organisatorische ondersteuning van het samenwerkingsverband.

Daarbij wordt gesteld dat de te stimuleren samenwerkingsverbanden uitdrukkelijk gezien moeten worden als experimenten die geëvalueerd moeten worden.

Voor de uitvoering van het project is een samenwerking opgezet tussen het CBO en het NIVEL. Het CBO is verantwoordelijk voor de programma-ontwikkeling en de interventie, terwijl het NIVEL de proces- en effectevaluatie zal uitvoeren."

Het gevoerde beleid ter bevordering van afstemming op landelijk niveau van de zorg tussen de betrokken beroepsgroepen (de verloskundige indicatielijst) heeft niet het beoogde resultaat gehad. Ik acht het dan ook gewenst dat wordt onderzocht of en zo ja hoe via bevordering van samenwerking op lokaal niveau de gewenste afstemming en gepast gebruik kan worden bereikt, en welke invloed dit heeft op de kwaliteit van de verloskundige zorg, met name wat betreft het aspect van indicatiestelling.

3^{blad}

Kenmerk

DGVGZ/AGB/MPVV/93450

Nadere invulling van het project.

In de stukken voor de vergadering van de Begeleidingscommissie van 9 november j.l. zijn het begeleidingsgedeelte (CBO) en het onderzoeksgedeelte (NIVEL) nader uitgewerkt.

Het komt mij voor, dat door de steeds terugkerende discussies in de begeleidingscommissie over de doelstellingen van het project en de uitwerkingsvoorstellen de commissie niet een afgerond oordeel heeft kunnen vellen over de uitwerkingsvoorstellen. Hierover onthoud ik mij dan ook vooralsnog van een oordeel. Ik ga er vanuit dat deze brief leidt tot definitieve beoordeling van de uitwerkingsvoorstellen door de begeleidingscommissie en zie het resultaat daarvan graag tegemoet.

Begeleidingscommissie.

Met uw interpretatie en formulering van de taakomschrijving en positionering van de begeleidingscommissie kan ik instemmen. Deze zijn immers geheel in de geest van de taakomschrijving zoals ik in mijn eerdere brieven heb aangegeven. Bovendien zijn zij in overeenstemming met de NIVEL-notitie d.d. 14 oktober 1991 over de taakomschrijving, die in de tweede vergadering van de begeleidingscommissie is geaccordeerd.

Voor het functioneren van de begeleidingscommissie als klankbord en adviesorgaan voor de onderzoekers achten de beide instituten het gewenst, dat daarin naast de reeds beschikbare expertise ook specifieke wetenschappelijke deskundigheid aanwezig is op de gebieden van multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg en onderzoek betreffende kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg. Daartoe hebben zij mij verzocht de begeleidingscommissie in deze zin uit te breiden. Graag verneem ik het standpunt van de begeleidingscommissie hierover.

Een afschrift van deze brief heb ik doen toekomen aan het NIVEL en het CBO.

De directeur Preventie, Algemene Gezondheidszorg en Opleidingen i.o.
namens deze:

het Hoofd van de Hoofdafdeling Medische en Paramedische
Zorg, Verpleging en Verzorging



drs. F. Gardenbroek

OPNIMEL	19 JAN 1993
Bezoeknummer	
nummer	075
afdeling	
opmerkingen	

BIJLAGE 2

DE VOORGESCHIEDENIS VAN HET PROJECT

Door de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, drs. J.P. van der Reijden, is in 1984 een Adviescommissie Verloskunde ingesteld. Deze commissie had onder andere tot taak te adviseren over de wijze waarop de samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kraamcentra kan worden bevorderd. De achtergronden van waaruit het project 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' is ontstaan, zijn ten dele weergegeven in het rapport van deze Adviescommissie Verloskunde (1987). In de context van dit project zijn met name de volgende elementen uit dit rapport van belang:

- in de huidige verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) wordt, voor zover te beoordelen is, een kwalitatief goede zorg verleend;
- deze samenwerking dient dan ook gestimuleerd te worden, waarbij met name financiële ondersteuning voor de administratie in thans gevorderde samenwerkingsverbanden kan leiden tot publikatie van de behaalde resultaten; zodoende kan naar verwachting worden aangetoond dat het in Nederland vigerende zorgsysteem van kwaliteit goed is;
- het is van belang de kwaliteit van het Nederlandse verloskundige zorgsysteem aan te tonen met behulp van epidemiologische gegevens, aangezien de kwaliteit en de organisatievorm (die afwijkt van de ons omringende landen) van dit systeem in toenemende mate ter discussie worden gesteld.

