

VESTIGINGSWENSEN EN VESTIGINGSGEDRAG VAN VERLOSKUNDIGEN

T. A. Wiegers
A. Van den Dijssel
L. Hingstman

juli 2000



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030-2729700

T.A.Wiegers

Vestigingswensen en vestigingsgedrag van verloskundigen / T.A.Wiegers, A. Van den Dijssel, L. Hingstman

Utrecht: Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Met lit. opg.

ISBN 90 - 6905-481-7

Trefw.: verloskundigen, vestiging

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

VOORWOORD

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij de vestiging van verloskundigen en de mogelijke knelpunten die zich daarbij voordoen. Dit is voor de KNOV belangrijk om gerichte beleidsmaatregelen te kunnen nemen om de vestiging van verloskundigen in moeilijke gebieden te bevorderen, mede gezien het feit dat steeds minder huisartsen verloskundige zorg verlenen.

We willen op deze plaats allereerst alle verloskundigen bedanken die hun medewerking verleend hebben aan dit onderzoek. Verder willen we dank zeggen aan de leden van de begeleidingscommissie, voor hun inzet en deskundigheid. De begeleidingscommissie bestond uit de volgende personen:

- mevrouw C. Brunt-Kirpestein, verloskundige
- mevrouw WA. van Luijn, verloskundige
- mevrouw MN. Slotman, verloskundige
- mevrouw MCR. Scheffer-Zwart, bestuurslid KNOV
- mevrouw PAHM. Verhees, verloskundige
- mevrouw AJM. Waelput, kwaliteitsmedewerker KNOV.

Utrecht, juli 2000

Inhoudsopgave

	pag.
1. INLEIDING	7
1.1 Achtergrond en aanleiding van het onderzoek	7
1.2 Vraagstellingen	9
1.3 Indeling van het rapport	9
2. LITERATUURSTUDIE: VESTIGING VAN HULPVERLENERS IN DE EERSTELIJN	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Geografische locatie	12
2.3 Praktijkenmerken	15
2.4 Man-vrouw verschillen	17
2.5 De 'billijkheid' van de werksituatie	21
2.6 Verwachtingen ten aanzien van de vestiging van verloskundigen	23
3. METHODE	25
3.1 De verloskundigen-registratie	25
3.2 Aanvullende gegevensverzameling	25
3.3 Selectie en respons	26
3.4 Vragenlijst	27
3.5 Analyse	28
4. SPREIDINGSPATROON VAN VERLOSKUNDIGEN	29
4.1 Aantal verloskundigen	29
4.2 Spreiding van verloskundigen	29
4.3 Eerste vestiging	33
4.4 Conclusie	35
5. VESTIGINGSWENSEN EN VESTIGINGSGEDRAG	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Factoren die de vestiging van verloskundigen beïnvloeden	39
5.3 Regeling van de diensten	41
5.4 Ervaren 'billijkheid' van de huidige woon/werksituatie	43
6. VESTIGING IN 'MOEILIJKE' GEBIEDEN	57
7. CONCLUSIE	61
Literatuur	65
Bijlagen	67

1. INLEIDING

1.1 ACHTERGROND EN AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK

Verloskundige zorg wordt in Nederland verleend door drie beroepsgroepen: verloskundigen, huisartsen en gynaecologen/obstetici. Verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen zijn verantwoordelijk voor de eerstelijns verloskundige zorgverlening, dat wil zeggen de verloskundige zorgverlening aan zwangeren en barenden met een normale, ongecompliceerd verlopende zwangerschap en bevalling. Bij (dreigende) complicaties wordt de verantwoordelijkheid overgedragen aan de tweedelijns zorgverlener: de gynaecoloog/obstetricus.

De meeste verloskundigen zijn, evenals huisartsen, vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, voor wie het inkomen afhankelijk is van het aantal cliënten dat bij hen in zorg is. Maar anders dan huisartsen hebben verloskundigen geen vaste praktijkomvang met abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden, ongeacht of ze van de zorg gebruik maken of niet. De praktijkomvang van een verloskundige praktijk is volledig afhankelijk van het aantal zwangere vrouwen binnen het werkgebied van de verloskundige dat gebruik maakt van haar diensten. En aangezien een deel van de verloskundige hulpverlening, namelijk de hulp tijdens de baring, gerekend kan worden tot de spoedeisende hulp, kent de omvang van het werkgebied van een verloskundige een beperking die samenhangt met de bereikbaarheidsnorm voor spoedeisende hulp: het binnen 15 minuten bij de cliënt aanwezig kunnen zijn of zorg dragen voor andere adequate hulpverlening. Dit maakt duidelijk dat in dun bevolkte gebieden, met ook nog een verouderende bevolking, een zelfstandig gevestigde verloskundige veel moeite zal hebben om een acceptabel inkomen te verwerven. Een verloskundige zal zich daarom niet snel vestigen in een dergelijk gebied. De verloskundige zorg in regio's waar geen verloskundige is gevestigd wordt verzorgd door huisartsen. Onderzoek heeft echter uitgewezen dat het aantal huisartsen dat verloskundige zorg wil verlenen steeds verder afneemt en dat verloskundig actieve huisartsen in toenemende mate problemen ondervinden bij het vinden van een waarnemer of opvolger (Wiegers & Hingstman 1999).

Om te voorkomen dat er regio's ontstaan waar helemaal geen eerstelijns verloskundige zorg meer voorhanden is, zou nagegaan moeten worden of en hoe vestiging van verloskundigen in deze gebieden aantrekkelijker gemaakt zou kunnen worden. Naast de mogelijkheid tot het verwerven van een bepaald inkomen spelen immers ook nog andere factoren een rol bij de keuze van een verloskundige voor een bepaalde vestigingsplaats, zoals de aantrekkelijkheid van de regio en de mogelijkheden tot samenwerking, enerzijds met andere verloskundigen, anderzijds met andere zorgverleners.

De KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) heeft het Nivel gevraagd te onderzoeken wat de achterliggende factoren zijn die bij verloskundigen een rol spelen bij de keuze voor een vestigingsplaats. Aanleiding hiervoor is de constatering dat de grote regionale verschillen in verloskundigen-dichtheid (het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per gevestigde verloskundige), ook bij het toenemend aantal praktiserende verloskundigen, niet verdwijnen. Gezien de huidige problemen in de verloskunde kan dit er toe leiden dat de verloskundige zorgverlening, met name in de gebieden waar naar verhouding weinig verloskundigen gevestigd zijn, verder onder druk komt te staan. Wanneer er meer inzicht is in de factoren die een rol spelen bij de vestiging van verloskundigen kan de KNOV beleidsmaatregelen nemen om de vestiging in tot nu toe moeilijke gebieden te bevorderen.

Om de vraag van de KNOV te beantwoorden, is gekozen voor een retrospectief onderzoek, waarbij uitgegaan wordt van de gegevens die jaarlijks verzameld worden in het kader van de registratie van verloskundigen. In deze registratie zijn de volgende gegevens opgenomen: naam, leeftijd en sekse van de verloskundige, afstudeerdatum en -plaats, vestigingsdatum en -plaats, soort praktijk, soort functie, verandering van functie en/of vestigingsplaats, datum waarop het werk is neergelegd.

Door aan te sluiten bij het begrippenkader van de 'rationele keuze theorie', in navolging van Groenewegen (1985) die deze theorie gebruikte om de regionale verschillen in de vestiging van huisartsen in Nederland te verklaren, kunnen de registratiegegevens gebruikt worden om een beschrijving te geven van de spreiding van verloskundige praktijken en de regionale verschillen daarin. In de rationele keuze theorie wordt uitgegaan van verschillende factoren die van invloed zullen zijn op de vestiging van vrije beroepsbeoefenaren. Dit zijn:

- economische factoren, zoals de hoogte van het te verwachten inkomen en (eventueel) de hoogte van de goodwill;
- algemene omgevingsfactoren, zoals de leefbaarheid van de omgeving en de aanwezigheid of bereikbaarheid van familie en vrienden;
- professionele omgevingsfactoren, zoals de aanwezigheid van tweedelijns voorzieningen en de mogelijkheden voor overleg en samenwerking met andere zorgverleners.

Op basis van de registratie kunnen globale uitspraken gedaan worden over de mogelijke samenhang tussen bovenstaande factoren als algemeen kenmerk van een bepaalde vestigingsplaats en het spreidingspatroon van de verloskundigen als beroepsgroep. Zo kan de samenhang onderzocht worden tussen de vestigingsplaats/regio van verloskundigen en de verloskundigendichtheid en mate van verstedelijking van de betreffende regio. In regio's met een lage verloskundigendichtheid, dat wil zeggen: met relatief veel vrouwen in de vruchtbare leeftijd in verhouding tot het aantal praktiserende verloskundigen, zoals Zeeland, Friesland en Groningen, is in theorie voldoende ruimte voor nieuwe vestigingen. In de praktijk blijkt dat echter nauwelijks te gebeuren, gezien het feit dat deze provincies al jaren veruit de laagste verloskundigendichtheid van Nederland hebben. De verwachting is dat in gebieden met een lage verloskundigendichtheid, gecombineerd met een geringe mate van verstedelijking, vooral economische factoren een rol spelen omdat het daar voor verloskundigen nauwelijks mogelijk is om een rendabele praktijk te voeren.

De mate van verstedelijking van een gemeente geeft ook een globale benadering van het aanwezige voorzieningenniveau, zowel wat betreft culturele voorzieningen, zoals musea en theaterfaciliteiten, als wat betreft gezondheidszorgvoorzieningen, zoals de aanwezigheid van een of meer ziekenhuizen. De verwachting is dat in meer verstedelijkte gemeenten de algemene en professionele omgevingsfactoren een belangrijke rol zullen spelen omdat daar de mogelijkheden voor zowel sociale contacten als professionele contacten groter zijn dan in de minder verstedelijkte gemeenten. Daarnaast zal de aanwezigheid van sociale contacten, met name voor pas-afgestudeerde verloskundigen, ook samenhangen met de opleidingsplaats.

Om beleidsmaatregelen te kunnen nemen waarmee de spreiding van de verloskundige praktijken beïnvloed kan worden, zijn meer gedetailleerde gegevens nodig dan met bovenstaande analyses verkregen kunnen worden. De aantrekkelijkheid van een bepaalde vestigingsplaats of woon/werkomgeving wordt immers niet alleen bepaald door een combinatie van bovenstaande factoren, maar ook door het belang dat iedere verloskundige daar persoonlijk aan hecht. Individuele verschillen tussen verloskundigen, op grond van individuele voorkeuren, kunnen in de analyse van registratiegegevens niet meegenomen worden. Daarom is een aanvullende vragen-

lijst verstuurd naar alle verloskundigen die na 1-1-1994 en voor 1-1-1999 hun diploma of gelijkstelling gekregen hebben. Een gelijkstelling houdt in dat een verloskundige, die in het buitenland is opgeleid, bevoegd verklaard wordt om in Nederland te praktiseren. De keuze voor deze afgrenzing van de onderzoeksgroep is gebaseerd op de volgende overwegingen:

- Aan de respondenten wordt gevraagd om aan te geven wat, op het moment dat ze van de opleiding kwamen of hun gelijkstelling kregen, voor hen belangrijke factoren waren bij de keuze voor een bepaalde woon/werksituatie. Hoe langer het tijdstip van afstuderen geleden is, hoe moeilijker het is om terug te halen wat toen belangrijk was. Daarom is er voor gekozen om niet verder dan vijf jaar terug te gaan.
- Van alle verloskundigen die tussen 1994 en 1999 op de arbeidsmarkt zijn gekomen is de overgrote meerderheid ook werkzaam. Slechts 12% van hen is (nog) niet als praktiserend verloskundige werkzaam. De verloskundigen die in 1999 op de arbeidsmarkt zijn gekomen zijn buiten het onderzoek gelaten, omdat voor hen in ieder geval het tijdsverloop tussen het begin van hun loopbaan als verloskundige en de huidige situatie te kort is om veel verschuiving te laten zien.

Met behulp van de vragenlijst wordt getracht een beeld te krijgen van de waardering van verloskundigen voor verschillende aspecten van hun huidige werksituatie. Daarvoor is aansluiting gezocht bij de 'billijkheidstheorie' van Adams, die door van Dierendonck (1997) in een onderzoek naar burnout onder huisartsen is gebruikt om de ervaren billijkheid van de werksituatie vast te stellen.

1.2 VRAAGSTELLINGEN

De vraagstellingen van dit onderzoek luiden als volgt:

1. Waar en hoe hebben verloskundigen zich de afgelopen vijf jaar gevestigd ?
2. Wat zijn in de afgelopen vijf jaar de vestigingswensen van praktijk zoekende verloskundigen geweest ?
3. Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de keus voor een vestigingsplaats en welke rol spelen diezelfde factoren in de huidige werksituatie ?
4. In hoeverre slagen verloskundigen erin om zich te vestigen op de plek van hun voorkeur en wat zijn daarbij bevorderende en belemmerende factoren ?
5. In hoeverre beschouwen verloskundigen hun huidige situatie als 'billijk' ?

Het hier beschreven onderzoek is in twee fasen uitgevoerd. In de eerste fase is gebruik gemaakt van de gegevens die jaarlijks verzameld worden in het kader van de NIVEL-registraties van werkzame en nog niet werkzame verloskundigen om antwoorden te formuleren op de eerste vraagstelling. In de tweede fase zijn aanvullende gegevens verzameld om antwoord te kunnen geven op de tweede, derde, vierde en vijfde vraagstelling.

1.3 INDELING VAN HET RAPPORT

In hoofdstuk 2 wordt een literatuurstudie gepresenteerd, waarin ingegaan wordt op de vestiging van hulpverleners in de eerstelijns, aan de hand van in Nederland en in het buitenland verricht onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt de methode van onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 4 wordt aan de hand van registratiegegevens een beschrijving gegeven van de beroepsgroep van verloskundigen en de veranderingen die zich daarin hebben voorgedaan

tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 (vraagstelling 1). Daarbij wordt aandacht besteed aan eventuele verschuivingen in vestigingen in verschillende regio's. Vervolgens wordt nagegaan of de vestiging van pas-afgestudeerden als zelfstandig verloskundige heeft geleid tot een toename in het aanbod aan verloskundigen of dat het vooral vervanging was van verloskundigen die hun werkzaamheden neerlegden.

In hoofdstuk 5 wordt aan de hand van de gegevens uit de vragenlijsten allereerst een beschrijving gegeven van de vestigingswensen van verloskundigen die de afgelopen vijf jaar op de arbeidsmarkt gekomen zijn (vraagstelling 2). Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre zij er in geslaagd zijn om zich inderdaad te vestigen op de plek van hun voorkeur (vraagstelling 4). Daarna wordt een overzicht gegeven van het belang dat verloskundigen hechten aan praktijk- en omgevingskenmerken bij hun keuze voor een woon- en werkomgeving. Getracht wordt een uitspraak te doen over de belangrijkste factoren die een praktijk c.q. vestigingsplaats aantrekkelijk of onaantrekkelijk maken (vraagstelling 3). Vervolgens wordt een beeld geschetst van de ervaren 'billijkheid' van de huidige werksituatie van de verloskundigen, enerzijds in vergelijking met zichzelf op een vroeger tijdstip en anderzijds in vergelijking met collega-verloskundigen (vraagstelling 5).

In hoofdstuk 6 worden de notoire 'moeilijke gebieden' (Zeeland, delen van Groningen en Friesland, Amsterdam) apart bestudeerd om na te gaan of er specifieke factoren te benoemen zijn die de vestiging in deze gebieden bemoeilijken.

Elk onderdeel wordt afgesloten met een conclusie. In het laatste hoofdstuk zal, naast een samenvatting van de resultaten, een eindconclusie getrokken worden.

2. LITERATUURSTUDIE: VESTIGING VAN HULPVERLENERS IN DE EERSTELIJN

2.1 INLEIDING

Er zijn in Nederland regio's waar verloskundigen zich niet graag of niet makkelijk vestigen, gezien de grote regionale verschillen in verloskundigendichtheid. De verloskundigendichtheid is de verhouding tussen het aantal verloskundigen in een eigen praktijk en het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd in een bepaalde regio. Bij een lage verloskundigendichtheid is er in theorie voldoende ruimte voor nieuwe vestigingen van verloskundigen. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd op te gaan. Dit roept de vraag op welke factoren eigenlijk een rol spelen bij het besluit om zich ergens te vestigen. De jaarlijkse registratie van verloskundigen die door het Nivel wordt bijgehouden levert enkele basisgegevens op over de spreiding van verloskundige praktijken, maar geeft geen inzicht in de factoren die een rol spelen bij vestiging. In deze literatuurstudie is nagegaan wat bekend is over vestigingsfactoren die bij andere beroepsgroepen, met name artsen, een rol spelen en in hoeverre deze factoren ook bij verloskundigen relevant zijn. Verschillende onderzoekers hebben zich in het verleden beziggehouden met uiteenlopende factoren die een rol spelen bij de vestiging van (huis)artsen, veelal uitgaande van de rationele-keuze-theorie. Dit is van oorsprong een economische theorie, waarin het afwegen van kosten en baten, ofwel investeringen en opbrengsten, centraal staat en waarbij een keus wordt gemaakt voor dat alternatief, in dit geval die vestiging, waar het hoogste nut behaald kan worden. Onder het begrip 'vestiging' kan enerzijds de geografische locatie en anderzijds de praktijkvorm worden verstaan. Aan de hand van onderzoeken van onder andere Groenewegen (1985), Wolinsky (1982) en Kortenhoeven (1990) kan inzicht worden verkregen in deze locatie- en praktijkvorm-keuzen van (huis)artsen. De verwachting is dat voor verloskundigen in principe dezelfde factoren een rol zullen spelen, omdat zij net als (huis)artsen vrije beroepsbeoefenaars zijn die zich als solist of in een maatschap met één of meerdere collega's kunnen vestigen. Ten behoeve van dit onderzoek is vervolgens de billijkheidstheorie van Adams (1965) hieraan toegevoegd. Deze theorie is gebaseerd op de rationele-keuze-theorie maar voegt daar ook iets aan toe, namelijk een oordeel over de eigen situatie nadat de keuze is gemaakt. Allereerst wordt het onderzoek van Groenewegen (1985) besproken, die op basis van de rationele-keuze-theorie een verklaring heeft gegeven voor de locatiekeuze van Nederlandse huisartsen. Het gaat hierbij om de geografische locatie: vestiging in een stad of op het platteland. Vervolgens wordt het onderzoek van Wolinsky (1982) besproken, die, eveneens uitgaande van de rationele-keuze-theorie, een verklaring heeft gegeven voor de keuze voor een bepaalde praktijkvorm aan de hand van verschillende praktijkenmerken. Omdat de beroepsgroep van verloskundigen voornamelijk uit vrouwen bestaat, terwijl zowel het onderzoek van Groenewegen als dat van Wolinsky uitgaat van mannelijke artsen, is aan de hand van het onderzoek van Kortenhoeven (1990) en dat van Keizer (1997) nagegaan in hoeverre man-vrouw-verschillen een rol spelen bij de keuze voor een bepaalde vestiging. Tot slot wordt de 'Billijkheidstheorie' van Adams (1965) besproken. Deze theorie gaat een stap verder dan de rationele-keuze-theorie, door, naast de persoonlijke afweging van de plus- en minpunten van een bepaalde keuze (investeringen en opbrengsten), ook de eigen positie ten opzichte van anderen er bij te betrekken. Elke paragraaf wordt besloten met een bespreking van de relevantie van de gevonden verklaringen voor de beroepsgroep van verloskundigen. Tot slot worden enkele verwachtingen geformuleerd die in de volgende hoofdstukken getoetst zullen

worden met behulp van vragenlijst-onderzoek onder verloskundigen die na 1994 in Nederland zijn afgestudeerd of gelijkstelling hebben gekregen.

2.2 GEOGRAFISCHE LOCATIE

2.2.1 Inleiding

In 1985 heeft Groenewegen onderzoek verricht naar de factoren die een rol spelen bij de locatiekeuze van huisartsen en naar de motieven die zij hebben voor hun keuze. Daarbij baseerde hij zich op de rationele-keuze-theorie. Het uitgangspunt van deze theorie is dat iedereen streeft naar 'welzijn' en 'aanzien'. Wanneer een keuze gemaakt moet worden, zal iemand, na een afweging van investeringen en opbrengsten, dat alternatief kiezen waarvan hij verwacht dat het hem het hoogste nut (in termen van welzijn en aanzien) zal opleveren. Groenewegen heeft deze doelen waarnaar men streeft 'vertaald' naar de situatie van Nederlandse huisartsen om zo hun locatiekeuze te verklaren.

'Welzijn' heeft twee betekenissen. Enerzijds heeft het begrip betrekking op materieel welzijn, in de zin van de mogelijkheid om (voldoende) inkomen te verwerven en het gewenste aantal uren te werken. Anderzijds heeft het betrekking op psychologisch en fysiek welzijn in de zin van een prettige woon- en leefomgeving. 'Aanzien' heeft betrekking op de maatschappelijke positie die samenhangt met het beroep en is te omschrijven als de erkenning door beroepsgenoten en de mogelijkheid om professionele contacten te onderhouden.

Alle mensen streven naar welzijn en aanzien maar die doelen op zich zijn niet voor iedereen even belangrijk. Dat verklaart waarom de één kiest voor de ene vestigingslocatie en de ander voor een andere locatie. Toch staat materieel welzijn meestal wel op de voorgrond. 'De mogelijkheden om een goed inkomen te verwerven zijn van groter belang dan de aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving en de professionele contacten' (Groenewegen 1985). Dit is niet omdat iedereen evenveel waarde hecht aan geld, maar omdat het beschikken over geld de mogelijkheid biedt om andere persoonlijke doelstellingen te verwezenlijken.

Naast de factoren die de keuze positief beïnvloeden, zijn er volgens Groenewegen ook enkele factoren die de keuze beperken. Ten eerste wordt de hoeveelheid beschikbare hulpmiddelen om de vestiging te verwezenlijken zoals financiële middelen, (professionele) contacten en de hoeveelheid (werk)ervaring als een beperking gezien. Ten tweede kan het gedrag van de reeds gevestigde beroepsbeoefenaren een beperking vormen: de ruimte die gegeven wordt voor een nieuwe vestiging.

2.2.2 Materieel welzijn: de mogelijkheid om een inkomen te verwerven

De mogelijkheden tot inkomensverwerving zijn voor een huisarts groter naarmate het aantal inwoners in een gebied groter is, rekening houdend met het aantal huisartsen dat al in dat gebied werkzaam is. Er is dus een verband tussen bepaalde kenmerken van een gebied, zoals inwoneraantal, en de mogelijkheden tot inkomensverwerving. Ook de manier waarop de inwoners verzekerd zijn en de hoogte van hun inkomen zijn (voor huisartsen) van belang bij de mogelijkheden tot inkomensverwerving. Groenewegen heeft daarover het volgende geschreven: 'Een huisarts heeft een andere honorering voor particuliere patiënten dan voor ziekenfonds patiënten. De mogelijkheden tot inkomensverwerving voor huisartsen zijn groter in gebieden, waar het percentage particuliere patiënten en het gemiddelde inkomen van de patiënten hoger

is '. Naast het 'gewone' huisartsenwerk voor de inwoners van een bepaald gebied, kan een huisarts nog andere functies en diensten op zich nemen om zijn inkomen te maximaliseren. Het verlenen van verloskundige zorg, geneesmiddelenvoorziening en geneeskundige hulp aan passanten bijvoorbeeld. Met betrekking tot het verlenen van verloskundige zorg schrijft Groenewegen (1985): 'Op het gebied van verloskundige hulp zijn huisartsen, verloskundigen en gynaecologen actief. Voor de normale bevallingen die thuis plaatsvinden zijn huisartsen en verloskundigen elkaars concurrenten. Er is een grotere mogelijkheid op inkomensverwerving voor huisartsen, indien er geen verloskundigen gevestigd zijn en de huisarts deze zorg voor zijn of haar rekening kan nemen'.

Op een zelfde manier zijn de mogelijkheden tot inkomensmaximalisatie voor een huisarts groter in gebieden waar minder apothekers zijn en meer passanten verblijven.

Bij het streven naar materieel welzijn is niet alleen de hoogte van het inkomen belangrijk, maar ook het aantal uren dat daarvoor gewerkt moet worden. Door te kiezen voor een bepaald soort praktijk kan de huisarts dat tot op zekere hoogte zelf bepalen. Hierop wordt teruggekomen in de paragraaf 'praktijkenmerken'.

2.2.3 Psychologisch en fysiek welzijn: prettige woon- en leefomgeving

Groenewegen (1985) onderscheidt vijf regio-kenmerken die de relatieve aantrekkelijkheid van een woon- en leefomgeving bepalen:

1. de mate van verstedelijking, dat wil zeggen: de aanwezigheid van voorzieningen als winkels, scholen en uitgaansgelegenheden.
2. de landschappelijke kenmerken.
3. de kwaliteit van het fysisch milieu.
4. de ruimte en keus op de woningmarkt.
5. de mentaliteit van de bevolking.

De aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving is groter in gebieden waar het voorzieningenniveau groter is. Ook is de aantrekkelijkheid groter wanneer er een groter deel door natuurgebied en park wordt ingenomen, zodat een geringer deel door industriële bestemmingen kan worden ingenomen. Naarmate het gebied aantrekkelijker is, zullen de kosten om zich daar te vestigen hoger zijn.

Naast de vijf regio-aspecten, die Groenewegen in zijn onderzoek naar voren brengt, is er ook een persoonlijk aspect te onderkennen. Namelijk, de aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving wordt groter gevonden in gebieden die men (goed) kent. Door Kazanjian (1996) is ook onderzoek verricht naar de locatiekeuze van artsen. Daaruit bleek dat artsen, naast het rekening houden met de mening van de partner, ook rekening houden met de mogelijkheid te wonen en te leven in een voor hen bekende omgeving. De manieren, waarop de bekendheid tot stand kan zijn gekomen, zijn zeer verschillend. Een bekende omgeving is bijvoorbeeld de omgeving waar de arts is opgegroeid of de omgeving waar hij of zij ervaring heeft opgedaan gedurende stages of waarnemingen. Het bekend zijn met de omgeving betekent dat er daar een sociaal netwerk is opgebouwd. Hierbij kan men denken aan familie, vrienden en kennissen, maar ook aan professionele netwerken. Kortenhoeven (1990) heeft in haar onderzoek laten zien dat men bij het zoeken naar een vestigingslocatie gebruikt maakt van zijn of haar professionele netwerken.