In ongeveer dezelfde periode als het rapport van de Adviescommissie Verloskunde is het eindrapport over de 'Verloskundige Indicatielijst' tot stand gekomen (Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst WBK, 1987). Een aanleiding voor het tot stand brengen van deze verloskundige indicatielijst was dat het percentage medische indicaties voor specialistische begeleiding en zwangerschap sterk gestegen was (van 26% in 1971 tot 46% in 1979) met daarbij een grote regionale spreiding (van 40% tot 80%). De doelstelling van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst was: '... door middel van een bijstelling van de zogenaamde Kloostermanlijst een bijdrage te leveren aan verdere verbetering van de verloskundige zorg in Nederland, alsmede aan een bevordering van de verloskundige samenwerking tussen verloskundige, huisarts en gynaecoloog: beide in het belang van moeder en kind' (Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst, 1987). Het was de bedoeling dat deze verloskundige indicatielijst een duidelijke bijdrage zou leveren aan een verbetering van de kwaliteit van de verloskundige zorg, doordat met de gegeven richtlijnen voor verantwoord verloskundig verwijsbeleid irrationeel gedrag op dit gebied kan worden tegengegaan, en verloskundige samenwerking kan worden bevorderd (Ziekenfondsraad, 1987). Het resulterende eindrapport heeft de status van een zwaarwegend inhoudelijk advies aan verloskundige zorgverleners en adviserend geneeskundigen om te komen tot een verantwoord, rationeel onderbouwd verloskundig verwijsbeleid (Ziekenfondsraad, 1987).

Deze 'Verloskundige Indicatielijst' is niet geaccepteerd door de NVOG (NVOG, 1987). Volgens de NVOG is het onwaarschijnlijk dat de sterke toename van het aantal medische indicaties en de grote regionale spreiding mede het gevolg waren van gebreken in de Kloostermanlijst, zoals was gesteld in het eindrapport van de WBK. Ook wordt door de NVOG tegengesproken dat de Kloostermanlijst moeilijkheden zou geven bij de interpretatie, zoals gesteld was door de WBK. Volgens de NVOG ligt het voor de hand dat verkeerd gebruik van de Kloostermanlijst de aanleiding was voor de gesignaleerde verschijnselen. Dit zou volgens de NVOG aanleiding moeten zijn een betere controle in te stellen en niet om de lijst te herzien (NVOG, 1987). Tevens reageert de NVOG op de opmerking in het WBK-rapport dat de grote regionale spreiding in het percentage medische indicaties de indruk wekt dat in sommige gevallen een medische indicatie mogelijk op oneigenlijke gronden wordt aange-

vraagd. Hierover wordt gezegd: 'Wanneer de aanleiding tot het opstellen van een nieuwe indicatielijst (mede) is geweest een oneigenlijk gebruik van de Kloostermanrichtlijnen, waardoor de verloskunde onnodig duur is geworden; wanneer dit wellicht mede het gevolg is van onjuiste indicatiestellingen door gynaecologen, dan dient dit onderkend te worden en bijgestuurd.' (NVOG, 1987).

Een andere overweging van de NVOG is dat in haar visie de verantwoordelijkheid voor het verwijsbeleid bij (matig en sterk) verhoogd risico dient te liggen bij de gynaecoloog. In het geval van een goed samenwerkingsverband kan dan de begeleiding onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog worden gedelegeerd aan de eerstelijns. Voorts wordt door de NVOG van afzonderlijke indicaties beargumenteerd waarom deze in sterkere mate specialistische zorg behoeven dan is aangegeven door de WBK.

Er wordt dan ook door de zorgverleners verschillend gedacht over de 'Verloskundige Indicielijst'. Door vrijwel alle verloskundigen en huisartsen wordt deze indicatielijst geaccepteerd, maar daarentegen op belangrijke onderdelen niet door een groot deel van de gynaecologen (Riteco en Hingstman, 1991). Verder was bijna 66% van de huisartsen en 90% van de verloskundigen dat de Kloostermanlijst aan herziening toe was tegenover slechts 27% van de gynaecologen (Riteco en Hingstman, 1991).

De achtergronden en doelstellingen van het project 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' worden aangegeven in het in 1989 uitgebrachte 'Regeringsstandpunt Verloskunde' (Ministerie van WVC, 1989). Dit rapport moet gezien worden tegen de achtergrond van de hierboven geschetste ontwikkelingen. Enerzijds worden aanbevelingen uit het rapport van de Adviescommissie Verloskunde, om te komen tot samenwerkingsverbanden, overgenomen. Anderzijds wordt verloskundige samenwerking gezien als iets dat niet zonder meer gestalte krijgt. Daarom zullen weliswaar volgens dit Regeringsstandpunt experiment tien verloskundige samenwerkingsverbanden worden ondersteund. Deze stimulering bestaat, conform het advies van de Adviescommissie Verloskunde, uit het dekken van de kosten van de noodzakelijke administratieve ondersteuning van het samenwerkingsverband. De minimum voorwaarden uit het rapport van de Adviescommissie ten aanzien van geregeld contact tussen huisartsen, verloskundigen en obstetrici, bespreking van alle geboorten (met bijzondere nadruk op de bevallingen waarbij zich problemen hebben voorgedaan bij moeder en/of kind), schriftelijk verslaglegging van alle zwangerschappen en een omvang van 500-2000 bevallingen per jaar worden in het regeringsstandpunt onderschreven. Deze ondersteuning nadrukkelijk gezien als een experiment dat moet worden geëvalueerd. In de visie van de Staatssecretaris is deze stimulering van verloskundige samenwerkingsverbanden een middel tot het bereiken van een bepaalde verloskundige organisatie op langere termijn, die stapsgewijs (onder andere door experimenten ter zake) bereikt kan worden. Voor de Staatssecretaris zijn de zorginhoudelijke argumenten ten gunste van de verloskundige samenwerkingsverbanden zwaarwegend genoeg om op experimentele basis stimulering van deze organisatievorm te rechtvaardigen. Immers, de verloskundige organisatie die de Staatssecretaris voor ogen staat, benadrukt enerzijds het 'natuurlijke' karakter van de normaal verlopende bevalling (wat betekent dat de thuisbevalling in principe als het 'normale' geval beschouwd dient te worden), en garandeert anderzijds dat in alle gevallen maximale veiligheid bestaat voor de aanstaande moeder en haar kind door uiterst zorgvuldige selectie in de zwangerschap en de mogelijkheid te allen tijde, ook tijdens de bevalling, de hulpverlening tijdig over de dragen aan de voor de situatie meest aangewezen hulpverlener. Voor de staatssecretaris is het vanzelfsprekend dat samenwerking tussen allen die bij baring en kraambed betrokken zijn, een essentiële voorwaarde is voor handhaving en, waar nodig, verbetering van dit systeem. Daarbij dient gedacht te worden aan samenwerking rond een concrete casus, waardoor de zwangere in kwestie de hulpverlening krijgt die het meest is aangepast aan haar behoeften terwijl er tevens een geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen de verschillende hulpverleners tot stand wordt gebracht. Een goede risico-selectie is een noodzakelijke voorwaarde, wil de verloskundige organisatie inderdaad de noodzakelijke veiligheid garanderen, - zo'n selectie zal in de visie van de Staatssecretaris bevorderd kunnen worden in VSV's. Daarbij vermeldt hij dat naar het oordeel van de

wordt

Adviescommissie Verloskunde de resultaten van de reeds bestaande samenwerkingsverbanden in deze richting wijzen.

In twee opzichten wijkt de Staatssecretaris enigszins af van de adviezen in het rapport van de Adviescommissie Verloskunde. Deze gedachtegang wordt door de Staatssecretaris onderschreven, maar met de aantekening dat zo'n honoreringsstructuur op macro-niveau wel budgettair neutraal dient te zijn en dat het bereiken van een verloskundig systeem dat geheel gestoeld is op dergelijke samenwerkingsverbanden nog wel enige tijd zal vergen.

BIJLAGE 3

DEFINITIES VAN DE BEGRIPPEN BETREFFENDE 'SAMENWERKING'

Cliëntgebonden activiteiten: de activiteiten die een deel zijn van de zorg voor een cliënt/patiënt.

Cliëntgebonden samenwerking: samenwerking tussen zorgverleners, die een onderdeel is van de zorg voor een cliënt of patiënt.