2.2.4 Professioneel aanzien: erkenning door beroepsgenoten

Onder 'erkenning door beroepsgenoten' kan men verstaan; de mogelijkheid om professionele contacten te onderhouden met collega-(huis)artsen. Deze mogelijkheid neemt toe naarmate er meer of grotere ziekenhuizen in de nabijheid zijn, naarmate een groter percentage van de huisartsen lid is van Nederlands Huisartsen Genootschap en naarmate er een groter aanbod aan nascholingscursussen is (Kortenhoeven 1990). In regio's waar deze mogelijkheden om professionele contacten te onderhouden groter zijn, zijn ook de mogelijkheden om op de hoogte te blijven van het eigen vakgebied groter. Daarmee is tevens de kans op erkenning door beroepsgenoten toegenomen. Huisartsen zullen zich daarom eerder vestigen in regio's waar die mogelijkheid om professionele contacten te onderhouden groter zijn. De mogelijkheden om professionele contacten te onderhouden is moeilijker in gebieden met een kleine huisartsendichtheid (Groenewegen 1985).

2.2.5 Relevantie voor verloskundigen

Bovenstaande onderzoeksresultaten zijn afkomstig uit onderzoek bij (huis)artsen. De situatie van verloskundigen is maar deels vergelijkbaar met die van artsen en het is dus de vraag of voor verloskundigen dezelfde of andere factoren een rol spelen bij de keuze van een vestigingsplaats.

De mogelijkheid om een inkomen te verwerven hangt voor verloskundigen, net als voor huisartsen, samen met het inwoneraantal. Maar, anders dan voor huisartsen, is niet het totaal aantal inwoners van belang, maar het aantal vrouwen in de leeftijd van 15 tot en met 39 jaar in de bevolking. Dit geeft een maat voor de verloskundigendichtheid. Is in een gebied de verloskundigendichtheid laag, dat wil zeggen: zijn er veel vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige, dan is er in principe ruimte voor meer verloskundigen. In de regio's met een lage verloskundigendichtheid wordt echter een deel van de verloskundige zorg door huisartsen verleend. Dit kan voor een verloskundige die zich daar wil vestigen een belemmerende factor zijn. Ook als de regio erg dun bevolkt is kan dat voor verloskundigen een belemmerende factor zijn, omdat er dan onvoldoende cliënten binnen een bereikbare afstand zijn om een acceptabel inkomen te verwerven.

Het aantal particuliere cliënten heeft voor verloskundigen niet dezelfde betekenis voor het inkomen als voor huisartsen. Er worden voor verloskundige zorg weliswaar verschillende deeltarieven gehanteerd door de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars, maar voor de volledige zorg zijn de verschillen niet groot.

De mogelijkheid van verloskundigen om hun inkomen te vergroten door andere functies en diensten aan te bieden is beperkter dan die van huisartsen. Alleen het verlenen van verloskundige zorg aan passanten geeft die mogelijkheid. Net als huisartsen kunnen verloskundigen wel kiezen voor een bepaalde praktijkvorm en hebben daarmee in zekere mate invloed op het aantal uren dat ze (willen) werken.

Ten aanzien van de aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving, kan aangenomen worden dat voor verloskundigen dezelfde aspecten een rol spelen als voor huisartsen. Dit geldt zowel voor de regio-kenmerken als voor de bekendheid met een bepaalde omgeving.

Ook de mogelijkheden om professionele contacten te onderhouden zijn voor verloskundigen vergelijkbaar met die van huisartsen. Professionele contacten worden zowel onderhouden met beroepsgenoten als met huisartsen en gynaecologen. In de overweging om zich in een bepaalde regio te vestigen zal dus de nabijheid van een ziekenhuis en daarmee de mogelijkheid tot multi-

disciplinair overleg een rol spelen. Ook lidmaatschap van de beroepsorganisatie (in 1999 was 92% van de werkzame verloskundigen lid van de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, KNOV) en deelname aan verloskundige kringen (regionaal overleg) vergroten de mogelijkheid tot professionele contacten.

2.3 PRAKTIJKKENMERKEN

2.3.1 Inleiding

Elke praktijkvorm heeft haar eigen specifieke praktijkkenmerken. Deze praktijkkenmerken trekken een bepaald type persoonlijkheid aan. Zo is bijvoorbeeld een groepspraktijk voor iemand die wil samenwerken met directe collega's, aantrekkelijker dan een solopraktijk. Wolinsky (1982) heeft in Amerika onderzoek gedaan naar samenhang tussen de praktijkvorm en het type persoonlijkheid van artsen. Zijn onderzoek is gebaseerd op onderzoek van Freidson, die drie verschillende praktijkvormen onderscheidt, te weten: een solopraktijk, een kleine groepspraktijk (2-7 collega's) en een grote groepspraktijk (8 of meer collega's). Deze drie praktijkvormen hebben verschillende praktijkkenmerken. Freidson legde de nadruk op de mate van autonomie. Kortenhoeven (1990) omschrijft professionele autonomie als een bepaalde mate van vrijheid: 'De zelfstandigheid van (huis)artsen ligt in de vrijheid om naar eigen goeddunken met patiënten om te gaan en de praktijk naar eigen inzicht te voeren, voor zover formele regelingen dat toelaten'. Deze vrijheid kan in meer of mindere mate worden ingeperkt door de praktijkvorm, waarin artsen werken. Wolinsky (1982) voegde aan de mate van autonomie de bedrijfsvoering en de regeling van de diensten toe. Volgens Wolinsky komen artsen in aanraking met deze verschillende kenmerken door ervaringen gedurende en na de opleiding. Artsen zullen zoeken naar een praktijk, waarbij aan de meeste van hun wensen is voldaan. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de mate van autonomie, de bedrijfsvoering en de regeling van diensten in verschillende praktijkvormen.

2.3.2 Solopraktijk

In een solopraktijk is de mate van autonomie het grootst. De praktijkvoerder werkt in principe alleen en is de enige die beslissingen neemt en verantwoordelijkheid heeft omtrent de praktijk(voering). Er zijn geen directe collega's aanwezig aan wie hij of zij een verklaring dient af te leggen voor zijn of haar handelen. De praktijkvoerder is ook de enige met wie de patiënt te maken krijgt als deze de arts bezoekt, zodat de mogelijkheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen groot is (Wolinsky 1982).

Wat betreft de bedrijfsvoering geldt dat de inkomsten alleen door de praktijkvoerder worden verdiend en de kosten van de praktijk niet door meerderen worden gedeeld. Winst of verlies van een praktijk komt volledig ten goede of ten laste van de praktijkvoerder. Daarnaast is er weinig of geen tijd nodig voor overleg en overdracht, aangezien de praktijkvoerder in principe de enige is die de beslissingen neemt en die dienst heeft.

De diensten komen ook volledig op de schouders van de praktijkvoerder, aangezien de praktijkvoerder de enige is die de praktijk voert. De mogelijkheid om samen te werken met directe collega's is vrijwel nihil. Afwezigheid wegens ziekte of vakantie moet geregeld worden door waarnemers. De variaties in het dienstrooster van een solopraktijk zijn gering.

2.3.3 Kleine groepspraktijk

Bij een kleine groepspraktijk neemt de mate van autonomie iets af in vergelijking met een solopraktijk. De vrijheid om naar eigen inzicht om te gaan met patiënten is in deze praktijkvorm minder groot. De mening van de mede-praktijkvoerders moet namelijk gerespecteerd worden (Wolinsky 1982). De relatie die men met de patiënten opbouwt, is mogelijk iets minder vertrouwelijk, omdat de patiënt ook te maken kan krijgen met één of meer van de collega-praktijkvoerders.

Als een arts medische verantwoordelijkheid hoog in het vaandel heeft, dan verwacht Wolinsky (1982) dat deze arts eerder kiest voor een groepspraktijk, aangezien collega's een vorm van kwaliteitscontrole uitoefenen. Bij een groepspraktijk is meer sprake van 'collegiale toetsing'. De arts moet verantwoording af leggen voor zijn of haar doen en laten op medisch en relationeel niveau.

In een (kleine) groepspraktijk kan de bedrijfsvoering met meerdere personen gedeeld worden, wat betekent dat ook de inkomsten gedeeld worden. Tevens bestaat de mogelijkheid om de kosten van faciliteiten en aanvullend personeel te delen. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan computers en administratieve medewerkers. Om openheid te krijgen in de bedrijfsvoering, heeft men te maken met meer officiële documenten dan in een solopraktijk. Deze openheid gaat ten koste van de mate van autonomie. Naast het delen van de inkomsten en de kosten kan men in een kleine groepspraktijk de taken verdelen. Een arts neemt bijvoorbeeld de contacten met de specialisten-vereniging voor zijn of haar rekening en een andere collega de behandeling van de klachten.

In een dienstrooster van een groepspraktijk zijn meer variaties mogelijk dan in een solopraktijk. De mogelijkheden en variaties in een rooster nemen toe naar mate het aantal collega's toeneemt. Groepspraktijken trekken artsen aan die een regelmatigere en consistente regeling van de diensten wensen. Meer vrouwen kiezen daarom voor een groepspraktijk. Hier wordt bij man-vrouw-verschillen op teruggekomen. Door de grotere flexibiliteit in het rooster is de mogelijkheid dat de patiënt te maken krijgt met één van de collega-praktijkvoerders bij een kleine groepspraktijk groter dan bij een solopraktijk.

2.3.4 Grote groepspraktijk

De mate van autonomie is bij een grote groepspraktijk nog verder afgenomen dan bij de kleine groepspraktijk het geval was. Er zijn meer collega's met wie men samenwerkt en aan wie men een verklaring over de manier van handelen moet afleggen. Door de grootte van de groepspraktijk kunnen er meerdere medewerkers worden aangetrokken, bijvoorbeeld telefonistes, secretaresses en financieel deskundigen. Hierdoor wordt de bedrijfsvoering gecompliceerder. Wanneer eventuele veranderingen en beslissingen doorgevoerd moeten worden, moet er een langere bureaucratische weg afgelegd worden. Meer collega's betekent over het algemeen een stijgende productiviteit en efficiëntie, maar (te) veel collega's kan leiden tot een afnemende productiviteit en efficiëntie. Bij een grote groepspraktijk bestaat de mogelijkheid dat men te maken krijgt met een te uitgebreide vorm van samenwerking. Dit kan leiden tot efficiëntie- en kwaliteitsvermindering en dus tot lagere inkomsten.

De flexibiliteit in het rooster is bij een grote groepspraktijk het grootst. Maar als het overleg en de overdracht niet efficiënt geregeld zijn, kan bij een grote groepspraktijk de duur van het overleg en de overdracht onevenredig lang zijn.

Wolinsky (1982) concludeert: 'Artsen kunnen enerzijds samenwerken in de vorm van groeps-

praktijken of associaties om de tirannie van de patiënten te minimaliseren, anderzijds alleen werken om de tirannie van collega's te minimaliseren.'

2.3.5 Relevantie voor verloskundigen

Volgens Freidson maken artsen, door middel van stages en waarnemingen, kennis met verschillende praktijkkenmerken. Verloskundigen kunnen op dezelfde manier tijdens en na de studie kennis maken met verschillende, merendeels eerstelijns, praktijkvormen. Naarmate de wens voor autonomie groter is, zal de verloskundige zich kleiner of zelfs solo vestigen. Is de wens voor samenwerking groter dan zal de verloskundige zich eerder vestigen in een groepspraktijk.

De invloed van de praktijkvorm (solo- duo- of groepspraktijk) op de bedrijfsvoering is bij verloskundigen niet anders dan bij huisartsen. Alleen een praktijk in een gezondheidscentrum kan wat dit betreft een uitzondering vormen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de bedrijfsvoering voor het gezondheidscentrum als geheel geregeld is, maar het kan ook zijn dat elke discipline in het gezondheidscentrum zijn eigen bedrijfsvoering heeft.

Met betrekking tot de regeling van diensten kan verwacht worden dat groepspraktijken aantrekkelijker zijn dan solo- of duo-praktijken, aangezien er in een groepspraktijk een grotere variatie in het dienstrooster mogelijk is en er afspraken gemaakt kunnen worden over bereikbaarheid en vrije tijd.

Taakdifferentiatie in een verloskundige groepspraktijk is mogelijk, maar zal vooral betrekking hebben op niet-patiënt-gebonden activiteiten, zoals administratie en externe contacten. De verdeling van het aantal diensten en het soort diensten is meestal gekoppeld aan de grootte van het praktijkaandeel. Een grote groepspraktijk in de vorm zoals Wolinsky beschreef, zal weinig voorkomen bij verloskundige praktijken, vanwege de onpraktische grootte van het cliëntenbestand. In zo'n geval wordt vaak het cliëntenbestand gesplitst, zodat diensten daarop aangepast kunnen worden en de werkbaarheid wordt vergroot.

Deze verschillende praktijkkenmerken hebben ieder een eigen aantrekkingskracht op een bepaald type persoonlijkheid. Verloskundigen zullen, net als huisartsen, zoeken naar een praktijkvorm, waarbij zij verwachten dat de meeste van hun wensen vervuld zullen worden.

2.4 MAN - VROUW VERSCHILLEN

2.4.1 Inleiding

Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat vrouwen het belang van bepaalde investeringen en opbrengsten anders waarderen dan mannen. Er is door Kortenhoeven (1990) en Kazanjian (1996) onderzoek verricht naar het verschil in sekse en de vestigingskeuze van (huis)artsen. Kortenhoeven heeft haar onderzoek gebaseerd op het onderzoek naar de locatiekeuze van huisartsen van Groenewegen (1985) en baseert haar bevindingen ook op de rationele-keuzetheorie. Haar bevindingen wijzen erop dat mannen en vrouwen een verschillend belang hechten aan investeringen en opbrengsten.

Uitgangspunt is dat verschillen in het belang dat aan bepaalde doelen gehecht wordt, gebaseerd zijn op heersende waarden en normen (Kortenhoeven 1990). In deze waarden en normen zijn verschillende rollen aan de man en vrouw toegeschreven. Voor de vrouw wordt de prioriteit gelegd bij de huishoudelijke- en gezinstaken. Voor de man ligt deze voornamelijk in het

verwerven van het gezinsinkomen (Kortenhoeven 1990). Keizer heeft in 1997 onderzoek verricht naar professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen en in haar motivatie voor haar onderzoek schrijft zij over deze heersende normen en waarden het volgende: "...Ik ging ervan uit dat het een achterhaald beeld betrof. Ik verwachtte dat voor vrouwen in de jaren '90 dergelijke traditionele invloeden geen rol meer zouden spelen". Voor de hoger opgeleiden lijkt deze traditionele taakverdeling in eerste instantie inderdaad achterhaald. Uit het onderzoek van Keizer (1997) blijkt dat hoog opgeleide vrouwen vaker deelnemen aan het arbeidsproces. Wanneer men echter kijkt naar de keuzes van specialismen en carrières van vrouwelijke basisartsen dan blijkt dat deze toch zo gemaakt zijn, dat er rekening is gehouden met de wensen en eisen van huishoudens en kinderen. Dit komt ook naar voren uit onderzoek naar deeltijdwerken onder artsen van Heiligers, Hingstman en Marré, in 1997. Hieruit blijkt dat vrouwelijke artsen vaker in deeltijd werken dan mannelijke artsen. Door de overgrote meerderheid van de vrouwelijke artsen wordt 'gezinsomstandigheden' als reden opgegeven. Mannelijke basisartsen geven wel aan dat de verantwoordelijkheid voor huishouden en kinderen voor een belangrijk deel op henzelf zou moeten rusten, maar slechts één op de vijf laat deze visie meewegen in zijn keuze voor een specialisatie en carrière (Keizer 1997). Verondersteld kan worden dat deze (carrière)keuzes gemaakt worden op basis van heersende waarden en normen. Hoewel de afgelopen jaren wel verandering is opgetreden in de waarden en normen, vormt deze taakverdeling als het op keuzes aankomt, dus nog steeds het gangbare patroon. In het licht van deze nog steeds heersende waarden en normen worden door Kortenhoeven (1990) en Kazanjian (1996) de verschillen in de mate van belang dat aan het streven naar specifieke doelen gehecht wordt, tussen mannen en vrouwen verklaard. Ondanks dat er in de laatste tien jaar misschien een lichte verschuiving heeft plaatsgevonden, kunnen de gegevens uit het onderzoek van Kortenhoeven toch relevant zijn voor deze literatuurstudie met betrekking tot de mate van belang van het bereiken van specifieke doelen. Eerst wordt de keuze in verband met de geografische locatie in dit perspectief besproken en vervolgens de keuze voor verschillende praktijkenmerken.

2.4.2 Geografische locatie en man-vrouw-verschillen

In het heersende patroon van waarden en normen worden mannen voornamelijk gezien als de verwerper van het gezinsinkomen. Tegenwoordig zijn er in Nederland steeds meer vrouwen met een inkomen, maar dat inkomen wordt nog vaak als aanvulling gezien op het inkomen van de man. Mannelijke huisartsen hebben vaker een niet- of lager verdienende partner dan vrouwelijke huisartsen. Als de hoogte van het inkomen van de verdienende partner wordt bekeken, dan valt op dat de verdienende partner van mannelijke artsen slechts in zes procent van de gevallen meer verdient. Bij de vrouwelijke artsen verdient bijna zeventig procent van de verdienende partners meer dan de arts zelf (Keizer 1997).

Zo kan verwacht worden dat het gezinsinkomen van een mannelijke huisarts met partner gemiddeld lager is dan dat van een vrouwelijke huisarts met partner (Kortenhoeven 1990). De rol van een verdienende partner is voornamelijk financiële zekerheid. De mannelijke huisarts heeft dus minder financiële zekerheid dan een vrouwelijke huisarts, waardoor het belang van het inkomen veel zwaarder weegt voor mannelijke dan voor vrouwelijke huisartsen.

'Volgens de gangbare rolopvattingen heeft de beroepsarbeid van de man een hogere prioriteit dan die van de vrouw' (Kortenhoeven 1990). Dit kan invloed hebben op de gebondenheid aan een bepaalde plaats of streek vanwege de (beroeps)werkzaamheden van de partner. Vrouwelijke huisartsen hebben vaker een partner die beroepsarbeid verricht dan mannelijke huisartsen.

Kortenhoeven verwacht daardoor dat vrouwelijke huisartsen met partner vaker het gebied, waarbinnen zij zoeken naar een praktijk, inperken vanwege de werkzaamheden van de partner dan de gehuwde mannelijke huisarts. Uit onderzoek van Keizer (1997) bleek deze verwachting te kloppen. Enkele vrouwelijke artsen namen een aanbieding voor een 'mooie baan' niet aan, omdat de verdienende partner elders werk kon krijgen.

Volgens Kortenhoeven (1990) is het bekend dat vrouwen meer status ontlelen aan het beroep van de echtgenoot dan omgekeerd. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen 'beroepsmatige' status zoals Groenewegen (1985) het benaderde en de 'maatschappelijke' status. Groenewegen ging meer uit van aanzien bij beroepsgenoten zelf, de erkenning door beroepsge-noten. Mannen zijn op minder bronnen aangewezen om hun 'maatschappelijke' status te ver-krijgen dan vrouwen. Voor mannen is het eigen beroep de mogelijkheid tot een 'beroepsmatige' status en daardoor een groot deel van hun 'maatschappelijke' status. Vrouwen daarentegen ontlelen hun 'maatschappelijke' status zowel aan hun eigen beroep als aan het beroep van hun partner. Zouden vrouwelijke huisartsen afzien van beroepsuitoefening dan zouden zij 'maatschappelijke' status kunnen ontlelen aan het beroep van hun partner. Voor mannen geldt dit in veel mindere mate en vervult 'beroepsmatige' status voor mannelijke huisartsen een veel belangrijker rol dan voor de vrouwelijke.

2.4.3 Praktijkenmerken en man-vrouw-verschillen

Sekse-verschillen zijn niet direct gerelateerd aan een type praktijk. Toch zijn er praktijkenmerken die met name door vrouwen aantrekkelijk gevonden worden. Eerder is besproken hoe de mate van autonomie afneemt met het toenemen van het aantal collega's. In een solopraktijk is de praktijkvoerder zelfstandiger en autonomer dan in een groepspraktijk. Over het verschil in de waardering van autonomie tussen mannen en vrouwen is in de onderzoeksliteratuur geen expli-ciete uitspraak gedaan.

De mogelijkheid om een adequaat inkomen te verwerven zal voor huisartsen in een groepsprak-tijk makkelijker te verwezenlijken zijn dan in een solo- of duo-praktijk, mits er voldoende werk is, dat wil zeggen, voldoende patiënten in een gebied dat wat betreft omvang acceptabel is. De kosten van de bedrijfsvoering kunnen worden gedeeld en de productiviteit en efficiëntie van de praktijk kan stijgen bij een juiste verdeling van taken en tijd. Het gedeelde risico en de verdeling van taken zijn aantrekkelijk voor vrouwelijke huisartsen.

Door de gebruikelijke taakverdeling tussen mannen en vrouwen kan een mannelijke huisarts meestal rekenen op achterwacht-hulp van zijn partner, wat kosten bespaart. Vrouwelijke huis-artsen moeten daarentegen vaak rekening houden met extra kosten voor de regeling van de achterwacht. De partner van een vrouwelijke huisarts zal minder vanzelfsprekend de achter-wachtfunctie op zich nemen. Dit zowel vanwege de rol-verwachtingen als ook vanwege de grotere kans op beroepswerkzaamheden van de partner, waardoor hij niet in staat is deze taak op zich te nemen. De kosten van achterwachtingen zullen het hoogst zijn in de soloprak-tijk, er is dan geen collega met wie de achterwacht-kosten gedeeld kunnen worden. Dit maakt groepspraktijken, waarbij dit wel het geval is, aantrekkelijker voor vrouwen.

De regeling van de diensten en daarmee de tijd die overblijft naast de beroepsarbeid is een van de eerdergenoemde praktijkenmerken. Bij solo- of duo-praktijken is de ruimte in het dienst-rooster beperkt en is de werkelijk vrij besteedbare tijd niet gegarandeerd. In dat geval is het mogelijk dat er geen achterwachtingen zijn en de huisarts in zijn of haar 'vrij besteedbare tijd' moet bijspringen. Hoe groter de praktijk des te meer ruimte er is voor een flexibel dienstrooster.

De 'vrij besteedbare tijd' is dan werkelijk vrij. Dit komt omdat de grotere ruimte het mogelijk maakt achterwachten te regelen. De achterwacht kan bijspringen als de dienstdoende arts de drukte niet alleen aan kan.

Vrouwelijke huisartsen met partner hebben minder werkelijk 'vrij besteedbare tijd' dan hun mannelijke collega's. 'De zorg en aandacht van een vrouwelijke huisarts moet zij voortdurend verdelen tussen haar patiënten en haar gezin.' (Kortenhoeven 1990). Dit zal ertoe leiden dat vrouwen aan de doelstelling 'vrij besteedbare tijd' een hoger belang zullen toekennen. Wanneer er gekeken wordt hoe vrouwelijke artsen hun 'vrij besteedbare tijd' willen besteden dan valt op dat bijna alle 'moeders' in eerste instantie dit aan hun kinderen wil besteden, tegenover een derde van de mannelijke artsen die vader zijn (Keizer 1997).

2.4.4 Rol van de mening van de partner

Door Kazanjian (1996) is onderzoek verricht naar de vestigingslocatiekeuze van artsen. Hij heeft rangordes van wensen en eisen van vestiging opgesteld voor artsen en hun partners. Hieruit blijkt dat artsen in het algemeen bij de keuze van hun vestigingslocatie als eerste rekening houden met de wens(en) van de partner. In zijn onderzoek komen inkomen, leefbaarheid van de omgeving en aanzien op een lagere plaats dan de mening van de partner. Dus het belang dat gehecht wordt aan de mening van de partner is heel groot.

'De mening van de partner ten opzichte van de beroepsarbeid van de vrouw is waarneembaar door zijn houding' aldus Kortenhoeven (1990). Uit onderzoek blijkt dat afkeurende houdingen van mannen een remmende invloed hebben op het verrichten van beroepsarbeid van hun partners (Kortenhoeven 1990; Van Doorne-Huiskes 1979). Deze afkeurende houding zal een vrouwelijke arts tevens eerder tot een keuze voor een groepspraktijk sturen, aangezien daarin een grotere hoeveelheid vrij besteedbare tijd gegarandeerd is.

2.4.5 Relevantie voor verloskundigen

Uit de onderzoeksliteratuur komt naar voren dat het belang van investeringen en opbrengsten anders wordt gewaardeerd door vrouwen dan door mannen. Verloskundigen (de beroepsgroep bestaat voor 97% uit vrouwen) hebben, net als vrouwelijke huisartsen, te maken met de heersende waarden en normen en met de diverse rollen die hen zijn toegeschreven. Bijvoorbeeld de rol als praktiserend verloskundige, partner, moeder en diegene die de zorgtaken voor haar rekening neemt. Dit betekent dat veel van de hierboven beschreven factoren die voor vrouwelijke (huis)artsen van belang zijn gebleken, ook voor verloskundigen van toepassing zijn.

Het is aannemelijk dat veel verloskundigen, net als vrouwelijke huisartsen, een verdienende partner hebben. Dit maakt het belang van de hoogte van het inkomen iets minder groot voor vrouwelijke dan voor mannelijke verloskundigen. Ten aanzien van het gebied waarin verloskundigen werk zoeken, kan men verwachten dat door de werkzaamheden van de partner de keuze van het gebied wordt beperkt. Het belang van de beroepsstatus lijkt voor verloskundigen minder groot dan voor (mannelijke) artsen. Zij ontleen een deel van hun maatschappelijke status aan de beroepsuitoefening en een deel van hun status aan het beroep van hun partner.

Met name kenmerken van een groepspraktijk zijn voor verloskundigen aantrekkelijk. De verdeling van de taken, regeling van diensten en de mate van samenwerking zijn voordelig, omdat dit de 'vrij besteedbare tijd' vergroot. Het belang van 'vrij besteedbare tijd' is voor verloskundigen

groot, aangezien zij net als vrouwelijke artsen diverse rollen moeten vervullen, waardoor hun werkelijke vrije tijd schaars wordt.

2.5 DE 'BILLIJKHEID' VAN DE WERKSITUATIE

2.5.1 Inleiding

Groenewegen (1985) gaat uit van de rationele-keuze-theorie. Deze theorie gaat ervan uit dat, voorafgaand aan een keuze, een afweging wordt gemaakt van investeringen en opbrengsten. Men zal kiezen voor het alternatief dat het hoogst verwachte nut oplevert. Dit is ook terug te vinden in de billijkheids-theorie van Adams (1965). Adams gaat ook uit van een afweging van investeringen en opbrengsten en gaat nog een stap verder door de afweging van de eigen investeringen en opbrengsten te vergelijken met de inschatting die men maakt van de investeringen en opbrengsten van een ander. Een ander kan een ander individu zijn, maar kan ook de persoon zelf zijn, in een andere (eerdere) functie, waarbij men een vergelijking kan maken tussen investeringen en opbrengsten in het verleden en die in het heden (Adams 1965).