Niet-clientgebonden activiteiten: activiteiten die worden verricht in het kader van de beroepsuitoefening en die niet gebonden zijn aan (de zorg voor) een cliënt of patiënt.

Niet-clientgebonden samenwerking: samenwerking tussen zorgverleners waarbij ten behoeve van de zorgverlening besprekingen of overleg wordt gevoerd over zorginhoudelijke onderwerpen.

Primaire samenwerking: samenwerking tussen zorgverleners wanneer er geen sprake is van niet-clientgebonden samenwerking.

Verdiepte samenwerking: samenwerking tussen zorgverleners wanneer tevens sprake is van niet-clientgebonden samenwerking.

Verloskundige monodisciplinaire, respectievelijk interdisciplinaire samenwerking: het geheel van activiteiten waarin verloskundige zorgverleners van dezelfde discipline, respectievelijk verschillende disciplines samenwerken in het kader van hun beroepsuitoefening.

BIJLAGE 4

Zoals is beschreven in paragraaf 3.3, zal bij de operationalisering van informatievoorziening als conditie voor verloskundige samenwerking gebruik worden gemaakt van het navolgende schema. In dit schema is aangegeven dat er op verschillende niveaus (macroniveau: landelijk, mesoniveau: tussenniveau, microniveau: de cliëntgebonden activiteiten) 'actoren' werkzaam zijn, die wensen hebben en activiteiten uitvoeren teneinde deze wensen te realiseren. Hierbij is informatie nodig en voor deze informatiebehoefte is een registratie geëigend die de grenzen van de afzonderlijke niveaus (micro-, meso- en macroniveau) overschrijdt.

Schematisch overzicht van realisering ten aanzien van registratie in de verloskundige zorg

Niveau	Actoren	Wensen	Activiteiten	Benodigde informatie	Eisen, te stellen aan de informatievoorziening	Realisering van een adequate registratie
Macro	Beroepsgroepen Overheid Bewindslieden Ministerie van WVC Parlement	- Optimaal zorgsysteem, ook in vergelijking met buitenland P.M.: 1) Kosten-effectiviteit 2) Keuzevrijheid 3) Zorgprotocollen 4) Beroeps(groep)belangen	- Beleidsvoorbereiding op grond van beleidsrelevante informatie - Vaststellen van beleid - (Doen) uitvoeren van beleid - Evaluatie van beleid	- Informatie over proces, structuur en uitkomst van de verloskundige zorg in Nederland en de onderlinge relaties tussen proces, structuur, uitkomst - Specifieke informatie, voor 'issues'	- Geeft inzicht in kwaliteit - Uitkomst van de zorg (op macro-niveau) te interpreteren in relatie tot proces en structuur van de zorg, (op macro-, meso- en microniveau) - Geen vertekening door onvolledigheid (selectie) - Relevant voor landelijk niveau	
Meso	VSV's Beroepsgroepen Zorgverleners	- Optimale zorgomstandigheden - werkatpraken - zorgprotocollen	A) VSV's: (periodiek) overleg: - evaluatie van de verleende zorg en protocollen - vaststellen + aanpassen van protocollen B) research, o.a. medisch wetenschappelijk	ad A): - totaal-aantallen van populatie-in-zorg - van ieder probleemgeval: de volledige gegevens voor de beoordeling van: morbiditeit en mortaliteit; overbehandeling vermijdbaar? oorzaken? ad B) -extra gegevens specifiek voor research-doel	ad A) - volledigheid: alle gevallen vanaf inschrijving t/m postnatale periode - per geval: proces van besluitvorming zichtbaar gemaakt - snel beschikbaar voor periodek overleg - vergelijkbaar met andere VSV's - gemakkelijk jaarverslag - communicatie met ander (b.v. ziekenhuis)systeem ad B) - extra researchgegevens gecombineerd met standaardgegevens	
Micro	Zorgverlener(s)	- optimale zorgverlening	- zorgverlening - samenwerken - registreren	- gegevens over de cliënt: - persoonsgegevens - medische gegevens - gegevens over de verleende zorg - gegevens over zorgprotocollen	- informatie in te voeren en te verkrijgen tijdens de zorgverlening - beslissingsondersteunend, o.a.: - de ingevoerde 'standaarden' (zorgprotocollen) met referentie-/grenswaarden automatisch op beeldscherm - vergemakkelijkt: brieven (ontslagbrief, consultatiebrief) en declaraties	