2.5.2 Investerings en opbrengsten

De billijkheids-theorie van Adams is gebaseerd op het idee van sociale uitwisseling. Diensten, producten of kennis (investeringen) worden aangeboden in de verwachting dat er een eerlijke ruil (opbrengst) tegenover staat, ervan uitgaande dat men streeft naar een situatie die voor iedereen het meest billijk, rechtvaardig is. Centraal staan de 'investeringen': letterlijk geld, maar bijvoorbeeld ook opleiding, tijdsinvestering en motivatie, en de 'opbrengsten': letterlijk inkomen, maar bijvoorbeeld ook werkbevrediging, status en sociale contacten. Om een balans van investeringen en opbrengsten als billijk of als onbillijk te kunnen beoordelen moet men deze balans vergelijken met een andere norm of criterium. Dat wil zeggen dat noch de hoogte van de investeringen of de opbrengsten op zich, noch de verhoudingen daartussen bepalend zijn voor het gevoel van (on)billijkheid. Men ervaart een situatie pas als billijk of onbillijk na een vergelijking met zichzelf of een ander (van Dierendonck 1997). Men kan de vergelijking maken met een investeringen/opbrengsten balans die men persoonlijk als redelijk opvat, bijvoorbeeld die men verwachtte toen men de baan aanvaardde (andere tijd) of die men verwachtte in een andere plaats. Men kan ook een vergelijking maken met een andere persoon of andere personen, bijvoorbeeld directe collega's, studiegenoten of de partner. Uit die vergelijking volgt een tweetal mogelijke uitkomsten: een (on)billijke uitkomst van de vergelijking ten opzichte van zichzelf op een andere tijd of plaats, of een (on)billijke uitkomst ten opzichte van de ander met wie men zich vergelijkt, de 'vergelijkings-ander'.

De volgende formule schetst volgens Adams 'billijkheid':

$$\frac{O_p}{I_p} = \frac{O_a}{I_a}$$

waarbij de gebruikte termen het volgende betekenen:

O_p = de som van de opbrengsten van de persoon zelf

I_p = de som van de investeringen van de persoon zelf

O_a = de som van de opbrengsten van de 'vergelijkings'-ander

I_a = de som van de investeringen van de 'vergelijkings'-ander

'Onbillijkheid' wordt ervaren als de balans van de eigen investeringen en opbrengsten ongelijk is aan de balans van de persoon met wie men zich vergelijkt. Een situatie wordt dus als onbillijk beoordeeld als uit de vergelijking blijkt dat men slechter af is dan degene met wie men zich vergelijkt, maar ook als uit de vergelijking blijkt dat men (veel) beter af is dan degene met wie men zich vergelijkt. Een negatieve balans zal wel eerder als onbillijk ervaren worden dan een positieve balans.

Een voorbeeld kan dit duidelijk maken: iemand die op dit moment veel moet investeren, terwijl daar (nog) maar weinig opbrengsten tegenover staan, zal dat niet prettig vinden, maar dat zegt nog niets over de ervaren billijkheid of onbillijkheid. Als deze persoon de inschatting maakt dat de collega met wie hij zich vergelijkt eveneens veel moet investeren zonder dat daar veel opbrengsten tegenover staan, dan zal hij zijn situatie als billijk beschouwen. Pas als zijn inschatting is dat de collega naar verhouding meer opbrengsten heeft, terwijl hij minder investeert, dan zal hij de situatie als onbillijk beschouwen.

In geval van ervaren billijkheid zal men weinig of geen stappen ondernemen om de vergelijking te veranderen. Volgens Adams ontstaat er bij een onbillijke vergelijking ongenoegen en een motivatie om de vergelijking billijker, meer in evenwicht te maken. Dit is mogelijk door een zestal 'strategieën' (Adams).

1. Iemand kan zijn of haar investeringen aanpassen.
2. Iemand kan zijn of haar opbrengsten aanpassen.
3. Iemand kan de investeringen en opbrengsten opnieuw evalueren, de mate van belang ervan aanpassen.
4. Iemand kan de onbillijke situatie verlaten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim of het zoeken van een andere functie.
5. Iemand kan een poging doen om de investeringen en opbrengsten van iemand met wie hij of zij zich vergelijkt aan te passen, door daadwerkelijke aanpassing of een re-evaluatie.
6. Iemand kan ook diegene met wie hij of zij zich vergelijkt vervangen door een ander.

Men zal die strategie kiezen waarbij een minimalisatie van de investeringen en een maximalisatie van de opbrengsten mogelijk is, wat weer leidt tot de gewenste ervaren billijkheid.

Wat men precies als investeringen en opbrengsten ervaart is subjectief. Wat voor de één een investering is, kan voor iemand anders een opbrengst zijn, bijvoorbeeld samenwerking met een huisarts kan door één verloskundige gezien worden als investering, het kost tijd en energie, terwijl een andere verloskundige het ziet als een opbrengst, het levert iets op in de zin van tevredenheid en efficiëntie. 'De som van de investeringen' en 'de som van de opbrengsten' (zie formule) kan bestaan uit verschillende variabelen. Ook het belang dat men hecht aan de verschillende investering- en opbrengst-variabelen is subjectief en hangt samen met de ervaring die men heeft opgedaan en met de persoonlijkheid. Bijvoorbeeld de nabijheid van een ziekenhuis wordt door de ene verloskundige belangrijker geacht dan door een andere verloskundige. Daarom is het essentieel bij het bepalen van de billijkheid van een situatie, dat de respondenten zelf kunnen aangeven of bepaalde aspecten van het werk voor hen een investering of een opbrengst zijn (geweest) en hoe groot het belang van elk aspect is (geweest).

Tot slot dient er nog op gewezen te worden dat 'billijkheid' niet hetzelfde is als 'tevredenheid'. Iemand kan erg tevreden zijn over de eigen werksituatie en die toch als onbillijk ervaren, bijvoorbeeld als hij van mening is dat een ander met veel minder investeringen een zelfde opbrengst heeft. Iemand kan ook ontevreden zijn over de eigen werksituatie en die toch als billijk ervaren als hij van mening is dat anderen net zo veel moeten investeren om een zelfde opbrengst te krijgen.

2.6 VERWACHTINGEN TEN AANZIEN VAN DE VESTIGING VAN VERLOSKUNDIGEN

In deze literatuurstudie zijn verschillende factoren beschreven die een rol kunnen spelen bij vestiging van (huis)artsen. Deze factoren zijn enerzijds gerelateerd aan de geografische locatie van de vestigingsplaats, anderzijds aan de praktijkvorm. Steeds is aangegeven in hoeverre de betreffende factoren ook relevant kunnen zijn voor verloskundigen bij hun keuze voor een woon- en werksituatie. Omdat in de besproken onderzoeken impliciet uitgegaan is van mannelijke artsen, terwijl de beroepsgroep van verloskundigen vrijwel geheel uit vrouwen bestaat, is aanvullende informatie over man-vrouw-verschillen beschreven en in verband gebracht met de genoemde factoren die een rol spelen bij de keuze van een vestigingsplaats. Om een oordeel te kunnen geven over de waardering van verloskundigen van hun huidige werksituatie, zowel in vergelijking met hun keuze bij het verlaten van de opleiding als in vergelijking met de werksituatie van jaargenoten, is aansluiting gezocht bij de billijkheids-theorie van Adams.

Naar analogie van het onderzoek van Groenewegen kan verwacht worden dat verloskundigen zich het liefst daar vestigen waar ze een voldoende inkomen kunnen verwerven, waar ze een prettige woon- en leefomgeving vinden en waar voldoende mogelijkheden zijn voor professionele contacten. De mogelijkheid om een voldoende inkomen te verwerven is niet alleen afhankelijk van de verloskundigendichtheid van de regio, maar ook van de aanwezigheid van verloskundig actieve huisartsen. Wat gezien wordt als een prettige woon- en leefomgeving zal samenhangen met de gezinssamenstelling van de verloskundige en de werkzaamheden van de partner. De mogelijkheden voor professionele contacten zijn het grootst in regio's waar intensieve samenwerking bestaat tussen de verschillende beroepsgroepen die betrokken zijn bij de verloskundige zorgverlening. Dit betekent dat vestiging op het platteland aantrekkelijk is vanwege de lage verloskundigendichtheid, maar dat de mogelijkheid daartoe beperkt wordt door de bereidheid van verloskundig actieve huisartsen om een vestiging van een verloskundige te accepteren en door de beperkte mogelijkheden om voldoende cliënten te vinden binnen een bereikbare afstand. Vestiging in grote steden is aantrekkelijk vanwege de ruime mogelijkheden voor professionele contacten en het hoge voorzieningenniveau, wat voor een prettige woon- en leefomgeving zorgt. De grote-stadsproblematiek kan er echter toe leiden dat de woon- en leefomgeving als minder prettig wordt ervaren. Vestiging in de matig verstedelijkte gebieden heeft alle voordelen van een prettig woon- en leefklimaat, heeft voldoende mogelijkheden voor professionele contacten, maar heeft als nadeel dat de verloskundigendichtheid er al relatief hoog is.

Naar analogie van het onderzoek van Wolinski kan verwacht worden dat verloskundigen die autonomie erg belangrijk vinden voorkeur zullen hebben voor een solopraktijk, terwijl verloskundigen die samenwerking en onderlinge toetsing erg belangrijk vinden, eerder zullen kiezen voor een groepspraktijk. Bovendien zullen verloskundigen die veel belang hechten aan een regelmatige en consistente regeling van de diensten, met een duidelijke afbakening van werk en vrije tijd, de voorkeur geven aan een groepspraktijk.

Met de billijkheids-theorie van Adams kan een uitspraak gedaan worden over de mate waarin mensen hun eigen situatie als billijk of rechtvaardig beoordelen. De billijkheidstheorie stelt dat iemand een bepaalde situatie als onrechtvaardig (onbillijk) ervaart als de verhouding tussen (of balans van) eigen investeringen en opbrengsten afwijkt van wat men eerder verwachtte of van wat men bij een ander ziet. Bij het opmaken van de balans van de eigen investeringen en opbrengsten kan men zich ofwel vergelijken met zichzelf op een eerder tijdstip, ofwel met een ander, in vergelijkbare omstandigheden. Valt die vergelijking negatief uit, dan zal men zich achtergesteld voelen, valt de vergelijking positief uit, dan zal men zich bevoordeeld voelen. In

beide gevallen, maar eerder bij een negatieve uitkomst dan bij een positieve, zal getracht worden het evenwicht te herstellen. Dat kan op verschillende manieren: men kan de eigen investeringen aanpassen of de opbrengsten herwaarderen. Men kan ook de investeringen en opbrengsten van degene met wie men zich vergelijkt herwaarderen. Tot slot kan men ook besluiten om de onrechtvaardige situatie te verlaten.

Op grond hiervan is de verwachting dat verloskundigen, die hun huidige situatie als onbillijk ervaren, omdat de balans van investeringen en opbrengsten in negatieve zin is verschoven ten opzichte van de balans aan het begin van hun carrière, eerder geneigd zullen zijn om van werksituatie te veranderen dan verloskundigen voor wie de balans in positieve zin verschoven is of gelijk gebleven is en die daarmee hun huidige situatie als billijk ervaren. Ook verloskundigen die van mening zijn dat ze gemiddeld slechter af zijn dan collega's met wie ze zich vergelijken, zullen eerder dan anderen geneigd zijn om van werksituatie te veranderen, hetzij door een andere werkplek te zoeken, hetzij door meer of minder te willen werken. De invloed van de partner en eventueel kinderen kan daarbij zowel een versterkend als een remmend effect hebben.

3. METHODE

3.1 VERLOSKUNDIGEN-REGISTRATIE

registratie van werkzame verloskundigen

Het NIVEL beschikt sinds 1984 over een registratie van werkzame verloskundigen. Naast een aantal gegevens over verloskundigen zelf (geslacht, leeftijd, plaats van opleiding, datum van afstuderen) zijn in deze registratie gegevens opgenomen over de praktijk (vestigingsdatum, type praktijk, aantal collega's, praktijkadres e.d.). De jaarlijkse gegevensverzameling verloopt via schriftelijke enquêtes die rond 1 januari van het betreffende peiljaar verstuurd worden aan alle verloskundigen in Nederland die in de voorgaande peiling hadden aangegeven werkzaam te zijn als verloskundige en aan verloskundigen die gedurende het voorgaande jaar opnieuw als verloskundige zijn gaan werken na enige tijd niet als zodanig gewerkt te hebben. De schriftelijke gegevensverzameling wordt zo nodig aangevuld met telefonische gegevensverzameling.

De registratie levert informatie over het aantal werkzame verloskundigen en maakt het mogelijk een onderverdeling te maken naar soort functie en soort praktijk, leeftijdsopbouw en spreiding over Nederland. Bovendien geeft de registratie inzicht in de in- en uitstroom uit het beroep. Jaarlijks brengt het NIVEL een brochure uit: 'Cijfers uit de registratie van verloskundigen', waarin een samenvatting gepresenteerd wordt van de resultaten van de peiling (zie Hingstman & Wiegers 1999).

registratie van pas-afgestudeerde verloskundigen

Het NIVEL beschikt sinds 1986 ook over een registratie van pas-afgestudeerde en nog niet werkzame verloskundigen. De jaarlijkse gegevensverzameling verloopt via schriftelijke enquêtes die rond 1 januari van het betreffende peiljaar verstuurd worden aan alle verloskundigen in Nederland die in het voorgaande jaar de opleiding tot verloskundige voltooid hebben of een gelijkstelling hebben gekregen (voor zover bekend bij het Nivel) en aan alle verloskundigen die in de voorgaande peiling aangegeven hadden dat zij nog geen vaste werkkring hebben gevonden en nog op zoek zijn naar een praktijk. Ook deze schriftelijke gegevensverzameling wordt zo nodig aangevuld met telefonische gegevensverzameling.

Deze registratie levert informatie over het aantal werkzoekenden en hun wensen met betrekking tot het soort praktijk, de wijze van vestiging, de provincie en de soort gemeente waar ze zich zouden willen vestigen. Ongeveer 40% van de verloskundigen die jaarlijks nieuw op de arbeidsmarkt komen (na afstuderen of het verkrijgen van een gelijkstelling) blijkt zich op de eerstvolgende peildatum nog niet zelfstandig gevestigd te hebben. Een samenvatting van de resultaten van de peiling onder pas-afgestudeerde verloskundigen is opgenomen in de jaarlijkse NIVEL-brochure 'Cijfers uit de registratie van verloskundigen' (zie Hingstman & Wiegers 1999).

3.2 AANVULLENDE GEGEVENSVERZAMELING

Op basis van de in de registratie vastgelegde gegevens kan een beeld worden geschetst van het spreidingspatroon van verloskundigen: dat wil zeggen de spreiding van de beroepsgroep en de ontwikkeling daarin gedurende de afgelopen jaren. Omdat analyse van registratie-gegevens alleen geen antwoord kan geven op de achterliggende motieven van verloskundigen voor hun keuze voor een bepaalde vestigingsplaats, is gekozen voor een aanvullende gegevensverzame-

ling door middel van schriftelijke enquêtes bij iedereen die tussen 1-1-1993 en 1-1-1999 afgestudeerd is of gelijkstelling heeft gekregen. De schriftelijke enquête heeft een tweeledig doel:

1. Meer zicht krijgen op de factoren die bij de keuze voor en de waardering van een werkomgeving een rol spelen;
2. Meer zicht krijgen op de door verloskundigen ervaren 'billijkheid' van hun huidige werksituatie, zowel ten opzichte van zichzelf op een eerder tijdstip als ten opzichte van collega-verloskundigen.

Om meer inzicht te krijgen in de vraag welke factoren een rol gespeeld hebben bij de keuze voor een bepaalde vestigingsplaats is door middel van deze schriftelijke enquête onderzocht wat een praktijk c.q. woonplaats aantrekkelijk maakt voor pas-afgestudeerde verloskundigen en hoe ze daar na enige jaren ervaring tegenaan kijken. Op grond waarvan maakt een verloskundige die op zoek is naar werk, of dat een eigen praktijk, een waarneming of een functie in loondienst is, een keuze voor een bepaalde woonplaats? Welke kenmerken van de praktijk of functie spelen daarin een rol, welke kenmerken van de omgeving en welke persoonlijke omstandigheden? Niet alle factoren die een rol spelen bij het maken van een keuze zijn voor iedere verloskundige van even groot belang. Voor de één speelt de nabijheid van de familie een belangrijke rol, terwijl voor een ander de leefbaarheid van de omgeving of de organisatie van de praktijk belangrijker is. Naast werk-gerelateerde aspecten spelen ook persoonlijke aspecten een rol in de keus voor een bepaalde woon- en werkomgeving, zoals de mening van de partner en eventuele kinderen over de aantrekkelijkheid van de woonplaats. Hiermee wordt een beeld verkregen van de factoren die een rol spelen bij de keuze voor een vestigingsplaats. Dit biedt tevens de mogelijkheid om na te gaan in hoeverre de verloskundigen er in geslaagd zijn om zich te vestigen op de plek van hun voorkeur, wat betreft provincie, soort gemeente en soort praktijk.

Om meer inzicht te krijgen in de door verloskundigen ervaren 'billijkheid' van hun huidige werksituatie is in de schriftelijke enquête gevraagd welke kenmerken van de praktijkvoering en de samenwerking men vooraf, bij het zoeken naar een woon- en werkplek, en op dit moment, in hun huidige werksituatie, vooral beschouwde als investering en welke vooral als opbrengst. Daarbij is ook gevraagd hoe groot voor hen het belang was en is van elk van de genoemde aspecten. Ook is de verloskundigen gevraagd om zichzelf, in hun huidige werksituatie, op een aantal aspecten te vergelijken met collega-verloskundigen en aan te geven of ze in die vergelijking naar hun gevoel er beter, net zo, of slechter van af komen dan degene met wie ze zich vergelijken. Hiermee wordt een beeld gegeven van de ervaren 'billijkheid' van de huidige werksituatie van de respondenten, enerzijds ten opzichte van zichzelf op een eerder tijdstip, anderzijds ten opzichte van collega-verloskundigen.

3.3 SELECTIE EN RESPONS

Registratie

Voor het onderhavige onderzoek is een selectie gemaakt uit de gegevens van beide registratiebestanden. Opgenomen in het analysebestand zijn gegevens over alle verloskundigen die tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 werkzaam waren als praktiserend verloskundige in Nederland, aangevuld met de gegevens van verloskundigen die tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 de opleiding tot verloskundige hebben voltooid of een gelijkstelling hebben gekregen maar (nog) niet als praktiserend verloskundige aan de slag zijn gegaan. Om het spreidingspatroon van verloskundigen over de afgelopen vijf jaar in beeld te brengen zijn uit het analysebestand de vestigingsgegevens gebruikt van alle verloskundigen die tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 in Nederland werkzaam

zijn (geweest). Het bestand voor het analyseren van het spreidingspatroon omvat 1812 verloskundigen.

Voor de aanvullende gegevensverzameling zijn uit het analysebestand de gegevens gebruikt van alle verloskundigen die tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 de opleiding tot verloskundige hebben voltooid of gelijkstelling hebben gekregen. Het bestand voor de aanvullende gegevensverzameling omvat 478 verloskundigen, van wie er zeven met onbekend adres in het buitenland verblijven en één een adres in Amerika heeft. Er zijn daarom 470 vragenlijsten verstuurd waarvan na drie weken ongeveer de helft was teruggestuurd. Na een herinneringsbrief met een nieuwe vragenlijst was de respons uiteindelijk 337 vragenlijsten (71,7%). Daarvan zijn er 5 niet ingevuld, wat tot een effectieve respons van 332 vragenlijsten heeft geleid (69,5%).

3.4 VRAGENLIJST

De vragenlijst is als volgt opgebouwd:

- I Enkele achtergrondvragen (geboortedatum, -plaats, opleiding en voorkeuren)
- II Vragen met betrekking tot de keuze voor een bepaalde woon/werkomgeving
- III Vragen met betrekking tot de huidige woon/werksituatie
- IV Een vraag met betrekking tot de toekomst

Met behulp van de achtergrondvragen kan een verband gelegd worden tussen geboorteplaats (provincie), de opleidingsplaats, de voorkeur voor een bepaalde woon/werkomgeving en de actuele werkomgeving. Met behulp van de vragen naar de keuze voor een woon/werkomgeving kan een beeld gevormd worden van de afweging die beginnende verloskundigen maken, welke rol verschillende kenmerken van een praktijk en een omgeving daarin spelen. Dit kon aangegeven worden op een schaal van 1 tot 5, waarin 1 = 'heeft zeer kleine of geen rol gespeeld' en 5 = 'heeft een zeer grote rol gespeeld'. Van een beperkt aantal praktijk- en samenwerkingsaspecten is gevraagd aan te geven of deze door de respondent vooral gezien werden als investering, dat wil zeggen: iets waar men moeite voor moest doen, of als een opbrengst, dat wil zeggen: iets waar men profijt van heeft gehad. Ook kon aangegeven worden hoe belangrijk men die aspecten vond bij het maken van de keuze, opnieuw op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 = 'van zeer klein of geen belang' en 5 = 'van zeer groot belang'.

De vragen met betrekking tot de huidige woon/werksituatie zijn grotendeels identiek aan de vragen in het voorgaande gedeelte, met betrekking tot de keuze voor een bepaalde woon/werkomgeving. Hierdoor is het mogelijk om te bepalen of er voor de verloskundigen verschuivingen zijn opgetreden in de waardering voor de woon/werkomgeving als gevolg van hun ervaring als praktiserend verloskundige.

Omdat de manier waarop de diensten in een praktijk geregeld zijn ook een belangrijke rol kan spelen bij de aantrekkelijkheid van een bepaalde praktijk, is de respondenten gevraagd om een beschrijving te geven van de regeling van de diensten in de praktijk waar ze nu werkzaam zijn. Vervolgens is aan de respondenten gevraagd om een aantal elementen van hun huidige werksituatie te vergelijken met die van bijvoorbeeld jaargenoten en aan te geven hoe ze er in die vergelijking van af komen. Opnieuw was hiervoor een vijfpuntsschaal gegeven met 1 = 'ik kom er veel slechter af dan de meeste andere verloskundigen' en 5 = 'ik kom er veel beter af dan de meeste andere verloskundigen'. Tot slot is gevraagd naar de verwachtingen ten aanzien van de werkzaamheden over één jaar en over vijf jaar.

3.5 ANALYSE

Voor het analyseren van de gegevens uit de registratie zijn naast frequenties en kruistabellen ook veranderingsmaten gebruikt. Gevonden verschillen zijn niet getoetst, omdat de gegevens betrekking hebben op de hele populatie van werkzame verloskundigen in de betreffende periode en niet op een steekproef daaruit. Voor het analyseren van de gegevens uit de vragenlijsten zijn naast frequenties en kruistabellen ook enkele nieuwe variabelen geconstrueerd. Voor het toetsen van verschillen op twee tijdstippen is een 'paired samples t-test' gebruikt, omdat de waarnemingen niet onafhankelijk van elkaar zijn. Van de factoren die bij de keuze voor een bepaalde woon/werkomgeving en bij de waardering van de huidige situatie een rol gespeeld hebben is een rangvolgorde bepaald. Vervolgens is nagegaan of er tussen de twee tijdstippen (het moment van afstuderen en op zoek gaan naar een functie als verloskundige, en de situatie nu) een verschuiving is opgetreden in die rangvolgorde van de verschillende factoren.

Van de regeling van de diensten wordt alleen een globaal, beschrijvend overzicht gegeven. De factoren die als investering of als opbrengst gezien worden, zijn in verschillende stappen geanalyseerd. Allereerst is nagegaan welke factoren door de meeste respondenten als investering en welke door de meesten als opbrengst gezien worden. Vervolgens is het gemiddelde belang (op een schaal van 1 tot 5) van elk van die factoren berekend. Daarna is een score geconstrueerd, waarin het belang dat aan elke factor wordt toegekend, gecombineerd is met de waardering ervan als investering of als opbrengst. Dit is de balans van investeringen en opbrengsten op een bepaald tijdstip. De formule van Adams is hiervoor iets aangepast. In plaats van de verhouding 'aantal opbrengsten gedeeld door aantal investeringen' (Op / Ip) te gebruiken hebben we het verschil tussen aantal opbrengsten en aantal investeringen gebruikt ($Op - Ip$). De reden hiervoor is, dat de breuk Op / Ip betekenisloos is als $Ip = 0$, zodat die gegevens verloren gaan. Bij gebruikmaking van verschillscores is dat geen probleem.

De gecombineerde score ziet er dus als volgt uit:

$$\text{som van (opbrengst x belang)} - \text{som van (investering x belang)}$$

Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Stel dat 3 van de 7 praktijkenmerken als opbrengst zijn beschouwd, elk met een belang van 5, en 4 praktijkenmerken als investering, zijn beschouwd, elk met een belang van 4. Dan is de gecombineerde score, de balans van investeringen en opbrengsten: $(3 \times 5) - (4 \times 4) = 15 - 16 = -1$.

Deze balans-score dient als basis voor het bepalen van de eerste vorm van 'billijkheid': de billijkheid van de huidige situatie in vergelijking met de eigen situatie op een eerder tijdstip. Stel dat het bovenstaande voorbeeld de berekening is van de balans van investeringen en opbrengsten bij het verlaten van de opleiding. Op dezelfde manier wordt dan de balans van investeringen en opbrengsten in de huidige werksituatie berekend. Stel dat die berekening uitkomt op $+1$, dan is de conclusie dat deze verloskundige haar situatie niet als onbillijk beschouwd, want haar balans-score 'nu' is hoger dan haar balans-score 'toen'.

Een tweede vorm van 'billijkheid' is gebaseerd op de vergelijking met collega's (is men beter of slechter af dan jaargenoten). Vervolgens is een verband gelegd tussen de als 'billijk' of 'onbillijk' ervaren situatie en de wens om van werkomgeving te veranderen. Tot slot is nagegaan of er een samenhang bestaat tussen de ervaren 'billijkheid' en kenmerken van de regio, zoals de mate van verstedelijking en de verloskundigen-dichtheid. Onderzocht is of in specifiek 'moeilijke gebieden' de rangvolgorde van factoren die een rol gespeeld hebben bij de keuze voor een vestigingsplaats en de huidige waardering daarvan en de 'billijkheid' of 'onbillijkheid' van de huidige situatie verschillend is van die in overige gebieden.

4. SPREIDINGSPATROON VAN VERLOSKUNDIGEN

4.1 AANTAL VERLOSKUNDIGEN

Op 1 januari 1994 waren er 1.228 werkzame verloskundigen in Nederland, 879 zelfstandig gevestigden, 111 vaste waarnemers, 50 wisselend waarnemers en 188 intramuraal werkende verloskundigen. Tussen 1994 en 1999 is het aantal werkzame verloskundigen toegenomen tot 1.506, een stijging van 22,6% (tabel 4.1). De sterkste stijging heeft plaatsgevonden bij de wisselend waarnemers: van 50 naar 116 (+132,0%).