BIJLAGE 5

DE ITEMS UIT DE LVR1, RESPECTIEVELIJK LVR2 IN HET ONDERZOEK NAAR INDICATIESTELLING

A. DE ITEMS UIT DE LVR1 M.B.T. INDICATIESTELLING

A.1 INDICATIES VOOR VERWIJZING ('C'), GEBRUIK MAKEND VAN ITEMS UIT DE LVR1

OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR1	KI	WBK
1. Uit anamnese		
1.1 Algemene anamnese		
thrombo-embolische processen	+	-
pre-existente hypertensie	+	-
diabetes mellitus	+	±
overige endocrinologische afwijkingen	±	±
mogelijke bekkenafwijkingen	±	-
psychiatrische aandoeningen	+	-
1.2 Obstetrische anamnese		
toxicose met opname	+	-
aantal abortus (1 t/m 16 wk.) en/of EUG en/of molagraviditeit: drie of meer	+	-
partus immaturus	+	-
partus prematurus	+	-
solutio placentae	+	+
sectio caesarea	+	+
dysmaturiteit (<2,3 percentiel)	±	+
intra-uteriene vruchtdood	±	-
haemorrhagia post partum >1000 ml	±	-
manuele placenta verwijdering	+	-
totaalruptuur	+	-
nullipara >35 jaar	+	-
multipara vanaf 40 jaar	+	-
2. Ontstaan tijdens de prenatale periode		
pyelitis	+	-
hard-drugsgebruik (incl. methadon)	±	±
extra-uteriene graviditeit	+	+
congenitale afwijkingen	+	-
aantal uren tussen breken vliezen en geboorte kind > ... uur	+	+

OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR1

KI

WBK

langdurig gebroken vliezen zonder weeën à terme	+	+
diabetes gravidarum met behandeling	+	+
hypertensie/toxicose	±	-
actief Rhesus antagonisme	+	+
bloedverlies tweede helft	+	+
solutio placentae	+	++
negatieve dyscongruentie	±	-
zwangerschapsduur bij nullipara >294 dagen	+	+
zwangerschapsduur bij multipara 295-301 dagen	-	+
zwangerschapsduur bij multipara >301 dagen	+	+
dreigende vroeggeboorte	+	+
meerling	?	?
meerling zwangerschap (ontdekt in deze zwangerschap)	+	+
liggingsafwijking, incl. stuit	+	-
hoogstaande schedel a terme	+	-

3. Ontstaan tijdens de bevalling

intra-uteriene vruchtdood tijdens deze zwangerschap	+	-
intra-uteriene vruchtdood tijdens baring	+	-
bij baring: ligging, niet achterhoofd	+	+
foetale nood tijdens baring	+	+
meconiumhoudend vruchtwater	±	±
onvoldoende vorderende ontsluiting	+ ¹	+
onvoldoende vorderende uitdrijving	+	+
duur actief meepersen:	±	±
>60 minuten (nullipara)		
>120 minuten (multipara)		
solutio placentae	+	+
bloedverlies >1000 ml	+	+
h.p.p. >1000 ml	+	+
retentio placentae	+	+
sub-totaal ruptuur	+	+
totaalruptuur	+	+

¹ in navolging van M. Eskes (Eskes, 1989) wordt deze indicatie hier toegevoegd

A.2 INDICATIES VOOR OVERLEG ('B' OF 'B-D'), GEBRUIK MAKEND VAN ITEMS UIT DE LVR1

	OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR1	WBK
1.	Uit anamnese	
1.1	Algemene anamnese	
	thrombo-embolische processen	+
	pre-existente hypertensie	±
	mogelijke bekkenafwijkingen	±
	psychiatrische aandoeningen	+
1.2	Obstetrische anamnese	
	partus immaturus	+
	manuele placentaverwijdering	+
	nullipara >35 jaar	+
	multipara vanaf 40 jaar	+
2.	Ontstaan tijdens de prenatale periode	
	congenitale afwijkingen	+
	aantal uren tussen breken vliezen en geboorte	
	kind > (?) uur	+
	langdurig gebroken vliezen zonder weeën a terme	+
	hypertensie/toxicose	+
	positieve dyscongruentie	+
	liggingsafwijkingen, incl. stuit	+
	intra-uteriene vruchtdood tijdens deze zwangerschap	+
	intra-uteriene vruchtdood (tijdens baring)	+