Tabel 4.1 Aantal werkzame verloskundigen, naar functie, op 1 januari 1994 en 1999

	1994	1999	toename per jaar (gemiddeld aantal)	% verandering
zelfstandig gevestigden	879	1049	34,0	+ 19,3%
vaste waarnemers	111	119	1,6	+ 7,2%
wisselend waarnemers	50	116	13,2	+ 132,0%
intramuraal werkenden	188	222	6,8	+ 18,1%
Totaal	1.228	1.506	55,6	+ 22,6%

Bij de zelfstandig gevestigde verloskundigen is er tussen 1994 en 1999 sprake geweest van een geleidelijke toename. Het aantal vaste waarnemers blijkt redelijk stabiel te zijn. Tussen 1996 en 1998 was er sprake van een lichte afname, die in 1999 weer is omgezet in een toename. Bij wisselend waarnemers is sprake van een jaarlijkse toename, behalve in 1996. Ook het aantal intramuraal werkende verloskundigen neemt jaarlijks iets toe.

4.2 SPREIDING VAN VERLOSKUNDIGEN

De spreiding van verloskundigen hangt uiteraard samen met de bevolkingsdichtheid en de leeftijdsverdeling in een bepaalde regio. Tabel 4.2 laat, evenals tabel 4.1, de toename van het aantal praktiserende verloskundigen zien, maar nu onderverdeeld naar de mate van verstedelijking van de regio. In sterk stedelijke gebieden is het aantal verloskundigen jaarlijks het sterkst toegenomen, namelijk met 22,2 verloskundigen gemiddeld, in weinig verstedelijkte gebieden was de jaarlijkse toename gemiddeld 17,4 verloskundigen. In de niet stedelijke gebieden was de jaarlijkse toename het kleinst: 0,8 verloskundigen gemiddeld, in de matig stedelijke gebieden was dat 5,6 verloskundigen en in de zeer sterk stedelijke gebieden 10,2 verloskundigen.

Tabel 4.2 Aantal werkzame verloskundigen, naar mate van verstedelijking, op 1 januari 1994 en 1999

	1994	1999	toename per jaar (gemiddeld aantal)	% verandering
zeer sterk stedelijk	297	348	10,2	+ 17,1%
sterk stedelijk	299	410	22,2	+ 37,1%
matig stedelijk	318	346	5,6	+ 8,8%
weinig stedelijk	218	305	17,4	+ 39,3%
niet stedelijk	93	97	0,8	+ 4,3%
Totaal	1.225	1.506	56,2	+ 22,9%

Als ook een onderscheid naar functie gemaakt wordt (tabel 4.3), dan blijkt dat het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen tussen 1994 en 1999 vooral is toegenomen in de sterk stedelijke en weinig stedelijke gebieden en is afgenomen in de niet stedelijke gebieden. Ook het aantal vaste waarnemers is in de niet stedelijke gebieden sterk afgenomen. Omdat bij wisselend waarnemers niet altijd de mate van verstedelijking is geregistreerd, bijvoorbeeld omdat ze op meerdere plaatsen werkzaam (kunnen) zijn, zijn bij de uitsplitsing naar mate van verstedelijking de wisselend waarnemers buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.3 Verandering (+/-) in aantal verloskundigen (exclusief wisselend waarnemers) naar functie en mate van verstedelijking op peildatum 1 januari

	zelfstandig gevestigd			vaste waarnemer			intramuraal werkend		
	1994	1999	+ / -	1994	1999	+ / -	1994	1999	+ / -
zeer sterk stedelijk	169	189	+12%	23	24	+4%	94	102	+9%
sterk stedelijk	215	288	+34%	26	29	+12%	44	64	+45%
matig stedelijk	233	254	+9%	30	32	+7%	44	42	-5%
weinig stedelijk	182	241	+32%	25	30	+20%	6	14	+33%
niet stedelijk	80	77	-4%	7	4	-43%	-	-	-
totaal	879	1.049	+19%	111	119	+7%	188	222	+18%

Tabel 4.4 laat het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen zien, onderverdeeld naar soort praktijk en mate van verstedelijking van de vestigingsplaats. Van de 879 zelfstandig gevestigde verloskundigen in 1994 waren er 211 (24%) werkzaam in een solopraktijk, 280 (31,9%) in een duo-praktijk en 388 (44,1%) in een groepspraktijk van drie of meer verloskundigen. Van de 1.049 zelfstandig gevestigde verloskundigen in 1999 waren er nog maar 143 (13,6%) werkzaam in een solopraktijk, 246 (23,5%) in een duo-praktijk en 660 (62,9%) in een groepspraktijk van drie of meer verloskundigen. Het aantal verloskundigen werkzaam in een solopraktijk is dus duidelijk afgenomen. Ook het aantal verloskundigen werkzaam in een duo-praktijk is

afgenomen, terwijl het aantal verloskundigen werkzaam in een groepspraktijk sterk is toegenomen.

Tabel 4.4 Aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen naar soort praktijk en mate van verstedelijking op 1 januari 1994 en 1999

	zelfstandig gevestigd in 1994			zelfstandig gevestigd in 1999		
	solo	duo	groep	solo	duo	groep
zeer sterk stedelijk	16	40	113	9	32	148
sterk stedelijk	33	60	122	30	46	212
matig stedelijk	47	82	104	26	60	153
weinig stedelijk	71	74	37	51	82	108
niet stedelijk	44	24	12	27	26	24
totaal	211	280	388	143	246	660
<i>totaal in percentages:</i>	<i>24,0%</i>	<i>31,9%</i>	<i>44,1%</i>	<i>13,6%</i>	<i>23,5%</i>	<i>62,9%</i>

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het aantal verloskundigen werkzaam in een solopraktijk niet alleen in de grote steden maar ook op het platteland is afgenomen. Het aantal verloskundigen werkzaam in een duo-praktijk is afgenomen in de matig tot zeer sterk stedelijke gebieden, maar toegenomen in de weinig en niet stedelijke gebieden. Het aantal verloskundigen werkzaam in een groepspraktijk is in alle gebieden toegenomen.

In tabel 4.5 is voor de zelfstandig gevestigde verloskundigen een onderscheid gemaakt naar provincie van vestiging en soort praktijk.

Tabel 4.5 Verandering in aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen naar soort praktijk per provincie

	zelfstandig gevestigd in 1994			zelfstandig gevestigd in 1999		
	solo	duo	groep	solo	duo	groep
Groningen	11	6	6	11	4	8
Friesland	8	4	6	7	4	9
Drenthe	10	4	10	8	6	13
Overijssel	22	16	16	12	14	42
Flevoland	9	10	-	2	4	22
Gelderland	31	32	44	19	32	84
Utrecht	7	18	46	6	12	62
Noord-Holland	22	44	99	17	36	135
Zuid-Holland	40	66	81	27	56	152
Zeeland	1	-	9	1	-	10
Noord-Brabant	25	56	59	16	54	97
Limburg	25	24	12	17	24	26
Nederland	211	280	388	143	246	660

Daaruit blijkt dat in de provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Zeeland in de afgelopen jaren maar een lichte verschuiving in de richting van vestiging in een groepspraktijk is opgetreden, terwijl in de overige provincies het aantal verloskundigen werkzaam in een groepspraktijk sterk is toegenomen en in sommige gevallen (Overijssel, Limburg) zelfs meer dan verdubbeld is. In Flevoland waren op 1 januari 1994 geen verloskundigen in een groepspraktijk gevestigd, vijf jaar later waren dat er 22.

Ook de veranderingen in het totaal aantal werkzame verloskundigen, dus zelfstandig gevestigden, vaste waarnemers en klinisch werkende verloskundigen, zijn op provinciaal niveau bekeken en worden gepresenteerd in tabel 4.6.

Tabel 4.6 Verandering in aantal verloskundigen (exclusief wisselend waarnemers) per provincie op peildatum 1 januari

	1994	1999	% verandering
Groningen	30	34	+ 13,3%
Friesland	28	33	+ 17,9%
Drenthe	29	34	+ 17,2%
Overijssel	64	77	+ 20,3%
Flevoland	21	31	+ 47,6%
Gelderland	139	167	+ 20,1%
Utrecht	101	111	+ 9,9%
Noord-Holland	238	273	+ 14,7%
Zuid-Holland	237	291	+ 22,8%
Zeeland	10	11	+ 10,0%
Noord-Brabant	182	234	+ 28,6%
Limburg	99	94	- 5,1%
Nederland	1.178	1.390	+ 18,0%

Uit tabel 4.6 blijkt dat de veranderingen in het totaal aantal werkzame verloskundigen, exclusief wisselend waarnemers, in Friesland en Drenthe nauwelijks afwijken van de landelijke gemiddelde toename van 18%, terwijl de toename van het aantal verloskundigen in Groningen en Utrecht daar bij achterblijft. Ook in Noord-Holland en Zeeland blijkt de toename van het aantal verloskundigen achter te blijven bij het landelijk gemiddelde. In Flevoland, Noord-Brabant en Zuid-Holland is daarentegen de toename van het aantal verloskundigen sterker dan het landelijk gemiddelde, terwijl de toename in Overijssel en Gelderland net iets boven het landelijk gemiddelde blijkt te liggen. In Limburg is sprake van een afname van het aantal werkzame verloskundigen.

Omdat het aanbod aan zorg in relatie moet staan tot de vraag naar zorg, is de verandering in het aantal werkzame verloskundigen alleen niet zo veelzeggend. Het is daarom beter om te kijken naar de verandering in de verloskundigen-dichtheid. De verloskundigen-dichtheid is het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per zelfstandig gevestigde verloskundige. Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd hanteert het Nivel, in navolging van het CBS de leeftijdsgrenzen van 15 en 40 jaar,, dat wil zeggen: vrouwen in de leeftijd van 15 tot en met 39 jaar. Wanneer het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per zelfstandig gevestigde verloskundige hoog is, dan is de verloskundigendichtheid laag, omdat dan één verloskundige de zorg draagt voor relatief veel vrouwen / potentiële cliënten. In tabel 4.7 wordt de verandering in verloskundigen-dichtheid weergegeven.

Tabel 4.7 Verandering in aantal vrouwen in de leeftijd 15 - 39 jaar per zelfstandig gevestigde verloskundige per provincie op peildatum 1 januari

	1994	1999	% verandering
Groningen	4.943	4.471	-9,5%
Friesland	6.074	5.254	-13,5%
Drenthe	3.301	2.785	-15,6%
Overijssel	3.608	2.770	-23,2%
Flevoland	2.701	2.118	-21,6%
Gelderland	3.298	2.489	-24,5%
Utrecht	3.060	2.646	-13,5%
Noord-Holland	2.910	2.462	-15,4%
Zuid-Holland	3.379	2.606	-22,9%
Zeeland	6.293	5.371	-14,7%
Noord-Brabant	3.074	2.468	-19,7%
Limburg	3.310	2.834	-14,4%
Nederland	3.327	2.683	-19,4%

De gemiddelde verloskundigen-dichtheid in 1994 was 3.327, in 1999 was dat 2.683, een daling van het aantal vrouwen in de leeftijd 15-39 jaar per zelfstandig gevestigde verloskundige (dat wil zeggen: een stijging van de verloskundigen-dichtheid) van 19,4%. In Overijssel, Flevoland, Gelderland en Zuid-Holland blijkt de daling van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige sterker dan landelijk. Dat zijn ook drie van de vier provincies waar het aantal verloskundigen relatief sterk is toegenomen (zie tabel 4.6). Ook in Noord-Brabant is het aantal verloskundigen relatief sterk toegenomen, maar dat komt niet in diezelfde mate tot uiting bij het vergelijken van de verloskundigen-dichtheid. Dit zou kunnen betekenen dat het aantal vrouwen tussen de 15 en 40 jaar in Noord-Brabant relatief sterker is toegenomen (of minder sterk is afgenomen) dan in de andere provincies.

4.3 EERSTE VESTIGING

Er zijn in Nederland drie opleidingen tot verloskundige: de Kweekschool voor Vroedvrouwen in Amsterdam, de Stichting Rotterdamse Opleiding tot Verloskundige in Rotterdam en de Vroedvrouwenschool Kerkrade in Kerkrade, voorheen in Heerlen. Tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 zijn aan deze opleidingen 331 verloskundigen afgestudeerd. Daarnaast hebben in die periode nog 177 in het buitenland opgeleide verloskundigen een gelijkstelling gekregen.

De drie opleidingen trekken studenten vanuit het hele land, terwijl na diplomering veel verloskundigen werk vinden in de buurt van hun opleidingsplaats. De reden hiervoor kan liggen in de daar opgebouwde sociale contacten, zowel binnen als buiten het werk. Anderen zullen juist willen terugkeren naar de regio waar ze zijn opgegroeid. Door de eerste vestiging als zelfstandig verloskundige te vergelijken met de opleidingsplaats wordt zichtbaar in hoeverre pas-afgestudeerde verloskundigen inderdaad in de buurt van hun opleidingsplaats blijven.

Van de 116 verloskundigen die tussen 1-1-1994 en 1-1-1999 in Amsterdam opgeleid zijn, hebben 75 zich op enig moment als zelfstandig verloskundige gevestigd. Van hen hebben 36 verloskundigen (48%) zich gevestigd in de provincie Noord-Holland. Van de 112 verloskundigen die in dezelfde periode in Rotterdam zijn opgeleid hebben 82 zich op enig moment als zelfstandige gevestigd. Van hen hebben 46 (56%) zich gevestigd in de provincie Zuid-Holland. Van de 103 verloskundigen die in die periode in Heerlen/Kerkrade zijn opgeleid, hebben 73 zich zelfstandig gevestigd. Van hen hebben 37 (51%) zich gevestigd in Noord-Brabant of Limburg

(22 = 30% in Noord-Brabant en 15 = 21% in Limburg). Van de 177 in het buitenland opgeleide verloskundigen zijn van 30 personen geen verdere gegevens bekend. Van de overige 147 hebben 94 zich zelfstandig gevestigd. Bijna de helft van hen blijkt (45%) in Limburg te zijn gaan werken.

Tabel 4.8 Vestiging van verloskundigen, afgestudeerd tussen 1-1-1994 en 1-1-1999, naar opleidingsplaats en provincie

	Amsterdam	Rotterdam	Krkrade	buitenland	Totaal
Groningen	1	-	1	1	3
Friesland	-	1	-	1	2
Drenthe	2	3	-	-	5
Overijssel	4	1	12	5	22
Flevoland	5	-	1	2	8
Gelderland	8	6	9	3	26
Utrecht	7	6	2	9	21
Noord-Holland	36	12	5	10	63
Zuid-Holland	9	46	5	15	75
Zeeland	-	-	1	-	1
Noord-Brabant	3	7	22	6	38
Limburg	-	-	15	42	57
Nederland	75	82	73	94	324

Uit tabel 4.8 blijkt duidelijk dat de afgestudeerden van de drie opleidingen zich niet gelijkmatig over het land verspreiden. Van degenen die in Amsterdam zijn opgeleid, heeft bijna de helft (48%) zich in Noord-Holland gevestigd. Van degenen die in Rotterdam zijn opgeleid heeft meer dan de helft (56%) zich in Zuid-Holland gevestigd. In Groningen, Friesland en Zeeland hebben zich de afgelopen jaren nauwelijks nieuwe verloskundigen gevestigd. Als we uitgaan van de vestigingsprovincie, dan blijkt dat van alle verloskundigen die zich de afgelopen jaren in Noord-Holland gevestigd hebben de meerderheid (57%) in Amsterdam is opgeleid, van alle verloskundigen die zich de afgelopen jaren in Zuid-Holland gevestigd hebben de meerderheid (61%) in Rotterdam is opgeleid en van alle verloskundigen die zich de afgelopen jaren in Limburg gevestigd hebben driekwart (74%) in het buitenland (meestal België) is opgeleid.

De plaats waar men zich vestigt wordt uiteraard mede bepaald door de vraag naar verloskundigen, maar daar zijn geen gegevens over. Wel kan een vergelijking gemaakt worden tussen het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 1994 en in 1999 en de plaats waar verloskundigen die tussen 1994 en 1999 op de arbeidsmarkt zijn gekomen zich hebben gevestigd. Uit deze vergelijking kan zichtbaar worden of de nieuwe vestiging vooral een vestiging ter vervanging van een vertrekkende verloskundige is geweest of een vestiging waarmee het aantal zelfstandig gevestigden is toegenomen.

Uit onderstaande tabel 4.9 blijkt dat een deel van de nieuwe vestigingen, namelijk 154 van de 324 (47,5%), vervangingen betroffen, zoals in de provincie Groningen, waar het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen gelijk is gebleven. In alle overige provincies is het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen toegenomen. In Flevoland en Gelderland is de toename van het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen groter dan het aantal verloskundigen dat na 1993 is afgestudeerd of gelijkstelling hebben gekregen en zich in die provincie gevestigd heeft. Dat wil zeggen dat zich daar ook enkele verloskundigen gevestigd hebben die al voor 1993 zijn gediplomeerd.

Tabel 4.9 Totaal aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 1994 en 1999 en de sinds 1994 nieuw afgestudeerde en nieuw gevestigde verloskundigen, per provincie

	1994	1999	van wie nieuw gevestigd	(toename	vervanging)
Groningen	23	23	3	-	3
Friesland	18	20	2	2	-
Drenthe	24	27	5	3	2
Overijssel	54	68	22	14	8
Flevoland	19	28	8	8 + 1	-
Gelderland	107	135	26	26 + 2	-
Utrecht	71	80	21	9	12
Noord-Holland	165	188	63	23	40
Zuid-Holland	187	235	75	48	27
Zeeland	10	11	1	1	-
Noord-Brabant	140	167	38	27	11
Limburg	61	67	57	6	51
Nederland	879	1.049	324	170	154

Wordt een zelfde vergelijking gemaakt tussen het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 1994 en in 1999 en de tussen 1994 en 1999 afgestudeerde en nieuw gevestigde verloskundigen, uitgesplitst naar mate van verstedelijking, (tabel 4.10) dan blijkt er in de sterk stedelijke gebieden uitsluitend een toename van het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen te hebben plaatsgevonden, terwijl er in niet stedelijke gebieden alleen sprake was van vervanging en dan nog onvoldoende om het aantal zelfstandig gevestigden gelijk te houden.

Tabel 4.10 Totaal aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in 1994 en 1999 en de sinds 1994 nieuw afgestudeerde en nieuw gevestigde verloskundigen, naar mate van verstedelijking

	1994	1999	van wie nieuw gevestigd	(toename	vervanging)
zeer sterk stedelijk	169	189	63	20	43
sterk stedelijk	215	288	73	73	-
matig stedelijk	233	254	64	21	43
weinig stedelijk	182	241	106	59	47
niet stedelijk	80	77	18	-3	21
totaal	879	1049	324	170	154

4.4 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is getracht een antwoord te geven op de eerste vraagstelling uit dit onderzoek, die luidde: waar en hoe hebben verloskundigen zich de afgelopen vijf jaar gevestigd? Hiertoe is allereerst een beschrijving gegeven van de veranderingen die zich de laatste vijf jaar hebben voorgedaan ten aanzien van het totaal aantal werkzame verloskundigen. Het totaal aantal werkzame verloskundigen blijkt in zes jaar tijd met 22,6% te zijn toegenomen.

Uit de registratie-gegevens van het NIVEL is gebleken dat het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen tussen 1994 en 1999 jaarlijks met gemiddeld 34 is toegenomen en dat die toename (het saldo tussen nieuwe vestiging en vertrek) vooral heeft plaats gevonden in de sterk stedelijke en de weinig stedelijke gebieden. Op het platteland (niet stedelijke gebieden) is het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen zelfs iets afgenomen, terwijl de toename in de zeer sterk stedelijke en de matig stedelijke gebieden duidelijk achterblijft bij het gemiddelde.

Ook is de verandering in verloskundigen-dichtheid per provincie beschreven. Hieruit is gebleken dat de verloskundigen-dichtheid tussen 1994 en 1999 in het midden van het land, met uitzondering van Utrecht, meer dan gemiddeld is toegenomen, terwijl die in zowel het noorden als het zuiden minder dan gemiddeld is toegenomen.

Vervolgens is beschreven waar de verloskundigen zich gevestigd hebben die de laatste vijf jaar nieuw op de arbeidsmarkt zijn gekomen, hetzij door het behalen van een diploma aan een van de drie opleidingen in Nederland, hetzij door het verkrijgen van een gelijkstelling na in het buitenland te zijn opgeleid. Hieruit is gebleken dat van de verloskundigen die in Amsterdam en in Rotterdam zijn opgeleid een groot aantal zich in dezelfde provincie vestigt. Heel veel van de verloskundigen die in het buitenland opgeleid zijn blijken zich in Limburg te vestigen. Meer dan de helft van de nieuwe vestigingen van verloskundigen die tussen 1994 en 1999 zijn afgestudeerd (52,5%) hebben geleid tot een daadwerkelijke toename van het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen, de overige vestigingen waren vervangingen voor verloskundigen die het werk neerlegden.

5. VESTIGINGSWENSEN EN VESTIGINGSGEDRAG

5.1 INLEIDING

De overgrote meerderheid (66,7%) van de verloskundigen die na 1993 van de opleiding kwamen of gelijkstelling kregen, had een voorkeur voor een groepspraktijk. Eén op de vijf (21,5%) gaf de voorkeur aan een duo-praktijk of had zowel duo- als groepspraktijk als voorkeur aangekruist. Slechts een enkeling had voorkeur voor een solo-praktijk (1,8%) of een praktijk in een gezondheidscentrum (0,6%). Ook de voorkeur voor een klinische praktijk was beperkt, 4,5%, terwijl 4,8% aangaf geen specifieke voorkeur te hebben. Worden de voorkeuren aan het begin van de loopbaan vergeleken met de soort functie die de verloskundigen hadden op het moment van invullen van de vragenlijst (tabel 5.1), dan blijkt dat heel aardig overeen te komen.

Tabel 5.1 Huidige functie van verloskundigen, naar voorkeur voor soort praktijk

voorkeur:	werkzaam:					totaal	
	eigen praktijk	loondienst	ziekenhuis	waarnemer niet werkzaam			
	%	%	%	%	%	%	(n)
solo-praktijk	100	-	-	-	-	100	(6)
duo-praktijk	85,9	7,0	1,4	1,4	4,2	100	(71)
groepspraktijk of Gzhc	73,6	9,1	6,8	7,7	2,7	100	(220)
<i>subtotaal (aantal)</i>	<i>77,1 (229)</i>	<i>8,4 (25)</i>	<i>5,4 (16)</i>	<i>6,1 (18)</i>	<i>3,0 (9)</i>	<i>100</i>	<i>(297)</i>
ziekenhuis	6,7	6,7	86,7	-	-	100	(15)
anders	28,6	28,6	14,3	7,1	21,4	100	(14)
Totaal aantal	(234)	(30)	(31)	(19)	(12)		(326)

Van degenen die een voorkeur hadden voor een zelfstandige (solo-, duo- of groeps-)praktijk, is driekwart (77,1%) inderdaad in een eigen praktijk werkzaam, 13,8% is in loondienst werkzaam: 8,4% in een verloskundige praktijk of in een gezondheidscentrum en 5,4% in een ziekenhuis. Een klein deel (6,1%) van de verloskundigen die voorkeur hadden voor een zelfstandige praktijk is werkzaam als vaste of wisselend waarnemer, en een nog kleiner deel (3%) is niet als praktiserend verloskundige werkzaam. De verloskundigen die voorkeur hadden voor een klinische praktijk, blijken ook bijna allemaal in een ziekenhuis werkzaam te zijn. Van de totale groep respondenten is 4% op het moment van het invullen van de vragenlijst niet als praktiserend verloskundige werkzaam.

Bij het verlaten van de opleiding had 39,0% van de verloskundigen een voorkeur voor een middelgrote of grote stad, 21,6% had voorkeur voor een kleine stad of forenzengemeente en 24,1% had voorkeur voor een gemeente op het (verstedelijkt) platteland. De overigen (15,2%) hebben geen voorkeur aangegeven. De verloskundigen met een voorkeur voor een (middel)grote stad werken bijna allemaal in de soort gemeente van hun voorkeur (tabel 5.2). Verloskundigen met een voorkeur voor het (verstedelijkt) platteland zijn ook in de meeste gevallen werkzaam in een gemeente die met hun voorkeur overeenkomt. Verloskundigen met een voorkeur voor een

kleine stad of een forenzengemeente zijn maar in een op de drie gevallen daar werkzaam. Verloskundigen die vooraf geen voorkeur hadden zijn in de meeste gevallen werkzaam in een (middel) grote stad.

Tabel 5.2 Soort gemeente waarin verloskundigen werkzaam zijn, uitgesplitst naar voorkeur voor een bepaald soort gemeente

Voorkeur	Werkzaam			Totaal
	(middel)grote stad	kleine stad of forenzengemeente	(verstedelijkt) platteland	
(middel)grote stad (39,0%)	91,5%	6,8%	1,7%	100%
kleine stad of forenzengemeente (21,6%)	44,8%	31,3%	23,9%	100%
(verstedelijkt) platteland (24,1%)	17,9%	19,2%	62,8%	100%
geen voorkeur (15,2%)	73,3%	11,1%	15,6%	100%

De samenhang tussen de provincie waar men is opgegroeid en de provincie waar men graag zou willen werken is groot: een correlatie van 0,58. Daarbij zijn de verloskundigen die meer dan één voorkeur voor een provincie opgaven (dat is bijna één op de drie) buiten beschouwing gelaten, omdat niet altijd duidelijk is of de eigen provincie daarbij aangegeven was. In onderstaande tabel is het verband goed zichtbaar.

Tabel 5.3 Samenhang tussen de provincie waar men is opgegroeid en de provincie waar de voorkeur naar uitging

Provincie van voorkeur	Provincie waar men opgegroeid is												totaal
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Groningen	2			1				1			1		5
2. Friesland	1			1									2
3. Drenthe	1		1				1						3
4. Overijssel			1	18									19
5. Flevoland													-
6. Gelderland				1		17					1	1	20
7. Utrecht				1			9		1			3	14
8. Noord-Holland	2			3		4		42			2		53
9. Zuid-Holland	1	1		1		1	1		29	1	1	1	37
10. Zeeland										1			1
11. Noord-Brabant	1			1							31		33
12. Limburg	1								1		1	16	19
geen voorkeur				2		5	5	5	1		3	3	24
subtotaal	9	1	2	29	-	27	16	48	32	2	40	24	230
meerdere voorkeuren	2	4	1	10	-	9	5	7	21	3	8	7	77
totaal	11	5	3	39	-	36	21	55	53	5	48	31	307
voorkeur voor eigen provincie :	18%	-	33%	46%	-	47%	43%	76%	55%	20%	65%	52%	54%

Van de verloskundigen die in Noord-Holland zijn opgegroeid heeft driekwart een voorkeur om te gaan werken in de eigen provincie. Van de verloskundigen die in Zuid-Holland, Noord-Brabant en Limburg zijn opgegroeid geeft meer dan de helft de voorkeur aan de eigen provincie. Van de verloskundigen die in Groningen, Friesland of Zeeland zijn opgegroeid geeft 1 op de 5 of minder de voorkeur aan de eigen provincie. Van alle verloskundigen in dit onderzoek geeft meer dan de helft (54%) een voorkeur aan voor de provincie waar ze zijn opgegroeid.