A.3 INDICATIES VOOR OVERLEG ('B' OF 'B-D'), òF VERWIJZING ('C'), GEBRUIK MAKEND VAN ITEMS UIT DE LVR1

OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR1

WBK

1. Uit anamnese

1.1 Algemene anamnese

overige endocrinologische afwijkingen

±

A.4 OVERIGE INDICATIES, GEBRUIK MAKEND VAN ITEMS UIT DE LVR1

Negatieve dyscongruentie (LVR1) is volgens de WBK-lijst een indicatie voor echoscopie (LVR1: lijst moeder, code 40: 'echoscopie (1x)' of code 41: 'echoscopie (2x of meerma- len)').

B. DE ITEMS UIT DE LVR2 M.B.T. INDICATIESTELLING**B.1 INDICATIES VOOR TWEDELIJNSZORG ('C'), GEBRUIK MAKEND VAN ITEMS VAN DE LVR2**

	OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR2	KI	WBK
1.	Indicaties uit anamnese		
1.1	Algemene anamnese		
1.1.A	Neurologische aandoeningen		
	neurologische afwijking of operaties (code 01)	±	-
	neurologische afwijkingen (code 14)	±	-
	epilepsie met behandeling in de huidige graviditeit	+	-
1.1.B	Interne aandoeningen		
	aandoeningen tractus respiratorius	±	-
	vitium cordis al dan niet gerepareerd	+	-
	thrombo-embolische processen	+	-
	pre-existente hypertensie	+	-
	diabetes mellitus	+	±
	diabetes gravidarum met insuline	+	+
	overige endocrinologische afwijkingen	±	±
	aandoeningen tractus digestivus	-(?)	±
1.1.C	Gynaecologische aandoeningen		
	exconisatie en/of portioamputatie	+	-
1.1.D	Overig		
	psychiatrische aandoeningen	+	-
1.2	Obstetrische anamnese		
	toxicose met opname	+	-
	eclampsie	+	-
	aantal abortus (1 t/m 16 wkn.) en/of EUG en/of mola-graviditeit: drie of meer	+	-
	partus immaturus (16 tot 28 weken)	+	-
	partus prematurus (28 tot 36 weken)	+	-
	solutio placentae	+	+
	sectio caesarea	+	+
	dysmaturiteit (<2,3 percentiel)	±	+
	intra-uteriene vruchtdood	±	-
	fluxus post partum met transfusie	±	-

OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR2	KI	WBK
manuele placentaverwijdering	+	-
totaalruptuur	+	-
aantal graviditeiten, minus 'aantal abortus (1 t/m 16 weken) en/of EUG en/of mola-graviditeit' is nul, èn leeftijd bij eerste consult 35 jaar of ouder	+	-
aantal graviditeiten minus 'aantal abortus (1 t/m 16 weken) en/of EUG en/of mola-graviditeit' is één of meer, èn leeftijd bij eerste consult is 40 jaar of ouder	+	-
2. Ontstaan tijdens de prenatale periode		
pyelitis	+	-
drugsgebruik tijdens de graviditeit	±	±
hyperemesis gravidarum (met opname)	+	+
congenitale afwijkingen	+	-
tijdsduur tussen breken van de vliezen en geboorte meer dan 24 à ... (?) uur	+	
diabetes gravidarum met behandeling	+	+
eclampsie	+	+
preëclampsie met opname	+	+
hoogste diastolische tensie 95 of hoger	+	-
actief Rhesus antagonisme	+	+
bloedverlies tweede helft	+	+
solutio placentae	+	+
groeiachterstand met opname	+	+
bij nullipara zwangerschapsduur >294 dagen	+	+
bij multipara zwangerschapsduur 295-301 dagen	-	+
bij multipara zwangerschapsduur >301 dagen	+	+
cerclage	+	+
meerlingzwangerschap	+	+
wanverhouding hoof-bekken (bij baring)	+	-
bij eerste onderzoek intra-uteriene vruchtdood	+	+
kind overleden ante partum	+	-
hydramnion (>2 liter)	+	-
3. Ontstaan tijdens de bevalling		
(bij baring) liggingsafwijking, d.w.z. niet achterhoofd	+	+
meconiumhoudend vruchtwater	±	±
indicatie voor hulp of secundaire sectio: niet vorderen baring	+ ²	+
h.p.p. meer dan 1000 ml	+	+
solutio placentae	+	+

² In navolging van M. Eskes (Eskes, 1989) wordt deze indicatie toegevoegd aan de Kloostermanlijst

OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR2**KI****WBK**

stollingsstoornissen	+	+
bloedtransfusie tijdens bevalling of kraambed	+	+
manuele placentaverwijdering	+	+
sub-totaal ruptuur, totaalruptuur	+	+

B.2 INDICATIES VOOR OVERLEG ('B' OF 'B-D') GEBRUIK MAKEND VAN ITEMS UIT DE LVR2

	OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR2	WBK
1.	Uit anamnese	
1.1	Algemene anamnese	
1.1.A	Neurologische aandoeningen	
	neurologische afwijkingen of operaties (code 01)	±
	neurologische afwijkingen (code 14)	±
	epilepsie met behandeling in de huidige graviditeit	+
1.1.B	Interne aandoeningen	
	aandoeningen tractus respiratorius	±
	vitium cordis al dan niet gerepareerd	±
	thrombo-embolische processen	+
	pre-existente hypertensie	±
1.1.D	Overig	
	psychiatrische aandoeningen	+
1.2	Obstetrische anamnese	
	partus immaturus	+
	manuele placentaverwijdering	+
	aantal graviditeiten, minus 'aantal abortus (1 t/m 16 weken) en/of EUG en/of mola-graviditeit' is nul, èn leeftijd bij eerste consult 40 jaar of ouder	+
	aantal graviditeiten, minus 'aantal abortus (1 t/m 16 weken) en/of EUG en/of mola-graviditeit' is één of meer, èn leeftijd bij eerste consult 40 jaar of ouder	+
	congenitale afwijkingen	+
	hoogste diastolische tensie 95 of hoger	+
2.	Ontstaan tijdens de prenatale periode	
	wanverhouding hoofd-bekken (bij baring)	+
	kind overleden ante partum	+

35 ?

B.3 **INDICATIES VOOR OVERLEG ('B' OF 'B-D') OF TWEEDELIJNSZORG ('C'), GEBRUIK
MAKEND VAN ITEMS UIT DE LVR2**

	OMSCHRIJVING VOLGENS DE LVR2	WBK
1.	Uit anamnese	
1.1	Algemene anamnese	
	overige endocrinologische afwijkingen	±
1.2	Obstetrische anamnese	
	intra-uteriene vruchtdood	+

C. GEBOORTEN MET VERHOOGD OBSTETRISCH RISICO, GEBRUIK MAKEND VAN DE ITEMS VAN DE LVR1, RESPECTIEVELIJK DE LVR2

1. meerlingen
2. indien niet meerling: zwangerschapsduur t/m 258 dagen
3. indien niet behorend tot 1 of 2: geboortegewicht <2500 gram^a
4. indien niet behorend tot 1 of 2: liggingsafwijkingen bij de geboorte (d.w.z. niet achterhoofdsligging)
5. indien niet behorend tot 1,2 of 3: liggingsafwijkingen bij de geboorte (d.w.z. niet achterhoofdsligging)

vanaf .296 / 302 ?

D. TOESTAND MOEDER/KIND, UIT LVR1 RESPECTIEVELIJK LVR2

1. Apgarscore (frequentietabel)
2. Kind overleden: frequentietabel

^a Eigenlijk zou hier dysmaturiteit (<2,3 percentiel en/of <5e en/of <10e percentiel) moeten gelden. De hiervoor benodigde grenswaarden van geboortegewicht-naar-zwangerschapsduur zijn echter niet bij de SIG in geautomatiseerde vorm beschikbaar. Om pragmatische redenen wordt daarom in eerste instantie volstaan met de benadering m.b.v. de grens voor het geboortegewicht.