Uit deze tabel blijkt dat niet alleen relatief weinig verloskundigen een voorkeur uitspreken voor een van de noordelijke provincies of Zeeland, maar ook dat relatief weinig verloskundigen in die provincies zijn opgegroeid. Dit kan er op wijzen dat de opleidingen er onvoldoende in slagen om leerlingen uit die provincies aan te trekken. Daar staat tegenover dat van de verloskundigen die wel uit een van die provincies afkomstig zijn, ook maar een klein aantal terug wil. Flevoland is op dit punt een geval apart: het komt in de tabel helemaal niet voor, noch als provincie waar men is opgegroeid, noch als provincie waar men zou willen werken.

5.2 FACTOREN DIE DE VESTIGING VAN VERLOSKUNDIGEN BEÏNVLOEDEN

De rol die verschillende praktijk- en omgevingskenmerken gespeeld hebben bij de keuze van een vestigingsplaats zijn aangegeven op een vijf-puntsschaal, lopend van 1 = 'heeft een zeer kleine of geen rol gespeeld' tot 5 = 'heeft een zeer grote rol gespeeld'. Hetzelfde geldt voor de rol die deze kenmerken spelen bij de waardering van de huidige woon- en werkomgeving. Hoewel deze uitkomsten een ordinale schaal vormen en geen metrische schaal, zijn toch gemiddelden berekend, omdat daarmee een globaal idee gegeven kan worden van het belang dat verloskundigen hechten aan de verschillende praktijk- en omgevingskenmerken.

Tabel 5.4 Gemiddelde waardering praktijk- en omgevingskenmerken

Praktijkkenmerken:	Toen	Nu	Verandering
Praktijkvorm (solo, duo, gezondheidscentrum, etc)	4,13	4,42	+
Organisatie van de praktijk	3,47	4,18	+
De rendabele praktijkvoering	3,37	3,88	+
De hoogte van het te verwachten inkomen	3,10	3,65	+
De hoogte van de goodwill	2,99	2,84	- (ns)
De procedure van overname	2,84	2,88	+ (ns)
Omgevingskenmerken:			
Leefbaarheid van de omgeving	3,95	4,11	+
Nabijheid van familie en vrienden	3,64	2,82	- (ns)
Gevoel van veiligheid in praktijkgebied	3,17	3,42	+
De locatie van de praktijk in de gemeente	3,05	3,59	+
De reistijd van/naar specialistische hulp/ziekenhuis	3,04	3,39	+
De reistijd van/naar de cliënten	3,01	3,35	+
Files in praktijkgebied	2,62	2,83	+
Parkeergelegenheid in praktijkgebied	2,57	3,07	+
Percentage allochtone cliënten in praktijkgebied	2,41	2,64	+
Opvatting over vestigingsplaats van ouders/ familie	2,28	2,55	+
Beschikbaarheid ziekenhuis bedden	2,09	2,78	+

(ns) = niet significant: $p > 0,05$

In bovenstaande tabel zijn twee gemiddelde scores vermeld: eerst de score voor de rol die de verschillende aspecten speelden bij de keuze voor een bepaalde vestigingsplaats, vervolgens de score voor de rol die ze spelen in de huidige situatie.

Van de praktijkkenmerken heeft de praktijkvorm over het algemeen de grootste rol gespeeld, met een gemiddelde score voor het begin van de loopbaan van 4,13 en in de huidige situatie een score van 4,42. De hoogte van de goodwill en de procedure van overname werden gemiddeld genomen op beide tijdstippen het minst belangrijk gevonden. Van de genoemde omgevingskenmerken heeft de leefbaarheid van de omgeving op beide momenten de grootste rol gespeeld.

Om te kunnen bepalen of de veranderingen ook significant zijn, is een non-parametrische test uitgevoerd (de Teken-toets of Sign test). Daaruit blijkt dat bij de praktijkkenmerken het belang van de hoogte van de goodwill en van de procedure van overname niet significant is veranderd, terwijl bij de omgevingskenmerken de vermindering van het belang van de nabijheid van familie en vrienden niet significant is. Alle overige kenmerken worden in de huidige situatie van groter belang geacht dan aan het begin van de loopbaan.

De volgende vraag is of het belang dat gehecht wordt aan de verschillende praktijk- en omgevingskenmerken samenhangt met de soort praktijk waar men naar op zoek is en de soort gemeente waar men in wil werken. Uit de analyses blijkt dat er een significant verband is tussen de voorkeur voor een soort praktijk en het belang dat men toen hechtte aan de procedure van overname ($\chi^2 = 38,2$, $p < 0,05$). Als we aannemen dat de eigen verantwoordelijkheid voor de praktijk groter is naarmate er minder collega-verloskundigen of andere collega's, zoals in een gezondheidscentrum of een ziekenhuis, aanwezig zijn, dan kan het gevonden verband als volgt beschreven worden: het belang van de procedure van overname is groter naarmate de eigen verantwoordelijkheid voor de praktijk groter is. Hetzelfde geldt voor het belang dat indertijd gehecht werd aan de hoogte van de goodwill ($\chi^2 = 36,2$, $p < 0,05$) en aan een rendabele praktijkvoering ($\chi^2 = 33,8$, $p < 0,05$). Er is geen verband tussen het belang van de verschillende praktijkkenmerken en de voorkeur voor een bepaald soort gemeente.

Wat betreft de omgevingskenmerken is er een significant verband tussen het belang van de leefbaarheid van de omgeving en de voorkeur voor een bepaalde praktijk, in die zin, dat verloskundigen met voorkeur voor een praktijk met meer eigen verantwoordelijkheid, dus voor een solo- of duo-praktijk, een groter belang toekennen aan de leefbaarheid van de omgeving ($\chi^2 = 45,3$, $p < 0,05$). Verloskundigen met voorkeur voor een groepspraktijk of een praktijk in een gezondheidscentrum of ziekenhuis hechten meer belang aan de reistijd van en naar cliënten ($\chi^2 = 28,5$, $p < 0,05$) en de reistijd van en naar specialistische hulp, c.q. het ziekenhuis ($\chi^2 = 28,4$, $p < 0,05$). Verloskundigen met een voorkeur voor grotere gemeenten kennen meer belang toe aan de locatie van de praktijk ($\chi^2 = 39,1$, $p < 0,05$) en aan de reistijd van en naar cliënten ($\chi^2 = 37,5$, $p < 0,05$).

Er is ook een verband tussen de opleiding van de verloskundige en het belang dat zij toekent aan de verschillende praktijk- en omgevingskenmerken. De in Rotterdam en Kerkrade opgeleide verloskundigen hechten gemiddeld meer belang aan de organisatie van de praktijk, aan de procedure van overname en aan de leefbaarheid van de omgeving. De in Amsterdam opgeleide verloskundigen hechten gemiddeld meer belang aan de parkeergelegenheid in het praktijkgebied en aan het percentage allochtone cliënten in het praktijkgebied. De in Kerkrade opgeleide verloskundigen hechten gemiddeld meer belang aan de nabijheid van familie en vrienden. Het belang dat gehecht wordt aan de nabijheid van familie en vrienden blijkt het grootst voor verloskundigen die in Noord-Brabant zijn opgegroeid.

Overigens is de invloed van de partner op de keuze voor een bepaalde woon- en werkomgeving groot: de meeste verloskundigen (73,3%) hadden een partner op het moment dat ze een keuze voor een woon/werkomgeving maakten en driekwart van hen (74,8%) heeft ingevuld dat diens invloed groot tot zeer groot geweest is (gemiddelde score: een 4 op een schaal van 1 tot 5).

5.3 REGELING VAN DE DIENSTEN

De manier waarop de diensten in een praktijk geregeld zijn kan ook een belangrijke rol spelen bij de beslissing om wel of niet in die praktijk te willen werken. De verschillen per praktijk kunnen echter erg groot zijn en de voor- en nadelen van bepaalde regelingen worden vaak pas na verloop van tijd duidelijk. Daarom is de respondenten alleen gevraagd om aan te geven hoe de diensten geregeld zijn in de praktijk waar ze nu werkzaam zijn.

Omdat de mogelijkheden in het dienstrooster toenemen met het aantal verloskundigen, wordt hier geen tabel gepresenteerd, maar wordt alleen een globale schets gegeven van de cycli, de spreekuren, de achterwacht en de bereikbaarheid tijdens diensten, zoals de respondenten dat beschreven hebben.

Dienstroosters hebben meestal een repeterend karakter, een cyclus. De cycli in de roosters hangen meestal samen met het aantal verloskundigen in de praktijk. Dat wil zeggen dat wanneer er bijvoorbeeld drie verloskundigen in de praktijk zijn gevestigd, zij in een cyclus van drie weken werken. Verloskundigen gevestigd in een solopraktijk vormen hierop natuurlijk een uitzondering. Deze groep verloskundigen heeft in principe altijd dienst, eventueel afgewisseld door waarneemsters of collega's uit (solo)buurpraktijken.

Een verloskundige uit een solopraktijk zegt hierover: "Ik werk solo en ben altijd bereikbaar..., alleen achterwachtdienst tijdens vakantie, ziekte of 'dubbele partus'. Dus geen vaste regeling of vaste vrije dagen."

Tevens geeft een sologevestigde verloskundige aan dat zij afhankelijk is van de verloskundig actieve huisartsen in de omgeving: "Ik draai mee in het dienstrooster van de verloskundig actieve huisartsen en ben zodoende verplicht dienst te draaien als een niet verloskundig actieve huisarts dienst heeft."

Verloskundigen in een duo-praktijk, draaien meestal diensten in een cyclus van twee weken, waarvan zij bijvoorbeeld week 1 de hele week dienst hebben, week 2 de spreekuren voor hun rekening nemen en de rest van de week vrij hebben. Opvallend is de regeling van diensten voor een vierpersoons-praktijk. Verloskundigen gevestigd in een vierpersoons-praktijk geven minder vaak aan dan verloskundigen gevestigd in andere praktijkvormen dat zij een vast rooster hebben. Het rooster wordt elke maand opnieuw opgesteld, na overleg en rekening houdend met ieders wensen. Een verloskundige uit een vierpersoons-praktijk zegt hierover: "Er wordt meestal een rooster gemaakt naar aanleiding van onze wensen. Er is dus een flexibel rooster."

Verloskundigen die zich hebben gevestigd in een maatschap geven aan dat het rooster ook afhankelijk is van de groottes van de praktijkaandelen. De diensten worden verdeeld naar praktijkaandeel. Enkele (groeps)praktijken geven aan dat het rooster tegenwoordig onregelmatiger en zwaarder is dan normaal het geval is, aangezien er wegens ziekte of burnout collega's wegvallen. De gaten in het rooster worden opgevuld door de andere collega's of door waarnemers. Een verloskundige uit een groepspraktijk zegt hierover: "Het laatste half jaar is één maat ziek, daardoor worden veel verschillende waarnemers aangetrokken, waardoor diensten erg onregelmatig zijn."

De duur van de diensten is zeer variabel. De kleinere praktijken hebben langer achter elkaar dienst dan de grotere praktijken. De grotere praktijken geven aan dat de weekenddiensten variëren van 48 uur tot 72 uur. De weekdiensten variëren van 12 tot 48 uur. De diensten voor klinisch werkzame verloskundigen zijn continue diensten van 8 uur (volgens de CAO ziekenhuiswezen).

Het aantal dagdelen dat aan spreekuren wordt besteed neemt toe naarmate de grootte van de praktijk toeneemt. De meeste verloskundigen geven aan dat zij de nacht voor de spreekuren geen dienst hebben en veelal na de spreekuren ook de dienst niet ingaan. Soms is diegene die spreekuren doet tevens achterwacht. De spreekuurdiensten zijn vaak opgesplitst in dagdelen. Soms wordt er 's avonds spreekuur gehouden. De duur van de spreekuurdagdelen varieert van 2,5 tot 4 uur. Enkele verloskundigen geven aan hoeveel cliënten er worden gezien in een spreekuur. Dat is afhankelijk van de aard van het bezoek. Een intake duurt een half uur tot veertig minuten en controles duren tien tot twintig minuten. Sommige verloskundigen hebben aparte intake-spreekuurdagdelen en controle-spreekuurdagdelen. De grotere praktijken werken tijdens de spreekuren soms ook met praktijkassistenten.

Met name kleine praktijken geven aan dat zij in principe geen achterwachting hebben, omdat zij anders nooit werkelijk vrij zijn. Indien er sprake is van 'dubbel zitten' dan is het mogelijk dat er een tijdelijke achterwacht wordt geregeld door een verloskundige uit eigen of buurpraktijk. Deze kleinere praktijkvormen (solo- en duo praktijken) regelen de (tijdelijke) achterwacht vaker met buurpraktijken dan verloskundigen uit een grotere praktijk. De meeste groepspraktijken hebben de achterwacht verdeeld onder collega's van de eigen praktijk en geven aan zelden of nooit een beroep te doen op buurpraktijken. Niet elke groepspraktijk heeft een achterwachting. Zo geeft een verloskundige uit een groepspraktijk aan: "We doen maar wat." Een andere verloskundige schrijft hierover dat zij haar collega's belt en wie kan, springt bij. De daarop volgende keer wordt op haar, in eerste instantie, geen beroep gedaan. Soms heeft de achterwacht een 'bijspring' functie, wat inhoudt dat van een verloskundige die achterwachtdienst heeft, verwacht wordt om daar bij te springen, waar dat nodig is. Zoals een verloskundige beschrijft: "De achterwacht is een volle dagtaak, namelijk: visites rijden, telefonisch spreekuur of dubbel spreekuur meedoen."

De bereikbaarheid wordt door bijna alle verloskundigen met de telefoon geregeld, ofwel door middel van doorschakeling van de praktijktelefoon, ofwel door middel van de mobiele telefoon. Naast het gebruik van de telefoon, geven verloskundigen aan dat zij werken met een semafoon. Een semafoon wordt vaak gebruikt in het geval dat de (mobiele) telefoon niet doorkomt of niet aanstaat. Een mobiele telefoon moet namelijk uitgeschakeld zijn in een ziekenhuis. Het oppiepen via de semafoon wordt meestal verzorgd door een doktersdienst, ook wel dokterscentrale genoemd, een boodschappendienst of door een portier van een (lokaal) ziekenhuis.

5.4 ERVAREN 'BILLIJKHEID' VAN DE HUIDIGE WOON/WERKSITUATIE

5.4.1 Kenmerken van praktijkvoering en samenwerking

Bij de keuze voor een bepaalde werkomgeving spelen kenmerken van de praktijk en kenmerken van de samenwerking met andere zorgverleners in de regio vaak een belangrijke rol. Een keuze wordt dikwijls gemaakt op grond van wat men heeft meegemaakt tijdens de stages of tijdens het waarnemen of op grond van wat men van (aankomende) collega's over een bepaalde praktijk heeft gehoord. Een praktijk met een goede regeling voor diensten en achterwacht zal aantrekkelijker gevonden worden dan een praktijk waar die zaken minder goed geregeld zijn. In de vragenlijst zijn zeven praktijkkenmerken onderscheiden en vijf kenmerken van samenwerking. Voor elk van de kenmerken kon men aangeven of men dat bij het zoeken naar een werkplek beschouwde als investering of als opbrengst. Later in de vragenlijst is dezelfde lijst gepresenteerd, met de vraag of men deze kenmerken in de huidige werksituatie als investering of als opbrengst beschouwde. In onderstaande tabel (tabel 5.5) is een overzicht gegeven van het percentage verloskundigen dat elk van de kenmerken als investering dan wel als opbrengst beschouwde op de beide tijdstippen.

Tabel 5.5 Percentage verloskundigen dat de praktijk- en samenwerkingskenmerken aanmerkt als investering of als opbrengst, bij het verlaten van de opleiding en nu.

	investering toen	opbrengst toen	investering nu	opbrengst nu
Praktijk:				
De reputatie van de praktijk	21,2%	77,9%	34,6%	61,4%
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	27,7%	71,3%	34,4%	64,3%
Erkenning van collega's	34,6%	63,7%	30,7%	67,6%
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	27,3%	70,3%	35,7%	61,2%
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	65,6%	32,4%	50,9%	48,8%
Regeling van diensten en achterwacht	49,2%	49,8%	39,8%	59,5%
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	28,7%	70,0%	27,6%	70,0%
Samenwerking:				
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	34,2%	63,1%	37,0%	59,2%
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	55,6%	43,8%	44,6%	54,0%
Samenwerking met gynaecologen	54,0%	44,0%	47,4%	50,9%
Samenwerking met huisartsen	60,5%	37,9%	56,9%	41,3%
Multidisciplinair overleg	60,0%	39,0%	50,9%	47,0%

De meeste praktijkkenmerken worden als opbrengst gezien, zowel bij de keuze voor een werksituatie (toen) als in de huidige werksituatie (nu). Alleen de taakverdeling in de praktijk of op de afdeling wordt door een meerderheid van verloskundigen aanvankelijk gezien als investering, terwijl bij de beoordeling van de huidige situatie het percentage verloskundigen dat het een investering vindt ongeveer gelijk is aan het percentage dat het een opbrengst vindt. Anders ligt het bij de samenwerking. Alleen de samenwerking met collega's binnen de praktijk wordt aanvankelijk door een meerderheid als opbrengst gezien, alle andere vormen van samenwerking

worden overwegend als investering gezien. Bij de beoordeling van de huidige situatie is dat beeld enigszins veranderd, maar met name samenwerking met huisartsen wordt nog steeds door een meerderheid als investering gezien.

Als een kenmerk als investering werd gezien, kreeg het de waarde -1, werd het als opbrengst gezien dan kreeg het de waarde +1. Beoordeelde men het zowel als investering als als opbrengst dan kreeg het de waarde 0. Op deze manier is per kenmerk een gemiddelde berekend dat positief is als een meerderheid het kenmerk als opbrengst ziet en negatief als een meerderheid het kenmerk als investering ziet (tabel 5.6). Vervolgens is getoetst (met een paired sample T-test) of er een verschil is tussen de twee tijdstippen waarover men een oordeel heeft gegeven. Het verschil in deze en volgende tabellen wordt als significant aangemerkt als de p-waarde kleiner is dan 0,05.

Tabel 5.6 Verschil in oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	0,58	0,27	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	0,46	0,31	0,03
Erkenning van collega's	0,28	0,38	0,13(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	0,43	0,26	0,02
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 0,32	- 0,01	0,00
Regeling van diensten en achterwacht	- 0,05	0,20	0,03
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	0,45	0,42	0,63(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>0,28</i>	<i>0,26</i>	<i>0,62(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	0,31	0,22	0,14(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,12	0,10	0,00
Samenwerking met gynaecologen	- 0,11	0,04	0,03
Samenwerking met huisartsen	- 0,23	- 0,15	0,20(ns)
Multidisciplinair overleg	- 0,21	- 0,04	0,01
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>- 0,06</i>	<i>0,06</i>	<i>0,00</i>

De reputatie van de praktijk wordt door de verloskundigen op dit moment significant vaker als investering gezien dan toen met begon met werken. Hetzelfde geldt voor de grootte van de praktijk en de sfeer in de praktijk of afdeling. De taakverdeling wordt in de huidige werksituatie significant vaker dan toen men begon met werken als opbrengst gezien. Dat geldt ook voor de regeling van de diensten en achterwacht, de samenwerking met collega's buiten de praktijk, de samenwerking met gynaecologen en het multidisciplinair overleg. Gecombineerd tot een totaal-score blijkt men over de praktijkkenmerken niet significant anders te zijn gaan denken, over het de samenwerkingskenmerken wel: ze worden niet meer overwegend als investering gezien. De geconstateerde verschuivingen in het oordeel van de verloskundigen kunnen verschillende betekenissen hebben. Dat men de taakverdeling, de regeling van de diensten en verschillende aspecten van samenwerking nu vaker als opbrengst ziet dan toen men begon met werken kan

bijvoorbeeld betekenen dat die aspecten daadwerkelijk verbeterd zijn. Maar het kan ook betekenen dat het zaken zijn waar men aanvankelijk tegenop had gezien, terwijl die bij nader inzien toch zijn meegevallen. Kenmerken die nu vaker dan bij het verlaten van de opleiding als investering worden beoordeeld, kunnen daadwerkelijk zijn verslechterd, maar het kan ook zijn dat men daar aanvankelijk een te optimistisch beeld van had, dat door de realiteit van het werk is bijgesteld.

Om te onderzoeken of de opvatting of iets vooral een investering of juist een opbrengst is, samenhangt met de soort praktijk waar men in wil of gaat werken, zijn afzonderlijke analyses uitgevoerd voor verloskundigen werkzaam in solo-, duo-, driepersoons- en groepspraktijken en klinisch werkzame verloskundigen. Daaruit blijkt dat verloskundigen die werkzaam zijn in grotere praktijken de praktijkkenmerken relatief vaker als opbrengst zien dan verloskundigen die in kleinere praktijken (solo of duo) werkzaam zijn (zie bijlage, tabellen 5.6 a t/m e). Wat betreft de samenwerkingskenmerken zijn er geen duidelijke verschillen tussen de soort praktijken in de manier waarop deze kenmerken gewaardeerd worden.

5.4.2 De mate van belang van praktijk- en samenwerkingskenmerken

Aan de respondenten is niet alleen gevraagd of ze de genoemde praktijk- en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst beschouwen, ook is gevraagd om aan te geven hoe belangrijk elk kenmerk geweest is bij de keuze voor een bepaalde woon-werksituatie en hoe belangrijk het is in de huidige werksituatie. De mate van belang kon aangegeven worden op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 betekende: 'een zeer klein of geen belang' en 5 betekende: 'een zeer groot belang'. Tabel 5.7 laat het gemiddelde belang zien dat de verloskundigen hebben toegekend aan de praktijk- en samenwerkingskenmerken op beide tijdstippen.

Tabel 5.7 Verschil in mate van belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	3,80	4,28	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	3,68	3,92	0,00
Erkenning van collega's	4,00	4,14	0,01
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	4,38	4,49	0,02
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	3,43	3,84	0,00
Regeling van diensten en achterwacht	3,75	4,09	0,00
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	3,60	3,79	0,00
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>3,81</i>	<i>4,08</i>	<i>0,00</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	4,63	4,69	0,05
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	3,29	3,53	0,00
Samenwerking met gynaecologen	3,82	3,99	0,00
Samenwerking met huisartsen	3,01	3,12	0,02
Multidisciplinair overleg	3,30	3,46	0,00
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>3,62</i>	<i>3,76</i>	<i>0,00</i>

Bij het verlaten van de opleiding werd gemiddeld het hoogste belang toegekend aan de samenwerking met collega's binnen de praktijk, gevolgd door de sfeer in de praktijk of afdeling en de erkenning van collega's. In de huidige werksituatie zijn de kenmerken met het grootste belang nog steeds de samenwerking en de sfeer binnen de praktijk, terwijl de reputatie van de praktijk nu de derde plaats inneemt. Alle kenmerken overigens, of het nu praktijkkenmerken of samenwerkingskenmerken zijn, worden in de huidige situatie van groter belang geacht dan bij het verlaten van de opleiding.

Ook deze resultaten zijn uitgesplitst naar soort praktijk (zie bijlage, tabel 5.7a t/m e). Daaruit blijkt dat bijna overal de samenwerking met collega's binnen de praktijk en de sfeer in de praktijk of op de afdeling de belangrijkste kenmerken gevonden worden. Alleen verloskundigen in solopraktijken hechtten aanvankelijk meer belang aan het type cliënten in de praktijk en hechten nu meer belang aan de reputatie van de praktijk dan aan de sfeer in de praktijk.

Voor alle groepen verloskundigen, behalve de groep die klinisch werkzaam is, is het belang van de reputatie van de praktijk significant toegenomen. De verschillen tussen toen en nu zijn voor geen van de overige kenmerken significant voor verloskundigen in solopraktijken. Voor verloskundigen die werkzaam zijn in een duo-praktijk zijn het belang van de taakverdeling in de praktijk en het belang van de samenwerking met gynaecologen en met huisartsen significant toegenomen. Voor verloskundigen werkzaam in driepersoons- of groepspraktijken zijn de meeste van de kenmerken significant in belang toegenomen. Bij de klinisch werkenden geldt dat alleen voor de grootte van de praktijk.

5.4.3 De 'billijkheid' van de huidige situatie ten opzichte een eerder tijdstip

De billijkheidstheorie stelt dat mensen hun eigen situatie als 'billijk' of 'rechtvaardig' ervaren als de balans tussen investeringen en opbrengsten nu niet slechter uitvalt dan de balans van investeringen en opbrengsten op een eerder tijdstip. Dat wil zeggen dat mensen hun situatie als 'billijk' ervaren als ze het gevoel hebben dat ze er in de afgelopen tijd tenminste niet op achteruit zijn gegaan wat betreft het totaal aan, of de balans van, investeringen en opbrengsten. Mensen die hun huidige werksituatie als 'onbillijk' ervaren zullen eerder dan anderen geneigd zijn om een andere functie of een andere werkplek te zoeken. Dat geldt uiteraard ook voor verloskundigen.

Om de billijkheid van de werksituatie van verloskundigen te berekenen is een gecombineerde score gemaakt, waarin het belang van de verschillende praktijk- en samenwerkingskenmerken (waardering 1 tot 5) is gekoppeld aan het oordeel of het betreffende kenmerk een investering is of een opbrengst (waardering - of +). Hiermee ontstaat een schaal met een bereik van - 5 tot + 5, een balansscore voor elk van beide tijdstippen. De billijkheid van de huidige situatie wordt bepaald door het verschil tussen de balansscore toen, die betrekking heeft op de situatie bij het verlaten van de opleiding, en de balansscore nu, die betrekking heeft op de huidige situatie. Van de zeven praktijkkenmerken laten er vijf een significante verschuiving zien in de balansscore (zie tabel 5.8). Drie van die verschuivingen zijn in negatieve zin: de reputatie van de praktijk, de grootte van de praktijk of afdeling en de sfeer in de praktijk of afdeling. Dat wil zeggen dat men gemiddeld het gevoel heeft er op die punten op achteruit te zijn gegaan. Twee verschuivingen zijn in positieve zin: de taakverdeling in de praktijk of afdeling en de regeling van de diensten en achterwacht. Dat wil zeggen dat men gemiddeld het gevoel heeft er op die punten op vooruit te zijn gegaan. Als alle praktijkkenmerken samen worden genomen zijn er geen sprake van een significante verschuiving in de balansscore.

Tabel 5.8 Verschil in gemiddelde balansscores van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken

	gemiddelde balansscore toen	gemiddelde balansscore nu	verandering + / -	p
Praktijk:				
De reputatie van de praktijk	2,25	1,06	-	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	1,76	1,15	-	0,03
Erkenning van collega's	1,21	1,58	+	0,24(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	2,01	1,22	-	0,02
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 1,16	0,04	+	0,00
Regeling van diensten en achterwacht	0,33	1,01	+	0,02
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	1,65	1,69	+	0,87(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>1,18</i>	<i>1,10</i>	-	<i>0,66(ns)</i>
Samenwerking:				
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	1,48	1,07	-	0,18(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,28	0,38	+	0,01
Samenwerking met gynaecologen	- 0,40	0,21	+	0,04
Samenwerking met huisartsen	- 0,76	- 0,41	+	0,12(ns)
Multidisciplinair overleg	- 0,78	- 0,11	+	0,01
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>- 0,13</i>	<i>0,20</i>	+	<i>0,08(ns)</i>
praktijk- en samenwerkingskenmerken samen	0,51	0,59	+	0,64(ns)

Van de vijf samenwerkingskenmerken laten er drie een significante verschuiving zien, alle drie in positieve zin: de samenwerking met collega's buiten de praktijk, de samenwerking met gynaecologen en het multidisciplinair overleg. Dat wil zeggen dat men gemiddeld het gevoel heeft er op die punten op vooruit te zijn gegaan. De score voor de samenwerkingskenmerken gezamenlijk laat geen significante verschuiving zien.

Dit betekent dat de verloskundigen als groep hun huidige werksituatie niet als onbillijk ervaren, maar dat op onderdelen een meerderheid van mening is dat ze nu meer moeten investeren dan toen ze begonnen, terwijl andere onderdelen nu vaker dan toen men begon als opbrengst beschouwd worden.

Van de 214 verloskundigen die alle vragen over investeringen en opbrengsten hebben ingevuld zijn er 91 die hun situatie als onbillijk beschouwen, althans, volgens de hier gehanteerde operationalisering. Dat wil zeggen dat hun balans van investeringen en opbrengsten, voor praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken samen, voor de situatie nu lager is dan voor de situatie toen ze net van de opleiding kwamen.

5.4.4 De 'billijkheid' van de eigen situatie ten opzichte van een ander

Een andere manier om de billijkheid van de huidige werksituatie te bepalen is door een vergelijking te maken met de situatie van één of meer collega's. Om dat te doen is aan de respondenten gevraagd om hun eigen situatie op een aantal punten te vergelijken met die van andere verloskundigen, bijvoorbeeld hun jaargenoten en daarbij aan te geven of ze vinden dat ze (veel) beter, ongeveer net zo of (veel) slechter af zijn dan de persoon met wie ze zich vergelijken. In

onderstaande tabel (tabel 5.9) is aangegeven hoe die verdeling is over de verloskundigen met betrekking tot een viertal praktijkenmerken. In de bijlage is een tabel opgenomen (tabel 5.9a) waarin ook onderscheid gemaakt is naar de soort praktijk waarin men nu werkzaam is.

Tabel 5.9 Mening van verloskundigen over hun eigen positie ten aanzien van enkele praktijkmerken in vergelijking met anderen, zoals jaargenoten, in percentages en absolute aantallen

	(veel) beter		ongeveer net zo		(veel) slechter	
	%	abs	%	abs	%	abs
De regeling van de diensten	45,0	136	42,1	127	12,9	39
De werkdruk	44,2	134	38,0	115	17,8	54
De hoogte van het inkomen	18,2	55	52,5	159	29,4	89
De mogelijkheid om samen te werken	48,8	146	35,8	115	12,7	38

Bijna de helft van alle verloskundigen (45%) vindt dat ze beter of veel beter af zijn dan hun jaargenoten met betrekking tot de regeling van de diensten. Hetzelfde geldt voor de werkdruk (44,2%) en de mogelijkheid tot samenwerken (48,8%). Alleen wat betreft de hoogte van het inkomen vindt de meerderheid dat ze niet beter of slechter af is dan hun jaargenoten, terwijl het aantal verloskundigen dat vindt dat ze slechter af is dan anderen groter is dan het aantal dat vindt dat ze beter af is dan anderen. Onderverdeling naar soort praktijk (zie bijlage, tabel 5.9a) laat zien dat verloskundigen in solopraktijken van mening zijn dat ze wat betreft de regeling van diensten en de mogelijkheden om samen te werken vaak slechter af zijn dan hun jaargenoten. Verloskundigen in duo-praktijken vinden in meerderheid dat ze beter af zijn dan hun jaargenoten wat betreft de werkdruk. Verloskundigen in driepersoons-praktijken vinden zichzelf over het algemeen goed vergelijkbaar met hun jaargenoten of vinden dat ze beter af zijn. Verloskundigen in groepspraktijken van 4 of meer collega's vinden in meerderheid dat ze wat betreft de regeling van diensten en de mogelijkheid om samen te werken beter af zijn dan hun jaargenoten. Dit geldt in nog sterkere mate voor klinisch werkende verloskundigen. Die zijn echter in meerderheid van mening dat ze wat betreft de hoogte van hun inkomen slechter af zijn dan hun jaargenoten.

Worden deze vier praktijkenmerken samen genomen en wordt berekend hoe verloskundigen gemiddeld hun positie ten opzichte van hun jaargenoten inschatten, dan blijkt één op de vijf (20,3%) van mening te zijn dat haar positie slechter is dan die van anderen. Verloskundigen in solopraktijken zijn naar verhouding het meest dikwijls van mening dat ze slechter af zijn dan anderen. Hoe groter de praktijk, dat wil zeggen, hoe meer collega-verloskundigen, hoe minder vaak men van mening is dat men slechter af is dan anderen.

In onderstaande tabel (tabel 5.10) is het verband tussen de soort praktijk en de mening van verloskundigen over hun positie ten opzichte van anderen aangegeven. De toets laat zien dat het een significant verband is.

Tabel 5.10 Samenhang tussen soort praktijk waarin de verloskundigen werkzaam zijn en mening van verloskundigen over hun positie met betrekking tot enkele praktijkkenmerken, ten opzichte van anderen

	Slechter af		Net zo of beter		totaal
	%	abs	%	abs	abs
solopraktijk	75,0	9	25,0	3	12
duo-praktijk	35,6	21	64,4	38	59
driepersoons-praktijk	17,5	17	82,5	80	97
groepspraktijk	11,6	11	88,4	84	95
klinische praktijk	3,8	1	96,2	25	26

$\chi^2 = 39,8$ (df=4) $p=0,000$

Omdat het voor de inschatting van de eigen positie nogal verschil kan maken met wie men zich vergelijkt, is de respondenten gevraagd om aan te geven of men zich heeft vergeleken met verloskundigen met een even grote praktijk, een grotere praktijk en een kleinere praktijk. (De termen groot en klein hebben hier betrekking op het aantal inschrijvingen in een praktijk.) Sommige respondenten hebben daar geen keus uit gemaakt, maar alle drie aangekruist. Bovendien hebben sommige klinisch werkende verloskundigen aangegeven zich te hebben vergeleken met verloskundigen in een eigen praktijk. Deze laatste twee groepen zijn samengevoegd in de categorie: verloskundigen die zich vergelijken met verloskundigen in het algemeen. Uit onderstaande tabel (tabel 5.11) blijkt dat er geen significant verband is tussen de mening van verloskundigen over hun positie ten opzichte van anderen en de soort 'vergelijkings-verloskundige' met wie ze zich vergeleken heeft.

Tabel 5.11 Samenhang tussen de soort 'vergelijkings-verloskundigen' en mening van verloskundigen over hun positie met betrekking tot praktijkkenmerken, ten opzichte van hen

vergelijking met:	Slechter af		Net zo of beter		totaal
	%	abs	%	abs	abs
verloskundigen met kleinere praktijk	12,9	4	87,1	27	31
verloskundigen met even grote praktijk	20,0	29	80,0	116	145
verloskundigen met grotere praktijk	29,7	22	70,2	52	74
verloskundigen algemeen	11,0	4	88,9	32	36

$\chi^2 = 6,90$ (df=3) $p=0,075$

De verloskundigen hebben ook aangegeven wat hun eigen positie met betrekking tot een aantal omgevingskenmerken is in vergelijking met anderen. Bijna de helft van de verloskundigen (48,1%) vindt dat ze beter af is dan anderen wat betreft de bereikbaarheid van specialistische hulp en meer dan de helft (55,7%) vindt dat ze beter af is dan anderen wat betreft de leefbaarheid van de omgeving (zie tabel 5.12). Ook ten aanzien van de afstand van en naar cliënten

en de afstand van en naar de praktijk is meer dan 45% van mening dat ze beter af zijn dan anderen. Wat betreft het percentage allochtone cliënten en het type cliënten is bijna de helft van mening dat het bij hen niet anders is dan bij anderen.

Tabel 5.12 Mening van verloskundigen over hun eigen positie met betrekking tot enkele omgevingskenmerken in vergelijking met anderen, zoals jaargenoten, in percentages en absolute aantallen

	(veel) beter		ongeveer net zo		(veel) slechter	
	%	abs	%	abs	%	abs
De bereikbaarheid van specialistische hulp	48,1	142	40,7	120	11,2	33
De afstand van en naar cliënten	45,4	132	38,8	113	15,8	46
De afstand van en naar de praktijk	47,3	139	43,5	128	9,2	27
Het percentage allochtone cliënten	36,8	106	48,6	140	14,6	42
Het type cliënten (veeleisend, lastig)	37,6	111	48,5	143	13,9	41
Leefbaarheid van de omgeving	55,7	165	35,5	105	8,8	26

Ook deze tabel is uitgesplitst, nu naar de soort gemeente waarin men werkzaam is (zie bijlage, tabel 5.12a). Verloskundigen die in een grote of middelgrote stad werken vinden in meerderheid dat ze beter af zijn dan anderen met betrekking tot de bereikbaarheid van specialistische hulp en de afstand van en naar hun cliënten. Ruim één op de vijf (21,5%) vindt dat ze slechter af is dan anderen wat betreft het type cliënten.

Van de verloskundigen die werkzaam zijn in een kleine stad of forenzengemeente vinden twee op de drie (76,4%) dat ze beter af zijn dan anderen wat betreft de leefbaarheid van de omgeving (zie tabel 5.13). Van de verloskundigen die op het (verstedelijkt) platteland werken is overigens een nog groter deel die mening toegedaan, namelijk 90,7%. Verder vindt ongeveer één op de vijf verloskundigen in beide laatstgenoemde groepen dat ze slechter af is dan anderen met betrekking tot de bereikbaarheid van specialistische hulp. Eén op de drie verloskundigen die werkzaam zijn op het (verstedelijkt) platteland vindt dat ze slechter af is dan anderen wat betreft de afstand van en naar cliënten.

Tabel 5.13 Samenhang tussen soort gemeente waar de praktijk gevestigd is en mening van verloskundigen over hun positie, met betrekking tot omgevingskenmerken, ten opzichte van anderen

	Slechter af		Net zo of beter		totaal
	%	abs	%	abs	abs
grote of middelgrote stad	13,5	22	86,5	141	163
kleine stad of forenzengemeente	11,1	5	88,9	40	45
(verstedelijkt) platteland	9,6	7	90,4	66	73

$\chi^2 = 0,77$ (df=2) $p=0,679$

Als de zes genoemde omgevingskenmerken samengevoegd worden tot één variabele, dan blijkt dat één op de acht verloskundigen (12,4%) van mening is dat ze, met betrekking tot deze omgevingskenmerken, slechter af is dan haar collega's. Bovenstaande tabel (tabel 5.13) laat zien dat er geen statistische samenhang is tussen de soort gemeente waarin de verloskundige werkzaam is en de inschatting van haar positie ten opzichte van anderen met betrekking tot kenmerken van de omgeving.

Opnieuw is gevraagd met wie men zichzelf had vergeleken bij het beantwoorden van deze vraag: met verloskundigen in een (zeer) sterk verstedelijkte gemeente, in een matig verstedelijkte gemeente of op het (verstedelijkt) platteland. Ook hierbij blijkt geen samenhang te bestaan tussen de soort 'vergelijkings-verloskundige' en de inschatting van de eigen positie ten opzichte van hen (zie tabel 5.14).

Tabel 5.14 Samenhang tussen de soort 'vergelijkings-verloskundigen' en de mening van verloskundigen over hun positie, met betrekking tot omgevingskenmerken, ten opzichte van hen

	Slechter af		Net zo of beter		totaal
	%	abs	%	abs	abs
verloskundigen in:					
(zeer) sterk verstedelijkte gemeente	14,7	17	85,3	99	116
matig verstedelijkte gemeente	10,8	11	89,2	91	102
(verstedelijkte) plattelandsgemeente	15,4	4	84,6	22	26
elke gemeente	9,1	3	90,9	30	33
$\chi^2 = 1,30$ (df=3) p=0,729					

Bovenstaande analyses laten zien dat, volgens onze operationalisatie, één op de vijf verloskundigen haar huidige werksituatie als onbillijk beoordeelt in vergelijking met anderen wanneer gekeken wordt naar praktijkkenmerken, terwijl één op de acht haar werksituatie als onbillijk beoordeelt als gekeken wordt naar omgevingskenmerken.

5.4.5 Toekomstverwachtingen

Volgens de billijkheids-theorie van Adams zijn er verschillende strategieën om met ervaren onbillijkheid om te gaan. Eén daarvan is het verlaten van de onbillijke situatie. De verwachting is daarom dat verloskundigen die hun situatie als onbillijk beoordelen eerder dan anderen geneigd zullen zijn om op zoek te gaan naar een andere functie of andere praktijk.

Van de 60 verloskundigen die hun situatie in vergelijking met jaargenoten als onbillijk beoordelen met betrekking tot de genoemde praktijkkenmerken, is in onderstaande tabel (tabel 5.15) aangegeven wat hun toekomstverwachting is, op korte en op langer termijn. De meesten verwachten over 1 jaar nog in dezelfde functie en in dezelfde praktijk werkzaam te zijn. Ruim één op de drie verwacht over 1 jaar minder uren te zullen werken en een klein aantal verwacht over 1 jaar in een andere functie en/of in een andere praktijk werkzaam te zijn.

De helft van deze groep verloskundigen verwacht over 5 jaar nog dezelfde functie te hebben, maar één op de drie verwacht dan in een andere praktijk te werken en één op de vier verwacht over 5 jaar in een andere vestigingsplaats te werken.

Tabel 5.15 Toekomstverwachtingen van verloskundigen die hun huidige werksituatie in vergelijking met jaargenoten als **onbillijk** ervaren ten aanzien van praktijkenmerken (N = 60)

	Over 1 jaar		over 5 jaar	
	%	abs	%	abs
dezelfde functie	78,3	47	50,0	30
dezelfde praktijk	75,0	45	36,7	22
dezelfde praktijk, maar minder uren	38,3	23	43,3	26
dezelfde praktijk, maar meer uren	8,3	5	1,7	1
andere functie	8,3	5	3,3	2
andere praktijk	18,3	11	31,7	19
andere vestigingsplaats	10,0	6	26,7	16
niet meer werkzaam	-	-	5,0	3

Ter vergelijking zijn in tabel 5.16 de toekomstverwachtingen weergegeven van de verloskundigen die in de vergelijking met jaargenoten hun eigen situatie met betrekking tot praktijkenmerken wel als billijk ervaren.

Tabel 5.16 Toekomstverwachtingen van verloskundigen die hun huidige werksituatie in vergelijking met jaargenoten als **billijk** ervaren ten aanzien van praktijkenmerken (N = 235)

	Over 1 jaar		over 5 jaar	
	%	abs	%	abs
dezelfde functie	80,9	190	61,7	145
dezelfde praktijk	74,9	176	53,2	125
dezelfde praktijk, maar minder uren	20,9	49	42,1	99
dezelfde praktijk, maar meer uren	10,2	24	5,1	12
andere functie	4,3	10	11,9	28
andere praktijk	2,6	6	11,1	26
andere vestigingsplaats	3,0	7	10,6	25
niet meer werkzaam	0,9	2	3,0	7

Wat in de vergelijking van de twee tabellen vooral opvalt is dat de verloskundigen die hun situatie als onbillijk ervaren veel vaker dan de anderen verwachten over 1 jaar al minder uren te werken, in een andere praktijk of in een andere vestigingsplaats te werken. Degenen die hun situatie als billijk ervaren verwachten net zo vaak als degenen die hun situatie als onbillijk ervaren over 5 jaar minder uren te werken, maar verwachten veel minder vaak in een andere praktijk of een andere vestigingsplaats te werken.

Van de 35 verloskundigen die hun situatie in vergelijking met jaargenoten als onbillijk beoordelen met betrekking tot de genoemde omgevingskenmerken, is in onderstaande tabel (tabel 5.17) aangegeven wat hun toekomstverwachting is, op korte en op langer termijn. Ook hier verwachten de meesten over 1 jaar nog in dezelfde functie en in dezelfde praktijk werkzaam te zijn. Eén op de drie verwacht over 1 jaar minder uren te werken en een enkeling verwacht over 1 jaar in een andere praktijk of een andere vestigingsplaats te werken.

Tabel 5.17 Toekomstverwachtingen van verloskundigen die hun huidige werksituatie in vergelijking met jaargenoten als **onbillijk** ervaren ten aanzien van omgevingskenmerken (N = 35)

	Over 1 jaar		over 5 jaar	
	%	abs	%	abs
dezelfde functie	77,1	27	51,4	18
dezelfde praktijk	74,3	26	37,1	23
dezelfde praktijk, maar minder uren	34,3	12	45,7	16
dezelfde praktijk, maar meer uren	8,6	3	2,9	1
andere functie	2,9	1	11,4	4
andere praktijk	8,6	3	17,1	6
andere vestigingsplaats	5,7	2	17,1	6
niet meer werkzaam	-	-	5,7	2

Ook in deze groep verwacht de helft over 5 jaar nog dezelfde functie te hebben, veelal in dezelfde praktijk, maar dan met minder uren. Een klein aantal verwacht over 5 jaar in een andere functie, dan wel in een andere praktijk of andere vestigingsplaats te werken.

Opnieuw is ter vergelijking dezelfde tabel opgesteld met de verwachtingen van verloskundigen die hun situatie wel als billijk ervaren (tabel 5.18).

Tabel 5.18 Toekomstverwachtingen van verloskundigen die hun huidige werksituatie in vergelijking met jaargenoten als **billijk** ervaren ten aanzien van omgevingskenmerken (N = 248)

	Over 1 jaar		over 5 jaar	
	%	abs	%	abs
dezelfde functie	81,5	202	62,6	155
dezelfde praktijk	77,0	191	53,6	133
dezelfde praktijk, maar minder uren	25,4	63	44,4	110
dezelfde praktijk, maar meer uren	10,1	25	4,8	12
andere functie	5,6	14	10,1	25
andere praktijk	5,6	14	16,5	41
andere vestigingsplaats	4,4	11	13,7	34
niet meer werkzaam	0,8	2	2,8	7

Bij vergelijking van de tabellen 5.17 en 5.18 blijkt opnieuw dat verloskundigen die hun situatie als onbillijk ervaren vaker dan de anderen verwachten over 1 jaar minder uren te zullen werken. Ervaren onbillijkheid ten aanzien van omgevingskenmerken lijkt echter veel minder dan ervaren onbillijkheid ten aanzien van praktijkkenmerken er toe te leiden dat men verwacht op korte termijn in een andere praktijk of ander vestigingsplaats te werken. Ook voor de verwachting op langere termijn zijn die verschillen niet groot. Verloskundigen die hun situatie als billijk ervaren verwachten wel vaker dan de anderen dat ze over 5 jaar nog in dezelfde functie en dezelfde praktijk werkzaam zullen zijn.

5.4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is allereerst nagegaan in hoeverre de wensen van pas-afgestudeerde verloskundigen samenhangen met enerzijds de provincie waar ze zijn opgegroeid en anderzijds hun huidige werksituatie. Gebleken is dat tenminste de helft van de pas-afgestudeerden terug wil naar de provincie waar ze zijn opgegroeid. Dit geldt echter in veel mindere mate voor verloskundigen die in Groningen, Friesland of Zeeland zijn opgegroeid. Dat maar weinig pas-afgestudeerden een voorkeur hebben voor werken in een van de drie noordelijke provincies, Flevoland of Zeeland, kan daarom maar deels verklaard worden uit het feit dat de opleidingen maar weinig leerlingen uit die provincies aantrekken.

De meeste verloskundigen zijn er in geslaagd om werk te vinden in de soort praktijk waar hun voorkeur naar uitging bij het verlaten van de opleiding. Dit zal ongetwijfeld mede te maken hebben met de huidige arbeidsmarkt voor verloskundigen, waarbij bijna de helft van de praktijken op zoek is naar een nieuwe collega of waarnemer, zoals bleek uit het onderzoek naar knelpunten op de verloskundige zorgverlening uit 1999 (Wiegers e.a. 1999).

Vervolgens is nagegaan welke praktijk- en omgevingskenmerken voor pas-afgestudeerde verloskundigen een belangrijke rol spelen en wat daar eventueel in veranderd is in de huidige werksituatie. Gebleken is dat bij de keuze voor een bepaalde praktijk het meeste belang gehecht wordt aan de praktijkvorm, de organisatie en het rendabel zijn van de praktijk. Wat omgevingskenmerken betreft wordt aanvankelijk vooral veel belang gehecht aan de leefbaarheid van de omgeving en de nabijheid van familie en vrienden. Na verloop van tijd blijkt het belang van vier van de zes genoemde praktijkkenmerken te zijn toegenomen, zonder dat overigens de rangvolgorde ervan is veranderd. Bij de omgevingskenmerken blijkt dat de locatie van de praktijk, het gevoel van veiligheid en de reistijd, zowel van en naar specialistische hulp als ook van en naar cliënten, in de huidige situatie belangrijker worden gevonden dan de nabijheid van familie en vrienden. Voor een deel weerspiegelt dit het feit dat de verloskundigen inmiddels 'gesetteld' zijn: de keus voor een vestigingsplaats is gemaakt en er is ter plaatse een vrienden/kennissenkring opgebouwd. Daarmee is het belang van de nabijheid van familie en vrienden wat naar de achtergrond verdrongen. Andere aspecten, die meer met het werk zelf te maken hebben zijn meer op de voorgrond komen te staan.

Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat voor beginnende verloskundigen vooral praktijken die goed georganiseerd en rendabel zijn het meest aantrekkelijk zijn. Dit zijn kenmerken waar verloskundigen die een nieuwe collega zoeken zelf iets aan kunnen doen, in tegenstelling tot de belangrijk gevonden omgevingskenmerken: de leefbaarheid ervan en de nabijheid van familie en vrienden. Eén specifiek aspect van de organisatie van een praktijk heeft in de vragenlijst extra aandacht gekregen, namelijk de regeling van de diensten en de achterwacht. Analyse hiervan liet zien dat er bijna evenveel verschillende regelingen zijn als er verloskundige

praktijken zijn. Toch zijn er wel enkele conclusies uit te trekken. In grotere praktijken zijn de regelingen meer flexibel dan in kleinere praktijken, de diensten zijn gemiddeld genomen korter en er is vaker dan in kleine praktijken een achterwacht geregeld. Dit maakt het aannemelijk dat grotere praktijken aantrekkelijker zijn voor beginnende verloskundigen dan kleinere praktijken. Een andere benadering om na te gaan wat een bepaalde praktijk aantrekkelijk maakt, is gehanteerd bij het bepalen van de ervaren 'billijkheid' van de werksituatie van de verloskundigen. Hieruit is gebleken dat vooral samenwerkingskenmerken gezien worden als investering. Daar kan de les uit getrokken worden dat praktijken met goede samenwerkingsafspraken waarschijnlijk aantrekkelijker zijn voor beginnende verloskundigen dan praktijken waar dergelijke afspraken ontbreken. Uit de analyses is gebleken dat veel van de samenwerkingskenmerken aanvankelijk als investering gezien werden, dat wil zeggen dat men er tegen op keek, terwijl in de huidige werksituatie samenwerking met collega's buiten de eigen praktijk en samenwerking met gynaecologen overwegend als opbrengst gezien worden.

Als alle praktijk- en samenwerkingskenmerken bij elkaar genomen worden, dan blijkt de meerderheid van de verloskundigen van mening te zijn dat hun huidige werksituatie niet slechter is dan toen ze begonnen met werken en in veel gevallen beter. Een grote minderheid echter (39%) beoordeelt de huidige situatie, volgens onze operationalisering, als onbillijk ten opzichte van hun situatie bij het verlaten van de opleiding.

Een inschatting van de billijkheid van de huidige werksituatie is ook gemaakt in vergelijking met andere verloskundigen, bijvoorbeeld jaargenoten. Hieruit is gebleken dat één op de vijf verloskundigen (20,3%) vindt dat ze, wat betreft een aantal praktijkkenmerken, slechter af is dan collega-verloskundigen. In kleinere praktijken, dat wil zeggen met minder of geen collega-verloskundigen, is men vaker van mening dat men slechter af is dan anderen. Eén op de acht verloskundigen (12,4%) is van mening dat ze ten aanzien van de omgevingskenmerken slechter af is dan anderen. Er is geen samenhang gevonden met de soort gemeente waar de huidige praktijk gevestigd is. In beide vergelijkingen is eveneens geen verband gevonden met de soort verloskundigen met wie men zich vergeleken heeft.

De conclusie hieruit is dat kleine praktijken (solo- en duo-praktijken) minder aantrekkelijk zijn dan grotere praktijken (groepspraktijken) en dat dat oordeel los staat van de mate van verstedelijking van de gemeente waar de praktijk gevestigd is.

6. VESTIGING IN 'MOEILIJKE' GEBIEDEN

In het voorgaande hoofdstuk is aangegeven wat voor beginnende verloskundigen en voor verloskundigen in hun huidige werksituatie aantrekkelijke praktijkenmerken en omgevingskenmerken zijn. Daarbij is ook gevraagd welke kenmerken men zag als investering en welke als opbrengst. De verwachting is dat verloskundigen die werkzaam zijn in de zogenaamde 'moeilijke gebieden' een verschillend belang zullen hechten aan de rol die praktijkenmerken en omgevingskenmerken spelen. 'Moeilijke gebieden' zijn gebieden met een naar verhouding lage verloskundigendichtheid, dat wil zeggen, gebieden waar relatief weinig verloskundigen werkzaam zijn in verhouding tot het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd, de potentiële cliëntenkring. Ook is de verwachting dat verloskundigen die werkzaam zijn in 'moeilijke gebieden' verschillende aspecten van hun werk vaker als investering zullen zien dan als opbrengst.