BIJLAGE 6

DE ITEMS UIT DE LVR1, RESPECTIEVELIJK DE LVR2, INGEDEELD NAAR DE MATE WAARIN ZIJ 'GEVOELIG' ZIJN VOOR INVULGEDRAG

De items uit de LVR1

De voor dit onderzoek relevante items uit de LVR1, die minder 'gevoelig' zijn voor verschillen in invulgedrag, behoren tot de nummers 01 t/m 33 en het meerlingnummer. De voor dit onderzoek relevante items zijn:

- 1) identificatie: praktijknummer
- 2) betreffende de moeder:
 - geboortedatum
 - postcode (4 cijfers)
 - aantal graviditeiten en hiervan het aantal met abortus en/of extra-uteriene graviditeit en/of mola-graviditeit
- 3) betreffende de zwangerschap:
 - à terme datum
 - zekerheid van deze datum
- 4) betreffende de baring:
 - kind 'aangepakt' door wie
 - onder verantwoordelijkheid van wie
 - nummer verantwoordelijke verloskundige of huisarts
 - medicatie voor geboorte kind
 - aantal uren tussen breken vliezen en geboorte kind
 - aspect vruchtwater bij de baring
 - duur actief meepersen
 - ligging
 - perineum (gaaf, ruptuur, epi)
 - bloedverlies
- 5) betreffende het kind:
 - geslacht
 - geboortedatum (dus: zwangerschapsduur)
 - geboortegewicht
 - Apgarscore (na 5 minuten)
 - kind overleden en zo ja, in welke fase
 - meerlingnummer: ... van ...
- 6) betreffende de zorgverlening:
 - afgesproken en werkelijke plaats van baring
 - laatste gynaecologisch consult, en de fase hiervan in zwangerschap-baring-kraamperiode
 - overdracht aan gynaecoloog, en de fase hiervan in zwangerschap-baring-kraamperiode (en ziekenhuisnummer)
 - reden(en) van overdracht aan gynaecologisch (met ingang van begin 1991 zijn deze op volgorde van belangrijkheid geregistreerd)

met ingevuld als
baring in 2^o lijn
plaats vond
(overdracht voor
de baring)

De voor dit onderzoek relevante items uit de LVR1 die waarschijnlijk, wat betreft de volledigheid van de gegevens, 'gevoelig' zijn voor het invulgedrag, zijn de items met nummer 34 t/m 38:

- pediatrische betrokkenheid
- problematiek kind
- lijst bijzonderheden
- overige problematiek moeder
- individuele coderingen

De items uit de LVR2

De voor dit onderzoek relevante items uit de LVR2 die minder 'gevoelig' zijn voor verschillen in invulgedrag, behoren tot de nummers 01 t/m 33, en het 'meerlingnummer'. De relevante items zijn:

- 1) identificatie:
 - ziekenhuisnummer
- 2) betreffende de moeder:
 - geboortedatum
 - postcode (4 cijfers)
 - aantal graviditeiten en/of extra-uteriene graviditeit en/of mola-graviditeit
 - overname (geen, uit 1e lijn, uit 2e lijn al dan niet intra-uterien)
 - praktijk die de prenatale controle verrichtte voor overname (1e lijns praktijknummer of ziekenhuiscode)
- 3) betreffende de zwangerschap:
 - begeleiding door u (wanneer en hoe frequent)
 - datum van eerste onderzoek in deze zwangerschap
 - bij eerste onderzoek intra-uteriene vruchtdood
 - hoogste diastolische tensie
 - à terme datum en de zekerheid van deze datum
- 4) betreffende de baring:
 - kind 'aangepakt' door wie
 - evt. supervisie van wie
 - begin van de baring (spontane weeën, spontane vliesscheur, inleiding amniotomie, inleiding chemisch, primaire sectio)
 - indicatie inleiding of primaire sectio
 - tijdstip waarop de vliezen braken
 - medicatie voor de geboorte
 - begin actief meepersen
 - ligging
 - hulp bij baring
 - indicatie voor hulp of secundaire sectio
 - perineum (gaaf, ruptuur, epi)
 - nageboortetijdperk (haemorrhagia post partum meer dan 1000 ml, manuele placentaverwijdering, overig)
- 5) betreffende het kind:
 - geslacht
 - geboortedatum
 - geboortetijdstip
 - geboortegewicht
 - Apgarscore (na 5 minuten)
 - kind overleden (en zo ja, in welke fase)
 - congenitale afwijkingen
- 6) overig:
 - pediatrische betrokkenheid (geen; ja, zonder opname; opname direct post partum; opname binnen 24 uur; opname 2e-7e dag)
 - kind met moeder meer naar huis (ja/nee)
 - ontslagdatum moeder
 - moeder overleden (ja/nee)

Het voor dit onderzoek relevante item uit de LVR2, dat waarschijnlijk 'gevoelig' is voor invulgedrag, is nummer 34: 'bijzonderheden'.