De vraag is nu of dat oordeel correspondeert met geografische kenmerken van de als moeilijk bekend staande gebieden, zoals de noordelijke provincies en Zeeland of de plattelandsgemeenten. Hiervoor is voor praktijkenmerken en voor samenwerkingskenmerken afzonderlijk bepaald hoeveel verloskundigen van mening zijn dat ze in hun huidige situatie meer moeten investeren dan toen ze net begonnen met werken. Vervolgens zijn die gegevens uitgesplitst naar de provincie waar men gevestigd is en de mate van verstedelijking van de gemeente waar de praktijk gevestigd is. In onderstaande tabel (tabel 6.1) wordt, naast het totaal aantal respondenten dat in elke provincie werkzaam is, het aantal en percentage daarvan vermeld dat van mening is nu meer te investeren dan toen men begon, afzonderlijk ten aanzien van praktijkenmerken en ten aanzien van samenwerkingskenmerken.

Tabel 6.1 Aantal en percentage respondenten per provincie dat in de huidige situatie meer moet investeren dan toen men begon met werken

provincie	Totaal	nu meer investeren		nu meer investeren	
			t.a.v. praktijk		t.a.v. samenwerking
Groningen	5	2	40%	3	60%
Friesland	3	2	67%	1	33%
Drenthe	3	1	33%	1	33%
Overijssel	25	9	36%	7	28%
Flevoland	6	-	-	1	17%
Gelderland	30	12	40%	5	17%
Utrecht	22	3	14%	8	36%
Noord-Holland	66	26	39%	19	29%
Zuid-Holland	74	23	31%	26	35%
Zeeland	2	1	50%	1	50%
Noord-Brabant	48	12	25%	20	42%
Limburg	25	5	20%	6	24%
Totaal	309	96	31%	98	32%

Hoewel de aantallen per provincie soms erg klein zijn, kunnen er toch wel enkele voorzichtige conclusies uit getrokken worden. Ten eerste blijkt gemiddeld bijna één op de drie verloskundigen in de huidige werksituatie meer te investeren dan kort na het verlaten van de opleiding. Dit is het geval ten aanzien van zowel de praktijkkenmerken als de samenwerkingskenmerken waar naar gevraagd is. In Friesland zijn twee van de drie aan het onderzoek deelnemende verloskundigen van mening dat ze nu meer moeten investeren in de praktijk waarin ze werken dan toen ze begonnen. In Groningen zijn drie van de vijf deelnemende verloskundigen van mening dat ze nu meer moeten investeren in de samenwerking met andere zorgverleners dan toen ze begonnen en twee van de vijf zijn van mening dat ze nu meer moeten investeren in de praktijk. Voor Zeeland geldt dat voor beide soorten kenmerken één van de twee aan het onderzoek deelnemende verloskundigen van mening is in de huidige situatie meer te investeren dan toen ze begon met werken. In de overige provincies zijn de percentages verloskundigen die nu aangeven meer te investeren dan toen ze begonnen steeds lager dan 50%. Alleen in Flevoland vindt geen van de daar werkzame verloskundigen dan ze nu meer dan vroeger investeren in de praktijk. Een zelfde onderverdeling kan gemaakt worden ten aanzien van de mate van verstedelijking van de gemeentes waar verloskundigen werkzaam zijn (zie tabel 6.2).

Tabel 6.2 Aantal en percentage respondenten per soort gemeente dat in de huidige situatie meer moet investeren dan toen men begon met werken

soort gemeente	Totaal	nu meer investeren		nu meer investeren	
		t.a.v. praktijk		t.a.v. samenwerking	
grote stad	92	35	38%	31	34%
middelgrote stad	93	28	30%	34	37%
kleine stad	39	13	33%	12	31%
forenzengemeente	10	1	10%	6	60%
verstedelijkt platteland	37	13	35%	10	27%
plattelandsgemeente	38	7	18%	7	18%
Totaal	309	97	31%	100	32%

De verschillen zijn hier minder groot dan bij opsplitsing naar provincie, maar de groepen zijn, wat grootte betreft, onderling beter vergelijkbaar. Wat opvalt is dat zowel in de grote stad als op het verstedelijkt platteland verloskundigen vaker van mening zijn dat ze nu meer dan vroeger investeren in de praktijk dan in de andere soorten gemeentes. Wat betreft de samenwerkingskenmerken springen de forenzengemeenten er duidelijk uit: een meerderheid vindt dat er nu meer geïnvesteerd wordt in samenwerking dan toen men begon met werken. Daarnaast vindt men ook in de middelgrote steden vaker dan gemiddeld dat men nu meer dan in het verleden investeert in de samenwerking.

Ook wat betreft de rol die verschillende praktijk- en omgevingskenmerken gespeeld hebben bij de keuze voor een woon- en werkomgeving is een onderscheid gemaakt naar de soort gemeente waar de voorkeur naar uit ging. Dit om na te gaan of bepaalde kenmerken voor verloskundigen die graag in een plattelandsgemeente willen werken een (veel) grotere of kleinere rol gespeeld

hebben dan voor verloskundigen die in een grote stad willen werken. Allereerst is hieruit gebleken dat de verschillen maar heel klein zijn zodat er nauwelijks conclusies uit getrokken kunnen worden. Op geen van de praktijk- en omgevingskenmerken is het verschil tussen de grootste en de kleinste rol die dat kenmerk gespeeld heeft bij het maken van een keuze groter dan 1 punt. Bijvoorbeeld: verloskundigen die een voorkeur hebben voor een plattelandsgemeente hebben in vergelijking met anderen bij hun keuze een grotere rol toegekend aan de procedure van overname, met een gemiddelde score van 3,00. Verloskundigen met een voorkeur voor een forenzengemeente hebben daar relatief de kleinste rol aan toegekend, met een gemiddelde score van 2,57. De gemiddelde scores van verloskundigen met een andere voorkeur liggen daar tussen in. Wat betreft de hoogte van het inkomen scoren de verloskundigen die voorkeur hebben voor een grote stad het hoogst met 3,23 en de verloskundigen die voorkeur hebben voor het platteland het laagst, met 2,80. De opvatting van de familie over een vestigingsplaats en de nabijheid van familie en vrienden krijgen de hoogste score (respectievelijk 2,77 en 4,06) van verloskundigen die in een plattelandsgemeente willen gaan werken, terwijl de laagste scores daarvoor gegeven worden door respectievelijk verloskundigen die in een grote stad willen gaan werken (1,85) en verloskundigen die geen voorkeur hebben (3,17).

Van alle genoemde kenmerken kennen verloskundigen die in een grote of middelgrote stad willen werken en verloskundigen die op het verstedelijkt platteland of in een plattelandsgemeente willen werken vooraf de grootste rol toe aan de praktijkvorm. Verloskundigen die in een kleine stad of in een forenzengemeente willen gaan werken kennen vooraf de grootste rol toe aan de leefbaarheid van de omgeving.

Wanneer een zelfde uitsplitsing gemaakt wordt van de rol die verschillende kenmerken nu spelen, naar de soort gemeente waar men nu gevestigd is, dan blijkt dat voor alle verloskundigen, behalve degenen die in een plattelandsgemeente werken, de praktijkvorm nu de grootste rol krijgt toebedeeld. De laatstgenoemde groep hecht nu het meeste belang aan de leefbaarheid van de omgeving. De procedure van overname en de hoogte van de goodwill scoren in de huidige situatie hoger bij de verloskundigen die werkzaam zijn in kleine, middelgrote of grote steden dan bij verloskundigen die werkzaam zijn in forenzengemeentes of op het (verstedelijkt) platteland. De rol die de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden speelt voor verloskundigen in verschillende gemeenten is groter naarmate de gemeente groter of meer verstedelijkt is.

In het vorige hoofdstuk is eveneens beschreven of verloskundigen hun huidige werksituatie als 'billijk' beoordelen als ze zich vergelijken met andere verloskundigen. Daarbij is voor hun oordeel ten aanzien van vier praktijkkenmerken (de regeling van de diensten, de werkdruk, de hoogte van het inkomen en de mogelijkheid om samen te werken) alleen een uitsplitsing gemaakt naar de soort praktijk waarin men nu werkt. Om na te gaan of er eventueel een relatie is met de 'moeilijke' gebieden is alsnog een uitsplitsing gemaakt naar mate van verstedelijking, volgens de driedeling: (zeer) sterk verstedelijkt, matig verstedelijkt en (verstedelijkt) platteland. Hieruit blijkt dat verloskundigen die werkzaam zijn op het verstedelijkt platteland het meest vaak (23,6%) van mening zijn dat ze (veel) slechter af zijn dan anderen met betrekking tot de regeling van de diensten. Verloskundigen in (zeer) sterk verstedelijkte gebieden zijn het meest vaak (20,2%) van mening dat ze slechter af zijn dan anderen wat betreft de werkdruk. Verloskundigen in matig stedelijke gebieden zijn het meest vaak (32,7) van mening dat ze wat betreft de hoogte van het inkomen slechter af zijn dan anderen en verloskundigen op het (verstedelijkt) platteland zijn het meest vaak (18,3%) van mening dat ze slechter af zijn dan anderen wat betreft de mogelijkheden tot samenwerken (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3 Mening van verloskundigen over hun eigen positie ten aanzien van enkele praktijkkenmerken in vergelijking met anderen, naar mate van verstedelijking, in percentages en absolute aantallen

	(veel) beter		ongeveer net zo		(veel) slechter	
	%	abs	%	abs	%	abs
(zeer) sterk stedelijk						
De regeling van de diensten	47,8	85	42,1	75	10,1	18
De werkdruk	39,8	71	39,8	71	20,2	36
De hoogte van het inkomen	22,3	40	48,0	86	29,6	53
De mogelijkheid om samen te werken	52,2	92	37,3	66	10,7	19
matig stedelijk						
De regeling van de diensten	59,2	29	32,7	16	8,2	4
De werkdruk	57,1	28	30,6	15	12,2	6
De hoogte van het inkomen	16,3	8	51,0	25	32,7	16
De mogelijkheid om samen te werken	45,8	22	41,7	20	12,5	6
(verstedelijkt) platteland						
De regeling van de diensten	29,2	21	47,2	34	23,6	17
De werkdruk	46,6	34	38,4	28	15,1	11
De hoogte van het inkomen	8,3	6	65,3	47	26,4	19
De mogelijkheid om samen te werken	43,7	31	38,0	27	18,3	19

Uit analyse van de omgevingskenmerken was al gebleken dat verloskundigen die werkzaam zijn in een grote of middelgrote stad het meest vaak van mening zijn dat ze wat betreft het type cliënten, het percentage allochtone cliënten en de leefbaarheid van de omgeving slechter af zijn dan anderen. Verloskundigen op het (verstedelijkt) platteland zijn het meest dikwijls van mening dat ze slechter af zijn dan anderen met betrekking tot de afstand van en naar cliënten, de bereikbaarheid van specialistische hulp en de afstand van en naar de praktijk (zij bijlage).

7. CONCLUSIE

De opzet van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de factoren die een rol spelen bij de vestiging van verloskundigen en de mogelijke knelpunten die zich daarbij voordoen.

De verwachting is dat op grond daarvan duidelijker wordt wat de zogenaamde 'moeilijke gebieden' zo moeilijk maakt voor verloskundigen om zich te vestigen. 'Moeilijke gebieden' zijn in dit geval de gebieden met een naar verhouding lage verloskundigendichtheid, dat wil zeggen, gebieden waar relatief weinig verloskundigen werkzaam zijn in verhouding tot het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd, de potentiële cliëntenkring. Welke gebieden dat zijn is jaarlijks op te maken uit de cijfers van de registratie van verloskundigen, die het Nivel verzamelt en publiceert. Volgens cijfers uit de peiling van 1999 van de registratie van verloskundigen was de gemiddelde verloskundigen-dichtheid op 1 januari van dat jaar 2.684 vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige. De verloskundigen-dichtheid in de provincies Zeeland, Friesland en Groningen wijkt sterk af van dit landelijk cijfer, met respectievelijk 5.371, 5.254 en 4.471 vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige. Dit wil overigens niet zeggen dat verloskundigen in die gebieden veel meer cliënten hebben dan in andere gebieden, omdat een relatief groot deel van de verloskundige zorg in de noordelijke provincies en in Zeeland wordt verleend door verloskundig actieve huisartsen.

Als niet op provincie-niveau wordt gekeken maar naar de mate van verstedelijking van gebieden, dan blijkt dat in de niet-stedelijke gemeenten, dat wil zeggen op het platteland, de verloskundigen-dichtheid het laagst is, met 5.455 vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige. Dezelfde vertekening als bij provincies speelt hier mee: op het platteland verlenen verloskundig actieve huisartsen relatief vaak verloskundige zorg. Maar ook in de zeer sterk verstedelijkte gemeenten is de verloskundigen-dichtheid lager dan het landelijke cijfer, namelijk 2,987 vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige.

In grote lijnen zijn de redenen voor deze verschillen wel bekend. Op het platteland, bijvoorbeeld, is het moeilijk, vanwege de lage bevolkingsdichtheid, om voldoende cliënten te krijgen voor een rendabele praktijkvoering. Dit wordt nog versterkt door het feit dat de omvang van het werkgebied van een verloskundige praktijk aan een maximum gebonden is, niet in geografische zin, maar in de zin van bereikbaarheid en reistijd in acute situaties. Dit betekent dat in landelijke gebieden verloskundige praktijken veelal solo- of duo-praktijken zijn, terwijl verloskundig actieve huisartsen verloskundige zorg verlenen in gebieden waar het voor een verloskundige niet mogelijk is om een rendabele praktijk op te bouwen. In de grote steden spelen andere aspecten een rol die samengevat worden in de term 'grote-steden-problematiek'. Hieronder vallen zaken als veiligheid op straat, relatief hoge percentages allochtonen, problemen met huisvesting en verkeersdrukke en parkeerproblemen.

Deze globale kennis geeft echter onvoldoende inzicht in de factoren die bij individuele verloskundigen een rol spelen bij hun keuze voor een bepaalde vestigingsplaats. Vandaar dat in dit onderzoek getracht is om te bepalen welke aspecten van de praktijkvoering en de omgeving van die praktijk bepalend zijn voor het besluit van verloskundigen om zich daar te vestigen of om daar juist weg te willen. Op verschillende manieren is geprobeerd om daar zicht op te krijgen. Allereerst is gevraagd naar de voorkeur die verloskundigen bij het verlaten van de opleiding hadden voor een soort praktijk en een soort gemeente. Daaruit is gebleken dat driekwart van de pas-afgestudeerde verloskundigen het liefst in een groepspraktijk gaat werken. Solo- en duo-praktijken zijn duidelijk veel minder in trek, wat vooral in het nadeel is van praktijken in landelijk-

ke gebieden. De voorkeuren voor verschillende soorten gemeenten zijn redelijk verdeeld over de pas-afgestudeerden.

Vervolgens is vastgesteld hoe groot de rol geweest is die verschillende praktijk- en omgevingskenmerken gespeeld hebben bij de keus voor een woon- en werkomgeving. Uit de analyses is gebleken dat vooral voor verloskundigen met een voorkeur voor kleinere, dat wil zeggen: solo- of duo-praktijken, de procedure van de overname een grote rol heeft gespeeld, evenals de hoogte van de goodwill en de rendabele praktijkvoering. Dit hoeft geen verbazing te wekken, want in solo- en duo-praktijken is het risico voor de praktijkhouder groter dan in praktijken met meer collega's, waar de kosten, maar ook de inkomsten gespreid kunnen worden. De leefbaarheid van de omgeving speelt een grotere rol naarmate de voorkeur van de verloskundige uitgaat naar een kleinere praktijk (in termen van aantal collega's), terwijl de rol van reistijd en bereikbaarheid van het ziekenhuis groter is naarmate de voorkeur uitgaat naar een grotere praktijk.

Van een aantal praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken is vervolgens vastgesteld of die door beginnende verloskundigen vooral als investering gezien worden, dat wil zeggen: als iets wat moeite kost of moeilijk is, of als opbrengst, dat wil zeggen: iets waar men voordeel van heeft. Gebleken is dat de meeste praktijkkenmerken overwegend als opbrengst gezien werden. Alleen de taakverdeling en de regeling van de diensten werden door een meerderheid als investering gezien. Daar staat tegenover dat de samenwerkingsaspecten bijna allemaal overwegend als investering werden gezien. Na verloop van tijd en enkele jaren praktijkervaring is men de meeste kenmerken vaker als opbrengst gaan zien, maar de taakverdeling in de praktijk, de samenwerking met huisartsen en het multidisciplinair overleg worden nog steeds door een (kleine) meerderheid als investering gezien. Afhankelijk van het soort praktijk waar men nu werkzaam is worden verschillende aspecten overwegend als investering gezien. Bijvoorbeeld, verloskundigen in solo-praktijken vinden in meerderheid dat de reputatie van de praktijk iets is waar ze (nog steeds) in moeten investeren, terwijl verloskundigen in duo-praktijken en verloskundigen in groepspraktijken in meerderheid van mening zijn dat ze nog steeds moeten investeren in de taakverdeling binnen de praktijk. Wat betreft samenwerkingskenmerken is gebleken dat verloskundigen in duo- en in groepspraktijken en ook verloskundigen in klinische praktijken de samenwerking met huisartsen nog steeds vaker als investering zien dan als opbrengst. Aan de sfeer in de praktijk of op de afdeling en aan de samenwerking met collega's binnen de praktijk wordt door de verloskundigen het meest belang gehecht, zowel bij het verlaten van de opleiding als in de huidige werksituatie en ongeacht het soort praktijk waar men nu in werkzaam is. Samenwerken met huisartsen wordt het minst belangrijk gevonden, behalve door verloskundigen in solo-praktijken.

Tot slot is nagegaan hoe verloskundigen hun eigen situatie inschatten in vergelijking met anderen. Daaruit is gebleken dat met name verloskundigen in solo-praktijken en verloskundigen op het (verstedelijkt) platteland van mening zijn dat ze met betrekking tot de regeling van de diensten en de mogelijkheid tot samenwerken slechter af zijn dan anderen. Bij de onderverdeling naar mate van verstedelijking van de gemeente waar de praktijk gevestigd is bleek dat verloskundigen die werkzaam zijn op het (verstedelijkt) platteland vaker dan anderen van mening zijn dat ze slechter af zijn dan collega's met betrekking tot de bereikbaarheid van specialistische hulp en de afstand van en naar cliënten en de praktijk.

Uit deze resultaten kunnen verschillende conclusies getrokken worden, zowel ten aanzien van de beroepsgroep als geheel, dat wil zeggen de KNOV, als ook ten aanzien van de opleidingen en ten aanzien van de individuele verloskundigen.

De KNOV, als belangenbehartiger van de beroepsgroep van verloskundigen, kan beleid uitzetten om de vestiging in moeilijke gebieden te stimuleren. Op grond van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat daarbij vooral aandacht besteed zal moeten worden aan het bevorderen van samenwerking met andere hulpverleners, speciaal het verbeteren van de samenwerking met huisartsen, het verbeteren van de praktijkorganisatie, met name de regeling van de diensten en aan de gehanteerde procedures van overname en de hoogte van de goodwill.

De opleidingen spelen een belangrijke rol bij het voorbereiden van leerlingen op een zelfstandige functie als verloskundige. Op grond van dit onderzoek zouden de opleidingen gericht aandacht moeten besteden aan het werven van studenten uit de noordelijke provincies en uit Zeeland, aan het belang van een goede praktijkorganisatie en een goede regeling van de diensten en aan een gericht stagebeleid om studenten meer bekend te maken met de zogenaamde moeilijke gebieden.

Ook individuele verloskundigen kunnen maatregelen nemen om de praktijken in hun regio aantrekkelijker te maken voor werkzoekende verloskundigen. Zo kunnen ze zorg dragen voor een goede sfeer binnen de praktijk, voor een goede praktijkorganisatie en een goede regeling van de diensten en voor goede samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners.

Zoals uit bovenstaande blijkt, is aandacht voor een goede praktijkorganisatie en een goede regeling van diensten op alle niveaus belangrijk. Zowel de beroepsorganisatie als de opleidingen als de individuele verloskundigen kunnen er toe bijdragen dat in elke regio voldoende verloskundige zorg aanwezig is.

LITERATUUR

- Adams JS. (1965). *Inequity in Social Exchange*. In L. Berkowitz, (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 2, 267-299. New York: Academic Press.
- Dierendonck D van, (1997). *Balancing Give and Take: An Equity approach to Burnout*. Enschede: Print Partners Ipskamp. (Proefschrift Utrecht).
- Doorne-Huiskes, J. van (1979) *Vrouwen en beroeps participatie. Een onderzoek onder gehuwde vrouwelijke academici*. (Proefschrift Utrecht).
- Groenewegen PP. (1985). *Locatiekeuze en huisartsendichtheid; een verklaring van regionale verschillen*. Utrecht: Nivel. (Proefschrift Utrecht)
- Heiligers PJM, Hingstman L, Marrée J. (1997). *Inventarisatie deeltijdwerken onder artsen*. Utrecht, Nivel
- Hingstman L, Wiegers T. (1999) *Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 1999*. Utrecht, Nivel.
- Kazanjian A, Pagliccia N. (1996). *Key factors in physicians' choice of practice location: Findings from a survey of practitioners and their spouses*. *Health and Place*, Vol. 2, No. 1, 27-34.
- Keizer ME. (1997). *De Dokter spreekt: Professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen*. Delft: Uitgeverij Eburon (Proefschrift Utrecht).
- Kortenhoeven D. (1990). *Vrouwelijke artsen en vestiging als huisarts*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema B.V. (Proefschrift Utrecht)
- Meijer WJ, Veer AJE de, Groenewegen PP. (1996) *Verloskundige samenwerkingsverbanden*. Samenvatting. Project verloskundige samenwerkingsverbanden 1991-1996, Utrecht: Nivel.
- Wiegers T, Calsbeek H, Hingstman L. (1999) *Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerste lijn*. Utrecht, Nivel
- Wiegers T, Hingstman L. (1999) *Inventarisatie 'Verloskundig actieve huisartsen'*. Utrecht, Nivel
- Wolinsky FD. (1982). *Why physicians choose different types of practice settings*. *Health Services Research*, Winter, 17:4, 399-417.

BIJLAGE

In de vragenlijst zijn zeven praktijkkenmerken onderscheiden en vijf kenmerken van samenwerking. Voor elk van de kenmerken kon men aangeven of men dat bij het zoeken naar een werkplek beschouwde als investering of als opbrengst. Later in de vragenlijst is dezelfde lijst gepresenteerd, met de vraag of men deze kenmerken in de huidige werksituatie als investering of als opbrengst beschouwde.

Als een kenmerk als investering werd gezien, kreeg het de waarde -1, werd het als opbrengst gezien dan kreeg het de waarde +1. Beoordeelde men het zowel als investering als als opbrengst dan kreeg het de waarde 0. Op deze manier is per kenmerk een gemiddelde berekend dat positief is als een meerderheid het kenmerk als opbrengst ziet en negatief als een meerderheid het kenmerk als investering ziet. Vervolgens is getoetst of er een verschil is tussen de twee tijdstippen waarover men een oordeel heeft gegeven. Het verschil wordt als significant aangemerkt als de p-waarde kleiner is dan 0,05.

In onderstaande tabellen is het gemiddelde oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst uitgesplitst naar soort praktijk.

Tabel 5.6a Verschil in oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst, van verloskundigen **werkzaam in een solopraktijk** (N = 14)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	- 0,08	- 0,15	0,87(ns)
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	0,08	0,08	1,00(ns)
Erkenning van collega's	- 0,27	0,18	0,34(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	- 0,33	0,58	0,03
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 0,75	0,00	0,20(ns)
Regeling van diensten en achterwacht	- 0,83	0,00	0,05(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	0,69	0,31	0,10(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>- 0,11</i>	<i>0,11</i>	<i>0,60(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	0,60	0,20	0,62(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,62	- 0,15	0,21(ns)
Samenwerking met gynaecologen	- 0,15	0,31	0,32(ns)
Samenwerking met huisartsen	- 0,33	0,08	0,34(ns)
Multidisciplinair overleg	- 0,17	0,08	0,43(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>- 0,10</i>	<i>- 0,10</i>	<i>1,00(ns)</i>

Tabel 5.6b Verschil in oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst, van verloskundigen **werkzaam in een duo-praktijk** (N = 64)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	0,23	0,13	0,61(ns)
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	0,16	- 0,08	0,14(ns)
Erkenning van collega's	0,21	0,41	0,18(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	0,26	0,46	0,18(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 0,52	- 0,10	0,01
Regeling van diensten en achterwacht	- 0,02	0,10	0,47(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	0,46	0,44	0,90(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>0,11</i>	<i>0,20</i>	<i>0,34(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	0,27	0,20	0,63(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,10	0,05	0,28(ns)
Samenwerking met gynaecologen	- 0,10	0,03	0,32(ns)
Samenwerking met huisartsen	- 0,23	- 0,13	0,47(ns)
Multidisciplinair overleg	- 0,19	- 0,02	0,17(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>- 0,05</i>	<i>0,05</i>	<i>0,19(ns)</i>

Tabel 5.6c Verschil in oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst, van verloskundigen **werkzaam in een driepersoonspraktijk** (N = 103)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	0,76	0,29	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	0,59	0,46	0,28(ns)
Erkenning van collega's	0,22	0,27	0,68(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	0,49	0,16	0,01
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 0,35	0,06	0,00
Regeling van diensten en achterwacht	0,06	0,20	0,20(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	0,53	0,48	0,67(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>0,32</i>	<i>0,26</i>	<i>0,41(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	0,41	0,11	0,01
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,08	- 0,03	0,31(ns)
Samenwerking met gynaecologen	- 0,33	0,03	0,01
Samenwerking met huisartsen	- 0,24	- 0,13	0,37(ns)
Multidisciplinair overleg	- 0,31	- 0,09	0,05(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>- 0,11</i>	<i>0,01</i>	<i>0,09(ns)</i>

Tabel 5.6d Verschil in oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst, van verloskundigen **werkzaam in een groepspraktijk** (N = 97)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	0,80	0,41	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	0,61	0,37	0,03
Erkenning van collega's	0,42	0,46	0,79(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	0,49	0,14	0,01
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 0,25	- 0,11	0,24(ns)
Regeling van diensten en achterwacht	0,21	0,27	0,59(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	0,38	0,34	0,67(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>0,38</i>	<i>0,28</i>	<i>0,18(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	0,16	0,27	0,31(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,08	0,19	0,03
Samenwerking met gynaecologen	- 0,03	- 0,08	0,72(ns)
Samenwerking met huisartsen	- 0,30	- 0,22	0,45(ns)
Multidisciplinair overleg	- 0,24	- 0,13	0,27(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>- 0,09</i>	<i>0,06</i>	<i>0,06(ns)</i>

Tabel 5.6e Verschil in oordeel over praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst, van verloskundigen **werkzaam in een klinische praktijk** (N = 31)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	0,30	0,20	0,67(ns)
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	0,44	0,44	1,00(ns)
Erkenning van collega's	0,53	0,68	0,53(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	0,86	0,52	0,17(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	- 0,14	0,24	0,77(ns)
Regeling van diensten en achterwacht	0,00	0,30	0,27(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	0,24	0,43	0,43(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>0,43</i>	<i>0,45</i>	<i>0,87(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	0,60	0,60	1,00(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	- 0,16	0,37	0,06(ns)
Samenwerking met gynaecologen	0,50	0,40	0,67(ns)
Samenwerking met huisartsen	- 0,05	- 0,26	0,49(ns)
Multidisciplinair overleg	0,20	0,40	0,43(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>0,20</i>	<i>0,40</i>	<i>0,11(ns)</i>

Aan de respondenten is niet alleen gevraagd of ze de genoemde praktijk- en samenwerkingskenmerken als investering of als opbrengst beschouwen, ook is gevraagd om aan te geven hoe belangrijk elk kenmerk geweest is bij de keuze voor een bepaalde woon-werksituatie en hoe belangrijk het is in de huidige werksituatie. De mate van belang kon aangegeven worden op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 betekende: 'een zeer klein of geen belang' en 5 betekende: 'een zeer groot belang'.

In onderstaande tabellen is de gemiddelde mate van belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken uitgesplitst naar soort praktijk.

Tabel 5.7a Verschil in belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken, van verloskundigen **werkzaam in een solopraktijk** (N = 14)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	3,27	4,36	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	3,18	3,64	0,14(ns)
Erkenning van collega's	4,00	3,44	0,21(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	4,00	4,20	0,64(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	2,40	3,00	0,21(ns)
Regeling van diensten en achterwacht	3,70	4,00	0,19(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	4,30	4,10	0,51(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>3,34</i>	<i>3,57</i>	<i>0,40(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	5,00	4,67	0,42(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	3,33	3,44	0,73(ns)
Samenwerking met gynaecologen	3,89	4,11	0,17(ns)
Samenwerking met huisartsen	3,56	3,44	0,76(ns)
Multidisciplinair overleg	3,50	3,38	0,35(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>3,67</i>	<i>3,60</i>	<i>0,92(ns)</i>

Tabel 5.7b Verschil in belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken, van verloskundigen **werkzaam in een duo-praktijk** (N = 64)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	3,92	4,36	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	3,80	4,00	0,09(ns)
Erkenning van collega's	3,70	3,84	0,19(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	4,37	4,47	0,18(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	3,53	3,86	0,01
Regeling van diensten en achterwacht	3,75	3,95	0,09(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	3,69	3,87	0,12(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>3,81</i>	<i>4,04</i>	<i>0,00</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	4,55	4,58	0,66(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	3,33	3,53	0,06(ns)
Samenwerking met gynaecologen	3,80	4,00	0,01
Samenwerking met huisartsen	3,09	3,30	0,02
Multidisciplinair overleg	3,28	3,45	0,07(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>3,62</i>	<i>3,75</i>	<i>0,01</i>

Tabel 5.7c Verschil in belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken, van verloskundigen **werkzaam in een driepersoonspraktijk** (N = 103)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	3,83	4,35	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	3,85	3,99	0,10(ns)
Erkenning van collega's	4,09	4,13	0,53(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	4,37	4,53	0,06(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	3,39	3,85	0,00
Regeling van diensten en achterwacht	3,78	4,20	0,00
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	3,64	3,88	0,01
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>3,87</i>	<i>4,13</i>	<i>0,00</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	4,72	4,72	1,00
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	3,34	3,59	0,01
Samenwerking met gynaecologen	3,81	3,91	0,15(ns)
Samenwerking met huisartsen	2,97	3,13	0,02
Multidisciplinair overleg	3,21	3,51	0,00
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>3,61</i>	<i>3,78</i>	<i>0,00</i>

Tabel 5.7d Verschil in belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken, van verloskundigen **werkzaam in een groepspraktijk** (N = 97)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	3,81	4,30	0,00
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	3,67	3,96	0,00
Erkenning van collega's	4,14	4,41	0,01
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	4,41	4,52	0,22(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	3,44	3,93	0,00
Regeling van diensten en achterwacht	3,70	4,14	0,00
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	3,43	3,67	0,01
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>3,81</i>	<i>4,14</i>	<i>0,00</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	4,60	4,76	0,01
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	3,20	3,48	0,00
Samenwerking met gynaecologen	3,81	4,03	0,01
Samenwerking met huisartsen	2,96	3,06	0,24(ns)
Multidisciplinair overleg	3,28	3,38	0,21(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>3,59</i>	<i>3,76</i>	<i>0,00</i>

Tabel 5.7e Verschil in belang van praktijkkenmerken en samenwerkingskenmerken, van verloskundigen **werkzaam in een klinische praktijk** (N = 31)

	gemiddelde toen	gemiddelde nu	p
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	3,58	3,63	0,80(ns)
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	2,88	3,38	0,02
Erkenning van collega's	3,95	4,21	0,14(ns)
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	4,53	4,37	0,19(ns)
Taakverdeling in de praktijk, afdeling	3,53	3,74	0,30(ns)
Regeling van diensten en achterwacht	3,82	3,88	0,75(ns)
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	3,50	3,56	0,77(ns)
<i>Totaal praktijkkenmerken</i>	<i>3,69</i>	<i>3,83</i>	<i>0,26(ns)</i>
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen de praktijk	4,42	4,53	0,33(ns)
Samenwerking met collega's buiten de praktijk	3,39	3,56	0,60(ns)
Samenwerking met gynaecologen	3,89	4,11	0,16(ns)
Samenwerking met huisartsen	2,88	2,71	0,46(ns)
Multidisciplinair overleg	3,68	3,74	0,80(ns)
<i>Totaal samenwerkingskenmerken</i>	<i>3,73</i>	<i>3,75</i>	<i>0,86(ns)</i>

Tabel 5.9a Mening van verloskundigen over hun eigen positie ten aanzien van enkele praktijkkenmerken in vergelijking met anderen, zoals jaargenoten, naar soort praktijk, in percentages en absolute aantallen

	(veel) beter		ongeveer net zo		(veel) slechter	
	%	abs	%	abs	%	abs
solopraktijk						
De regeling van de diensten	7,7	1	23,1	3	69,2	9
De werkdruk	38,5	5	38,5	5	23,1	3
De hoogte van het inkomen	16,7	2	66,7	8	16,7	2
De mogelijkheid om samen te werken	23,1	3	23,1	3	53,8	7
duo praktijk						
De regeling van de diensten	22,2	14	52,4	33	25,4	16
De werkdruk	52,4	33	23,8	15	23,8	15
De hoogte van het inkomen	14,3	9	47,6	30	38,1	24
De mogelijkheid om samen te werken	33,9	20	42,4	25	23,7	14
driepersoonspraktijk						
De regeling van de diensten	42,9	42	49,0	48	8,2	8
De werkdruk	45,9	45	42,9	42	11,2	11
De hoogte van het inkomen	15,2	15	63,6	63	21,2	21
De mogelijkheid om samen te werken	45,5	45	45,5	45	9,1	9
groepspraktijk						
De regeling van de diensten	55,2	53	39,6	38	5,2	5
De werkdruk	36,1	35	43,3	42	20,6	20
De hoogte van het inkomen	23,7	23	53,6	52	22,7	22
De mogelijkheid om samen te werken	59,4	57	35,4	34	5,2	5
klinische praktijk						
De regeling van de diensten	80,8	21	15,4	4	3,8	1
De werkdruk	46,2	12	42,2	11	11,5	3
De hoogte van het inkomen	15,4	4	19,2	5	65,4	17
De mogelijkheid om samen te werken	69,2	18	26,9	7	3,8	1

Tabel 5.12a Mening van verloskundigen over hun eigen positie ten aanzien van enkele omgevingskenmerken in vergelijking met anderen, zoals jaargenoten, naar soort gemeente waar de praktijk gevestigd is, in percentages en absolute aantallen

	(veel) beter		ongeveer net zo		(veel) slechter	
	%	abs	%	abs	%	abs
grote of middelgrote stad						
De bereikbaarheid van specialistische hulp	57,3	98	39,8	68	2,9	5
De afstand van en naar de cliënten	56,9	95	36,5	61	6,6	11
De afstand van en naar de praktijk	49,4	84	41,8	71	8,8	15
Het percentage allochtone cliënten	27,5	46	55,1	92	17,4	29
Het type cliënten (veeleisend, lastig)	24,4	42	54,1	93	21,5	37
Leefbaarheid van de omgeving	37,8	65	47,7	82	14,5	25
kleine stad of forenzengemeente						
De bereikbaarheid van specialistische hulp	43,5	20	37,0	17	19,6	9
De afstand van en naar de cliënten	30,4	14	52,2	24	17,4	8
De afstand van en naar de praktijk	41,3	19	52,2	24	6,5	3
Het percentage allochtone cliënten	41,3	19	52,2	24	6,5	3
Het type cliënten (veeleisend, lastig)	45,7	21	52,2	24	2,2	1
Leefbaarheid van de omgeving	67,4	31	32,6	15	-	-
(verstedelijkt) platteland						
De bereikbaarheid van specialistische hulp	30,7	23	46,7	35	22,7	16
De afstand van en naar de cliënten	29,3	22	34,7	26	36,0	27
De afstand van en naar de praktijk	46,7	35	41,3	31	12,0	9
Het percentage allochtone cliënten	56,2	73	32,9	24	11,0	8
Het type cliënten (veeleisend, lastig)	64,9	48	32,4	24	2,7	2
Leefbaarheid van de omgeving	90,7	68	8,0	6	1,3	1

Enquête-nummer:.....



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

**FACTOREN DIE DE VESTIGING VAN
VERLOSKUNDIGEN BEÏNVLOEDEN**

VRAGENLIJST

maart 2000

Voor inlichtingen kunt U contact opnemen met mevrouw T.A. Wiegens
Telefoon NIVEL: 030 - 2729700

ONDERZOEK NAAR FACTOREN DIE DE VESTIGING VAN VERLOSKUNDIGEN BEÏNVLOEDEN

I ALGEMEEN:

1. Wat is uw geboortedatum en geboorteplaats:-..... 19..... te

2. In welke plaats bent u opgegroeid: (provincie:.....)

3. Aan welke school heeft u de opleiding tot verloskundige gevolgd?

- ☐ Amsterdam
 - ☐ Rotterdam
 - ☐ Kerkrade
 - ☐ elders, namelijk.....
-

4. Wanneer heeft u uw diploma behaald? 19.....

(Indien in het buitenland opgeleid, vul dan de maand en het jaar in waarin u uw gelijkstelling kreeg)

5. Bij het verlaten van de opleiding of het verkrijgen van uw gelijkstelling:

A. Naar wat voor soort praktijk ging uw voorkeur uit:

- ☐ een solo-praktijk
- ☐ een duo-praktijk
- ☐ een groepspraktijk
- ☐ een praktijk in een gezondheidscentrum
- ☐ een klinische praktijk
- ☐ anders, nl.:.....

B. Naar wat voor soort gemeente ging uw voorkeur uit:

- ☐ een grote stad (meer dan 100.000 inwoners)
- ☐ een middelgrote stad (30.000 tot 100.000 inwoners)
- ☐ een kleine stad (tot 30.000 inwoners)
- ☐ een forenzengemeente
- ☐ een gemeente op het verstedelijkt platteland
- ☐ een plattelandsgemeente
- ☐ geen voorkeur

C. Naar welke provincie ging uw voorkeur uit:

II FACTOREN DIE EEN ROL SPELEN BIJ DE KEUZE VOOR EEN WOON- EN WERKOMGEVING / VESTIGINGSPLAATS

Tijdens de opleiding heeft u kennis gemaakt, onder andere door middel van stages, met allerlei aspecten van de verloskundige praktijk. De meesten van u hebben vrij snel na de diplomering of gelijkstelling gekozen voor een bepaalde werksituatie: bijvoorbeeld een eigen praktijk of een functie in loondienst. Sommigen van u hebben die keus enige tijd uitgesteld door eerst als waarnemer op verschillende plekken te gaan werken, maar uiteindelijk maakt iedereen een keus voor een plaats waar hij/zij zich wil vestigen, dat wil zeggen: wil wonen en werken. Wij willen graag weten wat een praktijk of vestigingsplaats aantrekkelijk maakt. Met onderstaande vragen willen we nagaan hoe u indertijd een keuze maakte voor een bepaalde vestigingsplaats.

6. Van de volgende aspecten willen we graag weten hoe groot de rol geweest is die ze gespeeld hebben bij uw keuze voor een woon- en werkomgeving.
(Graag betreffende cijfer omcirkelen)

	ZEER KLEIN / GEEN				ZEER GROOT
Praktijkenmerken:					
Praktijkvorm (solo, duo, gezondheidscentrum, etc)	1	2	3	4	5
Organisatie van de praktijk	1	2	3	4	5
De procedure van overname	1	2	3	4	5
De hoogte van de goodwill	1	2	3	4	5
De hoogte van het te verwachten inkomen	1	2	3	4	5
De rendabele praktijkvoering	1	2	3	4	5
Anders, namelijk.....	1	2	3	4	5
Omgevingskenmerken:					
De locatie van de praktijk in de gemeente	1	2	3	4	5
Leefbaarheid van de omgeving	1	2	3	4	5
Parkeergelegenheid in praktijkgebied	1	2	3	4	5
Files in praktijkgebied	1	2	3	4	5
De reistijd van/naar de cliënten	1	2	3	4	5
De reistijd van/naar specialistische hulp/ziekenhuis	1	2	3	4	5
Beschikbaarheid ziekenhuis bedden	1	2	3	4	5
Gevoel van veiligheid in praktijkgebied	1	2	3	4	5
Percentage allochtone cliënten in praktijkgebied	1	2	3	4	5
Opvatting over vestigingsplaats van ouders/ familie	1	2	3	4	5
Nabijheid van familie en vrienden	1	2	3	4	5
Anders, namelijk.....	1	2	3	4	5

7. Had u op het moment van uw keuze voor een bepaalde woon/werkomgeving een (vaste) partner?
- ☐ nee
- ☐ ja ⇒ Kunt u aangeven wat zijn /haar invloed was op uw keuze?
(Graag betreffende cijfer omcirkelen)
- | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|------------|
| ZEER KLEIN | | | | | ZEER GROOT |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Elke keuze kan beschouwd worden als een kosten-baten afweging.

De kosten zijn de minder aantrekkelijke kanten van een praktijk, dat wil zeggen: **de zaken waarin je moet investeren; niet alleen geld maar ook energie en/of tijd.**

De baten zijn de aantrekkelijke kanten van een praktijk, dat wil zeggen: **de zaken die iets opleveren, niet alleen salaris, maar bijvoorbeeld ook plezier in het werk en een goede verstandhouding met collega's.**

Hieronder vindt u een aantal aspecten die de aantrekkelijkheid (het resultaat van uw kosten-baten afweging) van de praktijk/vestiging van uw keuze mede bepaald hebben.

Bijvoorbeeld: een goede reputatie van de praktijk van uw keuze telt **op dat moment** als opbrengst. U heeft er immers baat bij, ook al zal u er later in moeten investeren om de reputatie ook goed te houden.

Wij vragen hier naar uw inschatting van de verschillende aspecten op het moment dat u uw keuze maakte: wilt u voor elk aspect aankruisen of u het toen (voornamelijk) als een **investering** of als een **opbrengst** beschouwde?

Niet elke factor zal een even grote rol gespeeld hebben. Wij vragen u daarom met een cijfer tussen 1 en 5 aan te geven hoe **belangrijk** elk aspect geweest is in uw afweging, waarbij

5 = een zeer groot belang

4 = een groot belang

3 = een middelmatig belang

2 = een klein belang

1 = een zeer klein/geen belang

8. Bij uw overwegingen voor een bepaalde werkomgeving, zag u de onderstaande factoren **op dat moment** als **investering** of als **opbrengst** en hoe **belangrijk** was die factor bij het maken van uw keuze:

	BESCHOUWDE IK ALS EEN INVESTERING	BESCHOUWDE IK ALS EEN OPBRENGST	MATE VAN BELANG
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	☐	☐	...
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	☐	☐	...
Erkenning van collega's	☐	☐	...
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	☐	☐	...
Taakverdeling in praktijk, afdeling	☐	☐	...
Regeling van diensten en achterwacht	☐	☐	...
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	☐	☐	...
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen praktijk	☐	☐	...
Samenwerking met collega's buiten praktijk	☐	☐	...
Samenwerking met gynaecologen	☐	☐	...
Samenwerking met huisartsen	☐	☐	...
Multidisciplinair overleg	☐	☐	...

III FACTOREN DIE EEN ROL SPELEN IN UW HUIDIGE SITUATIE:

9. In welke hoedanigheid bent u op dit moment als praktiserend verloskundige werkzaam?
- ☐ In eigen maatschap of praktijk
 - ☐ In loondienst in praktijk/maatschap
 - ☐ In loondienst van een gezondheidscentrum
 - ☐ In loondienst van een ziekenhuis/opleiding voor verloskundigen
 - ☐ Als vaste waarnemer
 - ☐ Als wisselend waarnemer
 - ☐ Niet als praktiserend verloskundige werkzaam

Indien u **niet als praktiserend verloskundige werkzaam** bent, kunt u de vragen 10 tot en met 17 overslaan. Wilt u wel vraag 18 nog invullen?

-
10. In wat voor soort gemeente bent u nu werkzaam:
- ☐ een grote stad (meer dan 100.000 inwoners)
 - ☐ een middelgrote stad (30.000 tot 100.000 inwoners)
 - ☐ een kleine stad (tot 30.000 inwoners)
 - ☐ een forenzengemeente
 - ☐ een gemeente op het verstedelijkt platteland
 - ☐ een plattelandsgemeente

-
11. Wat is de omvang van de praktijk / afdeling waar u werkzaam bent:
- Aantal verloskundigen
- Aantal inschrijvingen in 1999
- Aantal bevallingen in 1999

-
12. Kunt u kort aangeven hoe bij u in de praktijk, gezondheidscentrum of ziekenhuis de diensten zijn geregeld:
- cyclus vanweken, nl:.....
-
-
- spreekuren
-
- bereikbaarheid tijdens dienst
-
- achterwacht regeling
-
- Toelichting:
-
-
-
-
-
-

15. Bij vraag 8 heeft in aangekruist wat voor u investeringen en wat opbrengsten waren bij uw keuze voor een woon/werkomgeving. Het is mogelijk dat uw mening daarover is veranderd. **Bijvoorbeeld:** de goede reputatie van de praktijk was toen u begon een opbrengst, maar nu moet u er vooral in investeren om die reputatie ook goed te houden. Hieronder vragen wij u opnieuw aan te kruisen of deze aspecten **op dit moment** vooral investeringen (kosten) zijn of dat het vooral opbrengsten (baten) zijn en wat het belang ervan is voor de **huidige** situatie. De mate van belang kunt u opnieuw met een cijfer tussen 1 (zeer klein) en 5 (zeer groot) aangeven.

	BESCHOUW IK NU ALS EEN INVESTERING	BESCHOUW IK NU ALS EEN OPBRENGST	MATE VAN BELANG
Praktijk:			
De reputatie van de praktijk	☐	☐	...
De grootte van de praktijk (aantal inschrijvingen)	☐	☐	...
Erkenning van collega's	☐	☐	...
Sfeer in de praktijk, op de afdeling	☐	☐	...
Taakverdeling in praktijk, afdeling	☐	☐	...
Regeling van diensten en achterwacht	☐	☐	...
Type cliënten in de praktijk (tevreden, veeleisend)	☐	☐	...
Samenwerking:			
Samenwerking met collega's binnen praktijk	☐	☐	...
Samenwerking met collega's buiten praktijk	☐	☐	...
Samenwerking met gynaecologen	☐	☐	...
Samenwerking met huisartsen	☐	☐	...
Multidisciplinair overleg	☐	☐	...

16. Hieronder volgt een aantal zaken die voor u anders kunnen zijn dan voor veel andere verloskundigen, bijvoorbeeld uw jaargenoten. Wilt u aangeven hoe u vindt dat u er in vergelijking met hen van afkomt:

A. U kunt dit doen door een van de onderstaande mogelijkheden te kiezen en het bijbehorende cijfer te omcirkelen.

- 5 = Ik kom er VEEL BETER af dan de meeste andere verloskundigen
 4 = Ik kom er WAT BETER af dan de meeste andere verloskundigen
 3 = Ik kom er ONGEVEER NET ZO af als de meeste andere verloskundigen
 2 = Ik kom er WAT SLECHTER af dan de meeste andere verloskundigen
 1 = Ik kom er VEEL SLECHTER af dan de meeste andere verloskundigen

	VEEL SLECHTER				VEEL BETER
De regeling van de diensten:	1	2	3	4	5
De werkdruk:	1	2	3	4	5
De hoogte van het inkomen:	1	2	3	4	5
De mogelijkheid om samen te werken:	1	2	3	4	5

B. Kunt u aangeven met wie u zich steeds vergeleken heeft bij vraag 16A?

- ☐ Verloskundigen met een even grote praktijk
☐ Verloskundigen met een grotere praktijk
☐ Verloskundigen met een kleinere praktijk

17. Hieronder volgt aan aantal zaken met betrekking tot de locatie van uw praktijk die voor u anders kunnen zijn dan voor andere verloskundigen, bijvoorbeeld uw jaargenoten.

A. Kunt u wederom aangeven hoe u vindt dat u er in vergelijking met hen van afkomt?

	VEEL SLECHTER				VEEL BETER
De bereikbaarheid van specialistische hulp	1	2	3	4	5
De afstand van/naar de cliënten	1	2	3	4	5
De afstand van/naar de praktijk	1	2	3	4	5
Het percentage allochtone cliënten	1	2	3	4	5
Het type cliënten (veeleisende, lastig)	1	2	3	4	5
Leefbaarheid van de omgeving	1	2	3	4	5

B. Kunt u aangeven met wie u zich steeds vergeleken heeft bij vraag 17A?

- ☐ Verloskundigen in een (zeer) sterk verstedelijkte gemeente
- ☐ Verloskundigen in een matig verstedelijkte gemeente
- ☐ Verloskundigen op het (verstedelijk) platteland

IV TOEKOMST

18. Hierbij vragen wij u naar uw toekomst verwachting(en). Kunt u aangeven waar u zich over één jaar en over vijf jaar verwacht te bevinden?

U hoeft alleen aan te geven wat voor u van toepassing is, meerdere antwoorden zijn mogelijk.

	OVER 1 JAAR	OVER 5 JAAR
Dezelfde functie	☐	☐
Dezelfde praktijk	☐	☐
Dezelfde praktijk minder uren	☐	☐
Dezelfde praktijk meer uren	☐	☐
Andere functie	☐	☐
Namelijk:.....		
Ander type praktijk	☐	☐
Namelijk:.....		
Andere (soort) vestigingsplaats	☐	☐
Namelijk:.....		
Niet (meer) werkzaam	☐	☐
Anders	☐	☐
Namelijk:		

Opmerkingen:

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking

Enkele recente Nivel-rapporten:

Uittreden en herintreden binnen de beroepsgroep van verloskundigen

Auteurs: T.A. Wiegers, L. Hingstman

Utrecht: Nivel, 1999, 66 pag., fl. 14,00

Onderzoek naar verloskundigen die tussen 1994 en 1998 tijdelijk of definitief het werk hebben neergelegd, of verloskundigen die in diezelfde periode weer aan het werk gegaan zijn, na er enige tijd uit geweest te zijn. Onderzocht is hoeveel verloskundigen het betrof en wat voor hen de redenen waren om het werk neer te leggen dan wel weer aan het werk te gaan. Een vergelijking is gemaakt met de periode 1990-1994 om na te gaan of er sprake is, enerzijds, van een toename of afname van het aantal verloskundigen dat het werk neerlegt of weer opneemt en anderzijds, van een wijziging in de redenen van verloskundigen om het werk neer te leggen of weer op te nemen.

Inventarisatie 'Verloskundig actieve huisartsen'

Auteurs: T. Wiegers, L. Hingstman

Utrecht: Nivel, 1999, 55 pag., fl. 12,50

Onderzoek onder huisartsen, met als doel het verkrijgen van een actueel overzicht van het aantal huisartsen in Nederland dat (nog) verloskundig actief is, dat wil zeggen: zelf bevallingen begeleidt, hun aandeel in de verloskundige zorg en eventuele knelpunten die zij daarin ervaren. Daarnaast is getracht een beeld te vormen van de toekomstige ontwikkelingen op het gebied van verloskundige zorgverlening door huisartsen. Uit het onderzoek blijkt dat in 1999 nog circa 16% van alle huisartsen zelf bevallingen begeleidt en dat hun aandeel in de totale verloskundige zorg gedaald is tot ongeveer 8%. Vergelijking met eerder onderzoek laat zien ook dat steeds minder huisartsen van mening zijn dat de volledige verloskundige zorgverlening een taak is van de huisarts.

Knelpunten in de verloskundige zorgverlening

Auteurs: T. Wiegers, H. Carlsbeek, L. Hingstman

Utrecht: Nivel, 1999, 75 pag., fl. 15,50

Inventariserend onderzoek naar de knelpunten in de verloskundige zorgverlening, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Aanleiding hiervoor was de noodkreet van de KNOV over het dreigend tekort aan verloskundigen, waardoor het unieke Nederlandse systeem in gevaar komt. Door middel van interviews bij zelfstandig gevestigde verloskundigen, wisselend waarnemers en pas-afgestudeerde verloskundigen is een inventarisatie gemaakt van ervaren problemen op het personele vlak, het organisatorische vlak, het uitvoerende vlak, het financiële vlak en het persoonlijke vlak. Gebleken is dat problemen op het ene vlak, zoals het niet kunnen vinden van een waarnemer of opvolger, consequenties hebben op een of meer andere vlakken, waardoor veel verloskundigen in een vicieuze cirkel terecht dreigen te komen, die ze zelf niet kunnen doorbreken. Het gevolg is dat men veel meer uren moet werken dan men eigenlijk wil, dat de balans tussen werk en privé verstoord raakt en dat men onvoldoende toekomt aan het invoeren van mogelijk werkbeparende activiteiten, zoals automatisering.

